

Aus dem Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie

der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Kommissarischer Direktor: Dr. med. André Karger

**Entwicklung und Erprobung eines bindungsorientierten  
kombinierten Gruppenprogramms für Eltern und  
LehrerInnen von Kindern mit ADHS**

**Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Kristin Lena Artz

(2021)

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen  
Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Prof. Dr. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter: Prof. Dr. Matthias Franz

Zweitgutachter: PD Dr. Hans Martin Bosse

# I. Zusammenfassung

Situationsübergreifende Aufmerksamkeitsdefizite, eine verminderte Impulskontrolle und motorische Unruhe definieren als Kernsymptome die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Sie gehen mit familiärer Belastung, Stress der Eltern und einer oft problematischen Eltern-Kind-Bindung einher. Die Therapie laut aktueller S3-Leitlinie der AWMF beinhaltet einen multimodalen Ansatz inklusive Elternterapie. Diese existieren in Deutschland jedoch nur auf verhaltenstherapeutischer Basis. Das Neusser Eltern-Fachkräfte-Training ADHS (NEFTA) wurde von Prof. Dr. Franz, Dr. Schäfer und ihren Mitarbeitern konzipiert. Es handelt sich um ein bindungstheoretisch fundiertes Gruppenprogramm, welches die elterliche Sensibilität zur Wahrnehmung der affektiven Bedürfnissignale ihrer Kinder stärkt und die Umsetzung von angemessenem elterlichen Verhalten fördert. Das Programm wurde als Machbarkeitsstudie im kommunalen Setting des Rhein-Kreises Neuss erprobt und im Hinblick auf die angestrebte Wirksamkeit wissenschaftlich evaluiert. An der Datenauswertung nahmen 18 Mütter und acht Väter von 18 Kindern teil, welche insgesamt 15 kostenlose und wohnortnahe 90-minütige Elternsitzungen besuchten. Den Teilnehmenden und ihren Kindern wurden prä- und postinterventionell Messinstrumente in Form von standardisierten und evaluierten Fragebögen ausgehändigt. Veränderungen der elterlichen psychischen Belastung, Erziehungskonflikte, Lebenszufriedenheit, des emotionalen Erlebens und Kompetenzgefühls wurden untersucht. Die Wirksamkeit des Elternterapies auf die kindliche Symptomatik, das Problemverhalten und die Lebensqualität wurden untersucht. Bei den teilnehmenden fünf- bis zehnjährigen Kindern wurde prä- und postinterventionell zusätzlich eine computergestützte neuropsychologische Diagnostik zur Daueraufmerksamkeit und zur kognitiven Flexibilität durchgeführt. Durch das Elternterapie zeigten sich signifikante Effekte auf die Selbstwirksamkeit und die Sexualität der Eltern. Aus Sicht der Eltern zeigten sich signifikante Verbesserungen der emotionalen Probleme der Kinder, des psychischen Wohlbefindens, der Skala Freunde und des Gesamtwerts des Fragebogens für gesundheitsbezogene Lebensqualität. Im Hinblick auf die Ergebnisse und positive Evaluation des NEFTA-Programms könnte dieses bindungsorientierte Gruppentraining zur Unterstützung von Eltern von Kindern mit ADHS im Schuleintrittsalter in kommunalem Setting angeboten werden.

## **II. Abstract**

Inattention, impulsivity symptoms and hyperactivity are core features of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). It is clinically significant in terms of impairment of family stress and problematic parent-child relationships. According to the guidelines, therapy includes a multimodal approach including parental training. However, in Germany those only exist on a behavioral therapy basis. The Neusser ADHD intervention for parents and professionals (NEFTA) was conducted by Prof. Dr. Franz, Dr. Schäfer and their colleagues. The group program is based on the theory of attachment and should strengthen parental empathy and sensitivity. This helps to improve the perception of children's affective behavior. It promotes the implementation of appropriate parental behavior. The program was analyzed by way of a feasibility study in Neuss in the municipal setting. In addition, first evidence of the desired effectiveness was scientifically analyzed. Data evaluation of the trial included 18 mothers and eight fathers of 18 children. All parents participated in a total of 15 meetings for 90 minutes. The meetings were close to their place of residence and without charge. Participants and children were tested pre- and post-intervention with standardized and evaluated measuring instruments before and after training. Changes in emotional well-being of parents, interparental conflicts, emotional experience, life satisfaction and parenting sense of competence was investigated. The effectiveness of parent training on the child's symptoms, problem behavior and quality of life was investigated from a parent's perspective. The participating children aged five to ten were additionally tested pre- and post-intervention with computer-assisted neuropsychological diagnostics. Long-term vigilance, cognitive ability and flexibility were tested. Our results suggest that parent training showed significant effects on the scales parents self-efficacy and sexuality. Parents ratings showed a prevention effect on the emotional symptoms of children, emotional well-being, the total score health-related quality of life and their friends. NEFTA group training based on the theory of attachment shows both effects and a positive evaluation. It should be recommended as an offer of support for parents of children at school entry age with ADHD within community settings.

### III. Abkürzungsverzeichnis

**ADHS** Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

**ANOVA** Einfaktorielle Varianzanalyse

**APA** *American Psychological Association*

**D.f.** *degrees of freedom*/ Freiheitsgrade

**DO** Dropouts

**DSM-IV** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4*

**DSM-5** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5*

**EBI** Eltern-Belastungs-Inventar

**EKS** Erziehungskonfliktskala

$\eta^2$  Eta-Quadrat

**FBB-ADHS** Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung

**FBB-SSV** Fremdbeurteilungsbogen für Störungen des Sozialverhaltens

**FKE** Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern

**FLZ** Fragebogen zur Lebenszufriedenheit

**GSI** *Global Severity Index*

**ICD-10** *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10*

**KiTAP** Kinderversion der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung.

**M** Mittelwert

**M<sub>T1</sub>** Mittelwert zum Messzeitpunkt t1

**M<sub>T2</sub>** Mittelwert zum Messzeitpunkt t2

**N** Anzahl

**NEFTA** Neusser-Eltern-Fachkräfte-Training ADHS

**P** Signifikanzniveau

**PALME** Präventives Elterntraining für alleinerziehende Mütter, geleitet von ErzieherInnen

**PR** Prozentrang

**PS-SRQ** Situations-Reaktions-Fragebogens zur Erfassung der elterlichen Sensitivität

**SCL-90-R** *Symptom Checklist-90-R-Standard*

**SD** Standardabweichung

**SD<sub>T1</sub>** Standardabweichung zum Messzeitpunkt t1

**SD<sub>T2</sub>** Standardabweichung zum Messzeitpunkt t2

**SDQ** *Strengths and Difficulties Questionnaire*

**SEE** Skalen zum Erleben von Emotionen

**SPSS** *Statistical Package for Social Science*

**STA** Stanine

**T** T-Wert

## IV. Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Definition ADHS und Komorbiditäten	1
1.2 Prävalenz	3
1.3 Ätiologie	3
1.4 Diagnostik	5
1.5 Therapie	6
1.5.1 Psychologisch-psychotherapeutische Therapie	7
1.5.2 Medikamentöse Therapie	9
1.6 Bindungsorientiertes Elterntaining: NEFTA	10
1.7 Familiäre und gesamtgesellschaftliche Belastung	14
1.8 Die Rolle der Eltern	15
1.9 Bindung	17
1.10 Ziele der Arbeit	20
2. Material und Methoden	22
2.1 Datenschutz und Ethik	22
2.2 Studiendesign	22
2.3 Studienablauf	23
2.4 Stichprobe	26
2.4.1 Stichprobenrekrutierung	26
2.4.2 Ein- und Ausschlusskriterien	29
2.4.3 Soziodemographische Daten der Stichprobe	29
2.5 Aufbau des Manuals	32
2.6 Operationalisierung	34
2.6.1 Erhebungsinstrumente Eltern	34
2.6.1.1 Symptom-Checklist-90R-Standard (SCL-90-R)	35
2.6.1.2 Erziehungskonfliktskala (EKS)	36
2.6.1.3 Eltern-Belastungs-Inventar (EBI)	36
2.6.1.4 Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE)	37
2.6.1.5 Situations-Reaktions-Fragebogens zur Erfassung der elterlichen Sensitivität (PS-SRQ)	37
2.6.1.6 Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)	38
2.6.1.7 Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern (FKE)	38
2.6.1.8 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	39
2.6.2 Erhebungsinstrumente Kinder	40
2.6.2.1 Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (FBB-ADHS)	41
2.6.2.2 Fremdbeurteilungsbogen für Störungen des Sozialverhaltens (FBB-SSV)	41
2.6.2.3 Kid/ Kiddy-KINDL-R	41
2.6.2.4 Kinderversion der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (KiTAP)	42
2.7 Angaben zu statistischen Verfahren	42
3. Ergebnisse/ Deskriptive Befund	44

3.1 Allgemeine psychische Belastung (SCL-90-R)	44
3.2 Erziehungskonflikte (EKS)	47
3.3 Psychische Belastung der Eltern (EBI)	48
3.4 Emotionales Erleben der Eltern (SEE und PS-SRQ)	50
3.5 Lebenszufriedenheit der Eltern (FLZ)	53
3.6 Elterliches Kompetenzgefühl (FKE)	55
3.7 ADHS-Symptomatik der Kinder aus Elternsicht (SDQ, FBB-ADHS, FBB-SSV)	58
3.8 Leistungsmaße der Kinder (KiTAP)	62
3.9 Lebensqualität der Kinder (Kid-KINDL)	65
3.10 Analyse der Dropouts	68
3.11 Evaluation	71
3.11.1 Evaluation der Rahmenbedingungen	71
3.11.2 Evaluation des Gruppenklimas	71
3.11.3 Evaluation der GruppenleiterInnen	74
4. Diskussion	75
4.1 Allgemeine psychische Belastung (Hypothese 1)	75
4.2 Anzahl und Intensität von Erziehungskonflikten (Hypothese 2)	76
4.3 Psychische Belastung der Eltern (Hypothese 3)	78
4.4 Elterliches emotionales Erleben bzw. emotionale Kompetenz (Hypothese 4)	80
4.5 Elterliche Sensitivität (Hypothese 5)	80
4.6 Elterliche Lebenszufriedenheit (Hypothese 6)	81
4.7 Elterliches Kompetenzgefühl (Hypothese 7)	82
4.8 Kindliches Problemverhalten (Hypothese 8)	83
4.9 ADHS-Symptomatik aus Elternsicht (Hypothese 9)	84
4.10 Störungen des Sozialverhaltens (Hypothese 10)	85
4.11 Leistungsmaße der Kinder (Hypothese 11)	86
4.12 Lebensqualität der Kinder (Hypothese 12)	87
4.13 Dropouts	88
4.14 Kritische Betrachtung des methodischen Vorgehens	90
4.15 Schlussfolgerungen und ein Ausblick in die Forschung	92
5. Literatur- und Quellenverzeichnis	94
6. Anhang	118
7. Danksagung	186





# 1. Einleitung

## 1.1 Definition ADHS und Komorbiditäten

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist durch situationsübergreifende Aufmerksamkeitsdefizite, eine verminderte Impulskontrolle und motorische Unruhe als ihre Kernsymptome definiert (WHO, 2017, APA, 2013). Die Störung ist chronisch und persistiert in 30–60 % der Fälle bis ins Erwachsenenalter (Taylor et al., 2004, Biederman, 1996, Faraone et al., 2015). Dabei kann die ADHS mit ihrer vollständigen Symptomatik bestehen bleiben oder sich als regrediente Form mit abgeschwächter Hyperaktivität, aber weiterhin persistierender Aufmerksamkeitsstörung entwickeln. Die Möglichkeit einer fortbestehenden ADHS mit zusätzlich auftretenden koexistierenden Störungen ist ebenfalls gegeben (Kohn und Esser, 2008, Ghirardi et al., 2020).

Die drei Kernsymptome zeigen sich in verschiedenen Ausprägungen und Gewichtungen. Betroffene besitzen, aufgrund der mangelnden Aufmerksamkeit, eine geringe Geduld bei der Ausführung von Tätigkeiten. Die motorische Unruhe kann sich durch ständiges Bewegen von Händen und Füßen oder Herumlaufen äußern. Die verminderte Impulskontrolle, welche sich durch akute Affekthandlungen oder Äußerungen zeigt, kann den Umgang im sozialen Kontext erschweren. Die Hyperaktivität kann ganz fehlen. Zusammenfassend kann sich die klinische Ausprägung von ADHS ganz unterschiedlich äußern, sodass kein einheitliches Störungsbild existiert (Bundesärztekammer, 2005). Erschwerend kommt hinzu, dass jedes Kind im alltäglichen Verhalten in einem gewissen Maß unaufmerksam, hyperaktiv und impulsiv ist. Es ist schwierig zwischen natürlicher Verhaltensvariation und pathologischen Symptomen zu unterscheiden. Das Ausmaß der Pathologie wird durch die Intensität der Symptomatik in fremdbestimmten (zum Beispiel im Schulalltag) und selbstbestimmten Gegebenheiten (zum Beispiel in Spielsituation) bestimmt. Der Generalisierungsgrad und ein vermindertes psychosoziales Funktionsniveau in diversen Lebensbereichen (Schulalltag, häuslicher Rahmen, Freizeit) sind entscheidend (Barkley, 2001).

Komorbidität bedeutet die Koexistenz von mindestens zwei Störungsbildern gleichzeitig (Angold et al., 1999). Bei der ADHS liegt eine Komorbidität bei Kindern und Erwachsenen in

ca. 75 % der Fälle, mehrere komorbide Störungen bei ca. 60 % vor (Banaschewski et al., 2017). Oppositionelles Trotzverhalten kann bei 50 %–60 % der Kinder mit ADHS auftreten und wird als eine der häufigsten Komorbiditäten angesehen (Linderkamp, 2006, Connor et al., 2010). Eine Multicenterstudie aus Italien mit 2861 Kindern und Jugendlichen brachte Komorbiditätsraten in 66 % der Fälle hervor, die häufigsten Komorbiditäten waren Lernstörungen bei 56 %, Schlafstörungen bei 23 %, oppositionelles Trotzverhalten bei 20 % und Angststörungen bei 12 % (Reale et al., 2017). Laut einer Metaanalyse liegt aggressives Verhalten bei 2.3 %–12.3 % der Kinder mit einer ADHS vor (Witthöft et al., 2010). Laut Fremdbeurteilung der Eltern in einer deutschen Studie liegt bei 27,3 % der ADHS-Erkrankten gleichzeitig auch eine Störung des Sozialverhaltens vor, bei 19,5 % der ADHS-Betroffenen besteht zusätzlich eine Angststörung und bei 15,6 % eine depressive Episode oder eine dysthyme Störung (Görtz-Dorten und Döpfner, 2009). Die Eigenwahrnehmung der Kinder, die Fremdwahrnehmung der Eltern und die Fremdwahrnehmung der Lehrer variieren bezüglich der Symptomschwere (Efron et al., 2016). Eine kanadische Studie zeigt Angststörungen bei 70 % der Kinder mit ADHS (Bériault et al., 2018). Eine Untersuchung von 49573 koreanischen Grundschulkindern brachte Autismus-Spektrum-Störungen bei 10,1 % als häufigste Komorbidität zu ADHS hervor, gefolgt von Depressionen bei 3,8 % und Angststörungen bei 1 % (Kim et al., 2017). Eine spanische Studie, welche 1104 Kinder im Alter zwischen drei und sechs Jahren beobachtete, erbrachte Verhaltensprobleme bei 42 %, gefolgt von Ticstörungen bei 37 %, als komorbide Störungen bei ADHS-Betroffenen (Canals et al., 2018). Lese-Rechtschreib-Störungen und ADHS treten laut einer Untersuchung von 330 Kindern mit Lernschwierigkeiten in 18.5 % der Fälle komorbid auf (Schuchardt et al., 2015). Beide Störungen beeinflussen die kognitive Leistung (zum Beispiel die Verarbeitungsgeschwindigkeit von Textstücken) und sind daher während einer Testung schwer voneinander zu trennen (Schuchardt et al., 2015). Enuresis ist ein ebenfalls bekanntes Phänomen, welches bei circa 20 % der ADHS-Betroffenen auftreten kann (von Gontard und Equit, 2015). Als Beispiel für eine emotionale Störung soll hier die „Affektive Dysregulation“ (*disruptive mood dysregulation disorder*) genannt werden, unter welcher sechs- bis achtjährige Kinder mit ADHS laut einer Studie in etwa 21,4 % der Fälle leiden (Mulraney et al., 2016).

Laut einer italienischen Multicenterstudie können komorbide Störungen die Kombinationstherapie (Elterntrainings, Psychotherapie und pharmakologische Behandlung) erschweren und das Therapieergebnis maßgeblich beeinflussen. Eine ausführliche Diagnostik zum Ausschluss begleitender Störungsbilder muss daher obligat von Beginn an erfolgen (Reale et al., 2017). Bei hohen Komorbiditätsraten der Störungen des Sozialverhaltens ist die Betrachtung bei der Durchführung und Evaluation von Elterntrainings nötig. In der vorliegenden Studie wurde das oppositionell-aggressive Verhalten und das dissozial-aggressive

Verhalten mit Teilen des „Diagnostik-Systems für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV“ (Döpfner et al., 2008) untersucht.

## **1.2 Prävalenz**

Weltweit ist ADHS die am häufigsten diagnostizierte Verhaltensstörung im Kindes- und Jugendalter, wie Metaanalysen großer Prävalenzstudien zeigen (Faraone et al., 2003, Polanczyk et al., 2007). In Deutschland bietet die Welle 1 der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland repräsentative epidemiologische Daten zur Gesamtprävalenz. Deutschland liegt bei Betrachtung der Diagnoseprävalenz im internationalen Mittelfeld. Eltern berichten bei 5 % ihrer Kinder eine gesicherte ADHS-Diagnose. Jungen waren viereinhalbmal so häufig betroffen wie Mädchen (Schlack et al., 2014). Dies zeigt sich auch bei Betrachtung des weltweiten Geschlechterverhältnisses von 2,43 zu 1 (Arnett et al., 2014). Bei Eintritt ins Schulalter wurden die ADHS-Diagnosen gehäuft erteilt, das Maximum der Erstdiagnoseprävalenz lag im Alter von sechs Jahren. Bei weiteren 6 % der Untersuchten ergaben sich entsprechende Anzeichen, sodass sie als Verdachtsfälle galten. Erneut waren Jungen häufiger betroffen, allerdings nur doppelt so oft wie Mädchen (Schlack et al., 2014). In der Betrachtung von Feldstudien aus mehreren Jahrzehnten zeigten sich die Prävalenzraten stabil (Steinhausen et al., 2016). Bei einer insgesamt hohen Anzahl an Betroffenen und einem Maximum der Erstdiagnosen in einem Alter von sechs Jahren besteht Forschungsbedarf für diese Altersgruppe.

## **1.3 Ätiologie**

Die Pathogenese der ADHS konnte bis heute nicht vollständig aufgeklärt werden. Eine multifaktorielle Genese scheint jedoch sicher (AWMF, 2017). Wechselwirkungen zwischen endogenen Genen und exogenen Faktoren gelten als eine wahrscheinliche Erkrankungsursache (Demontis et al., 2019). Ein Beispiel dafür ist der Polymorphismus des Dopamin Transporters (DAT-10), der im Zusammenhang mit mütterlichem Nikotinabusus in der Schwangerschaft zur Entstehung von ADHS beitragen könnte (Kahn et al., 2003). Es kann davon ausgegangen werden, dass die ADHS zwar ursächlich durch Genvarianten ausgelöst wird, der Schweregrad und der Phänotyp der Symptome aber von der Anzahl der Genvarianten und ihrem Zusammenspiel abhängen (Faraone, 2000).

Kinder sind schon pränatal einer Vielzahl von Umweltnoxen ausgesetzt. Erste Studien zeigen potenzielle Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von ADHS und der Belastung mit Tabakrauch, Blei, polychlorierten Biphenylen oder weiteren Noxen (Biederman et al., 2017).

Mütterlicher pränataler Alkoholkonsum stellt ebenfalls einen Risikofaktor dar (Burger et al., 2011).

Ein junges Alter bei der Einschulung korreliert, insbesondere bei Jungen, mit einem höheren Risiko eine ADHS-Diagnose und eine ADHS-Behandlung in den ersten Schuljahren zu erhalten (Ford-Jones, 2015). Entwicklungsstufen und die relative Reife der Kinder werden bei der Diagnosestellung vermutlich nicht ausreichend berücksichtigt. Eine genauere Klassifikation anhand exakter Geburtsdaten sollte erfolgen, um die entwicklungsbedingte Unreife miteinzubeziehen (Elder, 2010).

Bei einer Untersuchung der Verwandten ersten Grades von 25 adoptierten Betroffenen mit ADHS und 101 nicht adoptierten Probanden hatten biologischen Eltern in 18 % eine ADHS. Die Adoptiveltern wiesen nur in 6 % der Fälle eine ADHS-Diagnose auf (Sprich et al., 2000). Adoptivgeschwister haben dagegen das gleiche Risiko wie eine Kontrollgruppe (Faraone et al., 2005). Zwillings- und Familienstudien zeigten eine übereinstimmende Heritabilität von 70 bis 80 % (Zhou et al., 2008). Auch die Auswertung von 20 Zwillingsstudien aus den letzten 32 Jahren erbrachte eine Heritabilität von 76 % (Faraone et al., 2005).

Es gibt erste Hinweise aus Tierexperimenten, die auf einen Zusammenhang zwischen einer Dysfunktion des dopaminergen Systems und ADHS hinweisen (Ernst et al., 1999, Mill et al., 2005). Zahlreiche genomweite Assoziationsstudien bringen bestimmte Allele in einen Zusammenhang mit ADHS. Meist werden dabei die Einzelnukleotid-Polymorphismen einschließlich ihrer Anzahl erfasst. Bei Identifikation eines solchen Kandidatengens stellt sich jedoch regelmäßig die Frage der Relevanz und der Exklusivität für eine Erkrankung. Es bedarf weiterer Studien, um diese Kandidatengene zu untersuchen und sie in einen kausalen Zusammenhang mit ADHS zu bringen. Dazu zählen Dopaminrezeptor 4, Dopamintransporter 1, Catechol-O-methyltransferase, Monoaminoxidase A, Dopamin  $\beta$ -Hydroxylase (Manolio, 2010, Kebir und Joobert, 2011). Eine Identifikation könnte langfristig Unterstützung bei der Prophylaxe, Diagnostik oder Therapie der Erkrankung leisten (Grimm et al., 2011). Die Vervielfachung bestimmter Genomabschnitte tritt häufig auch bei anderen Erkrankungen auf, wie die Überschneidungen zwischen auffälligen Kopienzahlvarianten bei Schizophrenie, Autismus und ADHS zeigen (Williams et al., 2010). Es wurden keine genomweiten signifikanten Zusammenhänge bewiesen (Neale et al., 2010).

Sieben unabhängige genomweite Kopplungsanalysen wurden in einer Metaanalyse erfasst und bewertet. In zwei der sieben Studien wurde auf einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von ADHS und einer Veränderung auf Chromosom 16q23.1 hingewiesen. Polymorphismen auf diesem Chromosomen könnten also eine bedeutsame Ursache für eine ADHS sein, ein

multifaktorielles Vererbungsmuster von multiplen Genvariationen mit kleiner oder mäßiger Effektstärke ist allerdings am wahrscheinlichsten (Zhou et al., 2008).

Die Auswirkung von Genen ist zudem nicht fest vorherbestimmt, sondern vielmehr als Wahrscheinlichkeitsaussage zu betrachten. Gene erhöhen lediglich die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Merkmals und sind keinesfalls deterministisch (Faller, 2003). Der positiv prädiktive Wert genetischer Merkmale ist zudem fraglich. In einer Multicenterstudie aus 19 Ländern mit 61000 Probanden wurden vergleichbare genetische Veränderungen bei diversen psychischen Störungen, zum Beispiel Autismus, ADHS, bipolarer Störung, Depression und Schizophrenie festgestellt (Smoller et al., 2013).

## **1.4 Diagnostik**

Es existieren zwei Klassifikationsschemata zur Diagnostik, welche im deutschsprachigen Raum Anwendung finden. Zum einen das International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD-10) der World Health Organization (WHO, 2017), welches strengere Kriterien aufweist und zu geringeren Prävalenzen führt, und zum anderen das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5) der American Psychological Association (APA, 2013). Die aufgelisteten Symptombereiche sind in beiden Klassifikationssystemen weitgehend gleich (Doernberg und Hollander, 2016). Es unterscheiden sich die Subtypisierungen und zusätzliche Symptome. Eine Diagnose kann laut DSM-5 bis zu einem Alter von 12 Jahren gestellt werden. Laut ICD-10 wird die hyperkinetische Störung meist innerhalb der ersten fünf Lebensjahre diagnostiziert. Bei Kindern müssen laut DSM-5 sechs Symptombereiche erfüllt werden, bei Erwachsenen reichen fünf Symptombereiche. Das ICD-10 unterscheidet nicht zwischen Erwachsenen und Kindern bezüglich der Anzahl an erfüllten Kriterien. ADHS und Autismus-Spektrum-Störungen sind im DSM-5 in einer Kategorie aufgelistet, sie können als Komorbiditäten auftreten. Im ICD-10 werden beide Störungen in verschiedenen Kategorien aufgelistet und können nicht als Komorbiditäten diagnostiziert werden (Doernberg und Hollander, 2016).

In Deutschland richten sich PädiaterInnen und PsychologInnen auch nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, 2017). Die primäre Diagnostik sollte durch HumanmedizinerInnen oder PsychotherapeutInnen erfolgen. Bei Bedarf kann die Überweisung an andere Fachbereiche durchgeführt werden (AWMF, 2017). Entscheidend für die Diagnose ist in beiden Systemen zum einen die Ausprägungsstärke der Symptome, zum anderen das Auftreten von Funktionsbeeinträchtigung in mehreren Lebensbereichen. Es liegen eine Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und

Impulsivität vor, welche nicht dem Entwicklungsstandard des Kindes entsprechen (AWMF, 2017).

Gründe für die progressive Anzahl an Erstdiagnosen beim Eintritt in die Grundschule sind die damit verbundenen Verhaltenserwartungen an das Kind im neuen sozialen Umfeld „Schule“ und dass dadurch spezifische ADHS assoziierte Verhaltensprobleme deutlicher hervortreten. Von den ehemaligen Vorschulkindern werden nun eine gesteigerte Selbstkontrolle und längere Aufmerksamkeitsspannen gefordert als Voraussetzung dafür, dass Schülerrinnen und Schüler über einige Stunden hinweg still sitzen und sich währenddessen nicht ablenken lassen (Wolraich, 2006).

Je älter das Kind ist, desto zuverlässiger ist die individuelle persönliche Exploration und Anamnese. Thematisiert werden Sozialanamnese, Familienanamnese und eine Eigenanamnese (AWMF, 2017). Meist werden jedoch zunächst Eltern und Verwandte, Erzieher und Lehrer befragt. Das Verhalten im Umgang mit Gleichaltrigen wird herangezogen (Schulte-Körne, 2008). Die Erfassung der Symptomatik erfolgt durch Gespräche und mit standardisierten Fragebögen, zum Beispiel dem „Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“ (Döpfner et al., 2008), welcher auch in dieser Studie Verwendung findet. In der Untersuchungssituation bei PädiaterInnen und PsychologInnen sollte eine freie Beobachtung im Hinblick auf das hyperkinetische Verhalten des Kindes erfolgen. Leitliniengerecht wird die körperliche Untersuchung inklusive internistischer und neurologischer Abklärung zur Abgrenzung komorbider Störungen empfohlen. Eine Intelligenztestung sollte erfolgen, da sich ein Intelligenzquotient von unter 50 auf die Klassifikation der diagnostizierten Störung auswirkt (AWMF, 2017).

Apparative Diagnostik, wie bildgebende Verfahren, sind derzeit noch kein Teil der Standarddiagnostik, diese sollten erst nach strenger Indikationsstellung herangezogen werden (Giedd, 2019). Bei Erwachsenen sind die diagnostischen Kriterien auf das Familienleben und den Berufsalltag angepasst. Die Diagnostik sollte in der Psychosomatik, Psychiatrie, Neurologie oder durch ärztliche oder psychologische PsychotherapeutInnen geleitet werden (AWMF, 2017).

## **1.5 Therapie**

Laut der aktuellen S3-Leitlinie (AWMF, 2017) ist stets ein multimodaler Therapieansatz, potenziell bestehend aus psychosozialen Interventionen, Pharmakotherapie und ergänzenden Interventionen angeraten. Maßnahmen auf psychologisch-psychotherapeutischer Basis beinhalten eine Psychoedukation der Eltern und des Klassenlehrers, kognitive Therapieansätze,

sowie Neurofeedback. Es existieren Elterntrainings, Erziehertrainings und Interventionen im Umfeld (Schule, Kindergarten). Eine Teilnahme an einem Therapieprogramm wird bereits ohne ADHS-Diagnose prophylaktisch empfohlen. Pharmakotherapie kann ebenfalls angebracht sein (AWMF, 2017). Diätetische Maßnahmen und Neurofeedbacktherapie spielen derzeit eine untergeordnete Rolle und können ergänzend angeboten werden, wenn dadurch andere Therapiemaßnahmen nicht verzögert werden (Lansbergen et al., 2011, Himmerich und Erbguth, 2014).

### **1.5.1 Psychologisch-psychotherapeutische Therapie**

In den allermeisten Familien sind rezidivierende Streitigkeiten und Konflikte aufgrund der ADHS-Kernsymptome existent. Die Eltern-Kind-Beziehung und Bindungsmuster innerhalb des Familienkreises sind häufig gestört. Ein strukturierter erzieherischer Umgang kann in Elterntrainings erlernt werden (Jans et al., 2008, Chronis et al., 2006). Die Psychoedukation, also die Mitteilung von Informationen zu Pathogenese, Ätiologie, Klinik, Therapiemöglichkeiten und des vermutlichen Krankheitsverlaufes an Patienten und Bezugspersonen sind obligat (AWMF, 2017). Mit Einverständnis der Eltern werden auch Lehrer oder Erzieher aufgeklärt, falls behandlungsbedürftige Problematiken in diesem Umfeld auftreten (Rothenberger et al., 2004, AWMF, 2017). Verhaltenstherapeutische Ansätze konzentrieren sich auf die Optimierung kindlicher Kompetenzen im Alltag, Teilnehmende können Kinder und Hauptbezugspersonen sein (Jans et al., 2008).

Nachfolgend werden Beispiele für bereits etablierte Elterntrainings mit sehr guter Evidenz aufgeführt, welche laut aktueller S3 Leitlinie empfohlen sind (AWMF, 2017):

- Das „Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten“ (THOP) (Döpfner et al., 2013) ist ein verhaltenstherapeutisches manualisiertes Elterntraining. Das Einzel- oder Gruppenprogramm wird für Eltern von Kindern zwischen drei und zwölf Jahren angeboten. Die Eltern werden in spezifisch verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen (zum Beispiel Token Systeme, Verstärker-Entzug oder Auszeit) geschult. Zum Wirksamkeitsnachweis liegen sechs Studien mit teils randomisierten Kontrollgruppen vor, eine Prä-Post-Studie, sowie eine Studie mit Betrachtung des Langzeitverlaufs bis zu acht Jahren (Döpfner et al., 2013). In der Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigten sich bei 27 von 35 erhobenen Variablen statistisch signifikante Verbesserungen im Vergleich zu einer Wartegruppe (Dreisörner, 2006). Es zeigten sich Verbesserungen des Interaktionseffektes bei der Aufmerksamkeit

( $d = 0,70 - 0,90$ ;  $p = ,001 - ,04$ ), der Konzentrationsleistung ( $d = 0,41$ ;  $p = ,03$ ) und der Nachsprechleistung ( $d = 1,10$ ;  $p = ,01$ ) (Dreisörner, 2006).

- Das Therapieprogramm „Wackelpeter & Trotzkopf“ (Döpfner et al., 2011) verspricht Hilfe bei kindlichem hyperkinetischen und oppositionellen Verhalten. Es handelt sich um ein verhaltenstherapeutisches Selbsthilfe-Manual für Eltern von Kindern zwischen drei und zwölf Jahren auf der Basis von THOP. Die Kinder werden in diesem Programm durch das Vorlesen von Fallbeispielen und Erläuterungen aus dem Elternbuch mit einbezogen. Der Wirksamkeitsnachweis erfolgte über drei randomisiert kontrollierte Studien und zwei Prä-Post-Studien (Döpfner et al., 2011). Es zeigten sich eine statistisch signifikante Reduktion der oppositionellen Verhaltensstörung ( $d = 0,43$ ;  $p = ,03$ ) und des negatives Elternverhaltens ( $d = 0,48$ ;  $p = ,01$ ) in der *Intention-to-treat*-Analyse (Dose et al., 2017). In der Per-Protokoll-Analyse zeigte sich eine Reduktion der kindlichen Unaufmerksamkeit ( $d = 0,44$ ;  $p = ,01$ ).
- Das Therapieprogramm „Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten“ (PEP) (Plück et al., 2006) ist ein manualisiertes Programm für Eltern, aber auch für ErzieherInnen. Dies unterscheidet es von den bereits aufgeführten Programmen. Es basiert auf THOP, ist ebenfalls verhaltenstherapeutisch ausgelegt und wird für Kinder mit expansiven Verhaltensweisen zwischen drei und sechs Jahren angeboten. Der Wirksamkeitsnachweis erfolgte durch eine randomisiert kontrollierte Studie und zwei Eigenkontrollgruppenstudien (Plück et al., 2006). Es wurden Mehrebenenanalysen durchgeführt (Eichelberger et al., 2016). Kinder mit einer stark ausgeprägten AHDS profitierten in familiären Problemsituationen statistisch signifikant ( $d = -1,30$ ;  $p = ,005$ ) von dem Elterntraining. Durch das Training der ErzieherInnen zeigten sich statistisch signifikante Reduktionen des oppositionell-aggressiven Verhaltens ( $d = -0,56$ ;  $p = ,006$ ) und im Gesamtscore des Fragebogens für ErzieherInnen von Klein- und Vorschulkindern ( $d = -0,83$ ;  $p = ,001$ ). Kinder mit einer milden ADHS profitierten statistisch signifikant in familiären Problemsituationen ( $d = -0,55$ ;  $p = ,004$ ), im oppositionell-aggressiven Verhalten ( $d = -0,36$ ;  $p = ,035$ ) und im Gesamtwert des Elternfragebogens für Klein- und Vorschulkinder ( $d = -0,33$ ;  $p = ,026$ ) von dem Elterntraining. Durch das Training der ErzieherInnen reduzierten sich alle erhobenen Skalen (Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität/Impulsivität, Gesamtproblemwert, Problemsituationen im Kindergarten) mit mittleren Effektstärken statistisch signifikant (Eichelberger et al., 2016).
- Das „Triple P“-Therapieprogramm (Sanders et al., 2006) ist ein Unterstützungsprogramm für Eltern von Kindern zwischen null und zwölf Jahren. Es basiert ebenfalls auf Verhaltenstherapie. Eltern lernen verhaltenstherapeutische Methoden zum Beispiel Verstärkerpläne, Stille Zeit oder Auszeit. Es ist als



Mehrebenen-Modell mit verschiedenen Stadien von Prävention aufgebaut. Diese beinhalten Unterstützung, welche von einem Selbstmanagement mit Online Angebot bis hin zu Gruppenprogrammen reicht. Zum Wirksamkeitsnachweis liegen internationale Metaanalysen mit mehreren 100 Studien vor, welche signifikante Effekte bei Kindern mit expansiven Verhaltensauffälligkeiten beschreiben, sowie deutsche randomisiert kontrollierte Studien, welche einen Langzeiteffekt belegen (Sanders et al., 2006). In der Messwiederholungsvarianzanalyse zeigten sich statistisch signifikante Verbesserungen des kindlichen Problemverhaltens aus Sicht der Eltern ( $d = -0,40$ – $-0,48$ ;  $p = ,000$ – $,005$ ). Aus Sicht der Väter reduzierte sich das hyperkinetische Verhalten ( $d = -0,39$ ;  $p = ,001$ ), sowie das oppositionell aggressive Verhalten ( $d = -0,60$ ;  $p = ,000$ ). Das dysfunktionale Erziehungsverhalten reduzierte sich aus Sicht der Mütter ( $d = -0,84$ ;  $p = ,000$ ). Die Partnerschaft der Eltern verbesserte sich ( $d = 0,43$ – $0,63$ ;  $p = ,001$ – $,004$ ) (Eichelberger et al., 2010).

### **1.5.2 Medikamentöse Therapie**

Studien belegen die signifikante Wirkung von Stimulanzien, Amphetaminen, Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern, Alpha-2-Agonisten und atypischen Neuroleptika bei Kindern mit einer ADHS (Popow und Ohmann, 2020). Ziel der Therapie ist eine Reduktion der Hauptsymptome und eine Verbesserung der Lebensqualität. Eine langfristige Therapie zeigt positive Effekte auf Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Instabilität, Schulversagen, Unfallrisiko und Substanzabhängigkeit. Stimulanzien reduzieren die Kardinalsymptome der ADHS. Amphetamine besitzen Suchtpotenzial, sie wirken antidepressiv und euphorisierend. Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer zeigen eine geringere Wirkung auf die Hauptsymptome der ADHS als Stimulanzien. Alpha-2-Agonisten wirken hypotensiv, reduzieren Tics, wirken sich positiv auf aggressives und oppositionelles Verhalten aus und werden als Kombination mit Stimulanzien, beziehungsweise bei deren Therapieversagen eingesetzt. Atypische Neuroleptika werden bei nicht ausreichender Wirkung von Stimulanzien oder Atomoxetin verschrieben (Popow und Ohmann, 2020).

Zu Arzneimittelverordnungsdaten gibt es nur wenige belastbare Studien. In Mecklenburg-Vorpommern verdoppelte sich allerdings die Behandlungsprävalenz mit Methylphenidat aus dem Jahr 2000 nach 2001 bei den Fünf- bis Fünfzehnjährigen (Schmidt-Troschke et al., 2004). Nicht nur die Arzneimittelverordnungen, sondern auch die verordnete Tagesdosis stieg in Hessen zwischen den Jahren 2000 und 2007 an (Franke et al., 2016).

Zahlreiche kurz- und langwirksame Präparate stehen zur Verfügung. Das indirekte Sympathomimetikum Methylphenidat, ein Methylamphetamin mit schnell und verzögert

wirkendem Bestandteil, ist das bekannteste Medikament zur Behandlung der ADHS (AWMF, 2017). Seine Wirkungsweise, eine periphere adrenerge Stimulation, entsteht durch die Freisetzung von Noradrenalin und Dopamin im zentralen Nervensystem. Die Hauptsymptome der ADHS werden vermindert. Es unterliegt der Betäubungsmittel-Verschreibungsordnung (Duong et al., 2012, AWMF, 2017). Alleinige Indikation ist die hyperkinetische Störung bei Kindern ab sechs Jahren. Eine optimale Dosierung und eine geeignete Halbwertszeit sollte sich an den Tagesablauf und die Herausforderungen des Kindes anpassen (Banaschewski et al., 2008). Mögliche Nebenwirkungen von Methylphenidat sind Insomnie, Appetitstörungen, Cephalgien, Bauchschmerzen und Fatigue. Der diastolische Blutdruck kann steigen, eine Tachykardie kann auftreten. Die Appetitstörungen können zu Gewichtsverlust führen (Osland et al., 2018). Es können strukturelle Veränderungen des Gehirns in der Magnetresonanztomographie bei Jungen entstehen (Bouziane et al., 2019). Zahlreiche Kontraindikationen sind angegeben, darunter Schwangerschaft, Depressionen, Schizophrenie, Hyperthyreose, Herzrhythmusstörung, bestimmte Formen der arteriellen Hypertonie, Glaukom, Angina pectoris und weitere (Osland et al., 2018).

Atomoxetin ist nicht betäubungsmittelpflichtig, indirekt sympathomimetisch konzentrationsfördernd wirksam und gehört zur Gruppe der Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer. Es gilt bei Bestehen einer Kontraindikation gegen Stimulanzien als Medikament der ersten Wahl, ebenso bei komorbiden Störungen wie bei einer Tic- oder Angststörung (Rosen und Philipsen, 2019).

## **1.6 Bindungsorientiertes Elterntaining: NEFTA**

Das Neusser-Eltern-Fachkräfte-Training ADHS (NEFTA) wurde im Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Düsseldorf entwickelt. Es entstand in Anlehnung an das wir2-Programm, ehemals Präventives Elterntaining für alleinerziehende Mütter, geleitet von ErzieherInnen (PALME) (Franz, 2009), welches nachweislich die psychische Belastung und die emotionale Elternkompetenz von alleinerziehenden Müttern, sowie die Mutter-Kind-Bindung verbessert (Franz et al., 2009, Franz et al., 2010, Weihrauch et al., 2014). Varianzanalytisch ergaben sich statistisch signifikante Reduktionen der Depressivität ( $\text{Eta}^2 = 0,06$ ;  $p < ,05$ ) und der Mutter-Kind-Konflikte ( $\text{Eta}^2 = 0,08$ ;  $p < ,05$ ) in der Interventionsgruppe (IG), im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (Franz et al., 2010). Das kindliche Selbstkonzept ( $p < ,05$ ) steigerte sich nach Teilnahme der Mütter an PALME im Wilcoxon-Test in der IG statistisch signifikant. In der *Intention-to-treat*-Analyse reduzierte sich die maternale Depressivität ebenfalls signifikant ( $\text{Eta}^2 = 0,06$ ;  $p < ,05$ ) (Franz et al., 2010).

Eine Gemeinsamkeit mit den bereits beschriebenen Therapieprogrammen THOP (Döpfner et al., 2013) und PEP (Plück et al., 2006) hat NEFTA durch den manualisierten Aufbau. Dies bringt entscheidende Vorteile (Wagner et al., 2006). Der strukturierte Aufbau mit Informationsteil, Übungen und Hausaufgaben bringt eine Qualitätssicherung des Inhaltes und lässt sich leicht von den verschiedenen GruppenleiterInnen replizieren. Der Ablauf jeder Gruppensitzung ist detailliert vorgegeben. Die Anwenderfreundlichkeit wird beispielsweise durch vorhandene Arbeitsmaterialien erhöht (Wagner et al., 2006). Jede Sitzung folgt einem fest strukturierten Ablauf, welcher am Anfang jeder Sitzung besprochen wird. Diese Standardisierung des Ablaufs erleichtert den GruppenleiterInnen die Leitung durch jede Sitzung und bietet auch den TeilnehmerInnen eine inhaltliche Strukturierung und Sicherheit. Nachteilig an den festen Vorgaben könnte eine fehlende Flexibilität sein. Es kann nicht spontan auf individuelle Probleme, Wünsche an das Programm oder individuelle Therapieentwicklungen eingegangen werden (Wagner et al., 2006). Die GruppenleiterInnen wurden daher in den Supervisionsitzungen ermutigt den Ablauf bei entsprechendem Bedarf zu ändern.

NEFTA ist ein Gruppentraining. THOP (Döpfner et al., 2013) kann als Einzel- oder Gruppentraining durchgeführt werden, PEP (Plück et al., 2006) wird als Gruppentraining angeboten, das „Triple P“ Therapieprogramm (Sanders et al., 2006) kann auch als Gruppentherapie durchgeführt werden. Einer Metaanalyse zur Folge können Elterntrainings in Gruppen den Stress bei Eltern von Kindern mit ADHS reduzieren und das allgemeine Verhalten der Kinder verbessern (Zwi et al., 2011). Die Gruppengröße von 10–12 TeilnehmerInnen ist empfohlen (AWMF, 2017). Die TeilnehmerInnen haben in einem Gruppentraining die Möglichkeit sich auszutauschen. Das Gruppengefühl soll gestärkt werden. Durch die ähnlichen Erfahrungen der anderen TeilnehmerInnen sollen sie sich akzeptiert und sicher fühlen. Das NEFTA-Programm wird in wöchentlichen Sitzungen durchgeführt, um eine Wiederholung und den Alltagstransfer der besprochenen Themen zu vereinfachen. NEFTA ist ein niedrighschwelliges Angebot, da die Sitzungen wohnortnah und in gewohnter Umgebung, in Kindertagesstätten stattfinden.

NEFTA beinhaltet, wie die anderen in 1.5.1 aufgelisteten Elterntrainings auch, Informationsmaterial über das Störungsbild und Kompensationsmöglichkeiten. Diese Form der Psychoedukation erbrachte in einer systematischen Übersichtsstudie Erfolge (Montoya et al., 2011). Die ADHS-Symptomatik reduzierte sich, Eltern und Kinder erlebten weniger Konfliktsituationen und waren zufriedener (Montoya et al., 2011).

Alle in Punkt 2.5.1 beschriebenen Programme basieren auf Verhaltenstherapie. Therapieprogramme auf verhaltenstherapeutischer Basis bieten eine zügige Problembehandlung, welche sich jedoch nicht langfristig bewährt. Eine Metanalyse zeigt, dass

Effektstärken und Erfolge der Verhaltenstherapie niedriger sind, als in der Vergangenheit angenommen (Cuijpers et al., 2013). Ein Beispiel ist die damals beschriebene Vormachtstellung der kognitiven Verhaltenstherapie bei der Behandlung einer Depression. Diese besteht heutzutage nicht mehr und ihre Effektivität wurde überschätzt (Cuijpers et al., 2013).

NEFTA bietet jedoch mehr, als rein verhaltensorientierte Programme. Das bindungstheoretisch fundierte Gruppenprogramm unterstützt die elterliche Feinfühligkeit/Sensitivität gegenüber affektiven Bedürfnissignalen ihrer Kinder und die Umsetzung in angemessenes elterliches Verhalten. Die Eltern lernen kindliche Affektsignale feinfühlicher zu differenzieren und die emotionalen Bedürfnislagen ihrer Kinder empathischer wahrzunehmen, indem sie Exploration und Selbstreflexion üben. Dies geschieht durch Rollenspiele in Paaren oder in der Gruppe, Entspannungsübungen, Eltern-Kind-Übungen, Exploration der eigenen Elternbilder und Identifikation mit den kindlichen Bedürfnissen. Informationen und Arbeitsmaterialien werden bereitgestellt. Dadurch soll die Eltern-Kind-Bindung gestärkt und eskalierendes kindliches Problemverhalten verringert werden.

NEFTA stärkt die elterliche Mentalisierungsfähigkeit. Mentalisieren bedeutet, sich in sich selbst und andere hineinversetzen zu können (Euler und Schultz-Venrath, 2014). Eigene Emotionen, Gedanken, Körperaktionen und/oder Bedürfnisse werden miteinander in Beziehung gesetzt und auf Andere übertragen. Mentale Zustände werden als ursächlich für Verhalten begriffen (Euler und Schultz-Venrath, 2014). Erste Verwendung fand dieses Prinzip bei einer randomisiert kontrollierten Studie, welche die Wirksamkeit von mentalisierungsbasierter Therapie gegenüber einer sozialpsychiatrischen Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung untersuchte (Bateman und Fonagy, 1999). Mentales Explorieren stärkt die Bindungssicherheit (Brockmann und Kirsch, 2010). In den NEFTA-Sitzungen wird die Neugier der Eltern gefördert, sich in die inneren Motive ihrer Kinder hineinzuversetzen und diese mit der ADHS-Symptomatik in Beziehung zu setzen. Der Perspektivenwechsel erfolgt ebenfalls durch Reflexion und Übungen. Das Manual ist in einfacher Sprache geschrieben und strukturiert. Die GruppenleiterInnen nehmen selbst an Übungen teil und begegnen den TeilnehmerInnen auf Augenhöhe. Sie loben Mentalisierungsbemühungen der TeilnehmerInnen und mentalisieren selber in selektiver Selbsteröffnung. Dies fördert den Mentalisierungsprozess (Euler und Schultz-Venrath, 2014).

Unter Emotionsregulation wird die Einflussnahme auf den Zeitpunkt der eigenen Emotionen verstanden, welche Emotionen eine Person hat, wie sie erlebt werden und wie sie anderen gezeigt werden (Ainsworth und Bell, 1970). Eigene Emotionen können initiiert und reguliert werden. Strategien zur Emotionsregulation beinhalten Möglichkeiten die Entstehung und den Verlauf von Emotionen zu beeinflussen (Gross, 2015). Eine mangelnde Emotionsregulation

kann ein Hauptsymptom der ADHS sein (Riechmann et al., 2017). Eine Metanalyse beschreibt Defizite in der Emotionsregulation bei 24–50 % der Kinder und 34–70 % der Erwachsenen mit ADHS (Shaw et al., 2014). NEFTA ist ein emotionszentriertes Programm. Es werden Strategien erläutert die zu einer psychischen Entlastung führen. Eltern lernen Emotionen und Gedanken, die in Zusammenhang mit stressreichen Situationen stehen, zu regulieren. Das Erlernen von körperlicher Entlastung geschieht zum Beispiel durch Einführung der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson (Bernstein et al., 1992). Dabei werden sukzessiv Muskelgruppen des Körpers identifiziert und angespannt. Danach folgt eine Entspannungsphase.

NEFTA ist für Kinder im Schuleintrittsalter konzipiert, da die häufigsten Erstdiagnosen im Alter von sechs Jahren erfolgen (Schlack et al., 2014). Dies unterscheidet es von den in Punkt 1.5.1 aufgeführten Programmen, welche sich jeweils auf größere Altersspannen beziehen.

NEFTA konzentriert sich auf die feinfühligkeitsvolle Wahrnehmung der kindlichen Affekte, deren korrekte Interpretation, sowie eine zeitnahe und angemessene Antwort. Die Eltern-Kind-Bindung soll so gestärkt werden (Strüber, 2016). Zentrale Aspekte des feinfühligkeitsvollen Elternverhaltens, wie Empathie, die Fähigkeit sich in das eigene Kind hinein zu versetzen und Zuverlässigkeit werden thematisch angesprochen und gefördert (Ziegenhain et al., 2014). Ein Review, welches zwölf Studien untersuchte, zeigte feinfühligkeitsvolles Elternverhalten als positiven Einflussfaktor auf die spätere soziale und emotionale Entwicklung von Kindern (Petersen et al., 2017). Diese sozial-emotionale Entwicklung gilt als Basis für eine physiologische psychische Entwicklung bei Kindern (Petermann und Kullik, 2011). Die emotionale Selbstwahrnehmung der Eltern wird in NEFTA diskutiert. Thematisch vertieft werden die Anforderungen an die Elternrolle, eigene Stärken und Schwächen und die eigene Lebensgeschichte.

In einem Teil von NEFTA werden bereits vorhandene Ressourcen aktiviert und darauf aufbauend Verhaltensweisen aufgebaut. Es wird lösungsorientiert versucht konkrete Unterstützung mit Vorschlägen zu Verhaltensweisen zu geben. Allgemeine und konkrete Vorgehensweisen werden besprochen, um soziale Kompetenzen im alltäglichen Leben zu fördern.

Die Auswirkungen von ADHS und Alltagsstress auf die Paarbeziehung werden den Eltern mit Informationstexten und durch Übungen erläutert. Eltern von Kindern mit ADHS sind im Vergleich zu Eltern von Kindern ohne ADHS in ihrer Partnerschaft unzufriedener und kommunizieren destruktiver (Sochos und Yahya, 2015). In Deutschland existiert bisher kein bindungsorientiertes Programm für Eltern von Kindern mit ADHS dessen Effektivität wissenschaftlich belegt wurde.

## **1.7 Familiäre und gesamtgesellschaftliche Belastung**

Die ADHS ist eine der umstrittensten und kontrovers diskutiertesten Diagnosen der aktuellen Zeit (Seidler, 2004). Auf der einen Seite kann ADHS als somatisch neurobiologische Grunderkrankung angesehen werden, welche durch eine Störung im Neurotransmitter Stoffwechsel entsteht. Eine medikamentöse Therapie scheint notwendig. Auf der anderen Seite kann ADHS als Reaktion der gesunden Kinder auf das soziale Umfeld, Emotionen und die Erziehungsbemühen angesehen werden. Die Existenz der ADHS wird in dieser Theorie in Frage gestellt. Eine Therapie könnte ohne Medikamente und ihre potenziellen Nebenwirkungen durchgeführt werden (Seidler, 2004). Eltern halten ADHS-Medikamente in 21 % der Fälle für „Drogen“ (Lebowitz, 2016).

Eine Depression im Kindesalter wird von Erwachsenen schwerwiegender und behandlungsbedürftiger eingeschätzt, als eine ADHS (Lebowitz, 2016). Zudem wird eine Depression eher als psychische Erkrankung wahrgenommen. Ein Fünftel der Erwachsenen wünscht sich kein Kind mit ADHS in seiner direkten Umgebung, im Freundeskreis der eigenen Kinder oder in der Nachbarschaft. Kinder mit ADHS werden als gewaltbereiter eingeschätzt. Eltern von Kindern mit ADHS fühlten sich in 77 % der Fälle stigmatisiert und in 40 % sozial isoliert (Lebowitz, 2016).

Kinder mit einer akut diagnostizierten ADHS weisen eine reduzierte Lebensqualität, sowie ein reduziertes körperliches Wohlbefinden im Vergleich zu gesunden Kindern auf (Escobar et al., 2005). Der familiäre Zusammenhalt und familiäre Aktivitäten werden gestört (Escobar et al., 2005). Ebenso verringert ist die Selbstachtung als kindliche Reaktion auf das tägliche Scheitern im Alltag (Sciberras et al., 2011). Ein Großteil der Kinder wurde wegen ihrer ADHS bereits gehänselt oder wurde Opfer körperlicher Gewalt (Lebowitz, 2016). Auch die Eltern leiden, insbesondere unter den anhaltenden Konflikten mit ihren Kindern. Sie sind belasteter und empfinden ihre Erziehungspraktiken als nicht so erfolgreich, wie Eltern aus Vergleichsgruppen ohne Kinder mit ADHS (Johnston und Mash, 2001).

Unter Gleichaltrigen erfahren Kinder mit ADHS oft Ablehnung aufgrund ihres aufdringlichen Verhaltens gegenüber Gleichaltrigen, erleben Defizite in der verbalen Konversation und eine verminderte Emotionsregulation. Betroffene mit einer ADHS haben eine geringe Lebenserwartung im Vergleich zu Gesunden, unter anderem durch eine erhöhte Anzahl an Suiziden und Beteiligung in Verkehrsunfällen (Barkley und Fischer, 2018).

Die jährlichen Behandlungskosten der deutschen gesetzlichen Krankenversicherungen liegen bei Personen mit einer ADHS-Diagnose um 1508 Euro über dem Durchschnitt (Libutzki et al., 2019). Die Kosten für die Medikation liegen bei 11 % dieser Summe. Durch komorbide

Erkrankungen verursachte Kosten lagen bei 2800 Euro jährlich (Libutzki et al., 2019). Im Jahr 2002 verursachten in Deutschland einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (nach ICD-10) 0,06 % aller direkten Krankheitskosten (Schöffski et al., 2008). Eine australische Studie zeigt, dass die durch ADHS verursachten Kosten in einem Lebensalter von acht bis neun Jahren am höchsten sind, sowohl für die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung, als auch speziell für die medikamentöse Behandlung (Sciberras et al., 2013). Die Kosten für Diagnostik und Therapie lagen in Deutschland in der Altersgruppe der sechs bis zwölfjährigen in 2008 bei 1623 Euro pro Kind mit ADHS (Klora et al., 2016). Um die hohe psychosoziale und ökonomische Belastung zu minimieren scheint weitere Forschung indiziert.

## **1.8 Die Rolle der Eltern**

Verantwortung, Wertschätzung, emotionale Wärme, Struktur und Unterstützung des Kindes gelten als maßgebliche begünstigende Faktoren einer stabilen Eltern-Kind-Beziehung (Kiff et al., 2011). Eine geringe Feinfühligkeit dagegen und eine strenge distanzierte Erziehung sind mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern assoziiert (Olsen et al., 2000, Olsen et al., 2005). Viele Studien weisen Zusammenhänge zwischen elterlicher Stressbelastung, welche sich in elterlicher Feindseligkeit oder auch in einem überreagierenden Erziehungsstil zeigen kann und späterem hyperreaktiven Verhalten der Kinder auf (Denham et al., 2000, Weber-Borgmann et al., 2014, Keown, 2010, Schloß et al., 2015). Depressive Mütter, welche in geringem Maße sensibel auf das Verhalten ihrer Kinder reagieren, scheinen das externalisierende Verhalten ihrer Kinder unbewusst zu fördern (Pauli-Pott, 2008). Kleinkinder unsicher gebundener Mütter weisen ebenfalls häufiger Verhaltensprobleme, insbesondere Hyperaktivität, auf (Karabekiroğlu und Rodopman-Arman, 2011).

ADHS bei Kindern ist mit problematischer Familienfunktionalität verbunden, einschließlich größerer psychischer Belastung in der Familie, höheren Raten elterlicher Psychopathologie und konfliktreichen Eltern-Kind-Beziehungen. Dies scheint bei Kindern mit komorbiden Oppositions- und Verhaltensproblemen verstärkt (Deault, 2010). Eine Übersichtsarbeit über die Elternschaft und die funktionelle Beeinträchtigung von Kindern mit ADHS, welche insgesamt 22 Artikel analysiert, beschreibt psychisch belastete Eltern mit mehr psychologischen Pathologien, einschließlich Stimmungsschwankungen, Angststörungen, Substanzabhängigkeit und Depressionen (Deault, 2010). Eltern von Kindern mit ADHS weisen oft eine reduzierte Beziehungsqualität auf (Weyers et al., 2019). Eine Assoziation zwischen Angststörungen der Mutter und ADHS des Kindes wurde ebenfalls beschrieben (Clavarino et al., 2010). Mütter von Kindern mit ADHS leiden laut eine Metaanalyse von 51 Studien statistisch signifikant häufiger an einer Depression, als Mütter von Kindern ohne ADHS (Cheung et al., 2018). Ein niedriger

sozioökonomischer Status der Familie hängt mit hohen Prävalenzraten von ADHS im Schulalter zusammen. Eine ADHS-Diagnose bei den Eltern verstärkt diesen Effekt noch (Rowland et al., 2018).

Die Erziehung von Kindern, die mit einer ADHS diagnostiziert sind, bietet spezielle Herausforderungen (Barkley, 2001). Häufig zeigen Eltern von Kindern mit ADHS ebenfalls Symptome psychischer beziehungsweise emotionaler Beeinträchtigungen (Linderkamp, 2006). Insbesondere unter den rezidivierenden Konflikten mit ihren Kindern leiden sie. Eltern sind psychisch belasteter und empfinden ihre Erziehungspraktiken als nicht so erfolgreich wie die Eltern aus Vergleichsgruppen (Johnston und Mash, 2001). Das Ausmaß der elterlichen Belastung korreliert mit dem hyperkinetischen Verhalten ihrer Kinder. Eine stärkere psychische Belastung der Eltern geht mit einem höheren Maß von hyperaktivem Verhalten der Kinder einher (Schilling et al., 2006). Die Existenz von komorbiden Störungen (körperlichen Beeinträchtigungen, Verhaltensstörungen oder psychischen Störungen) bei Kindern mit ADHS belastet Eltern zusätzlich (Hinojosa et al., 2012). Eltern müssen mit verschiedensten Stressoren durch die kindliche ADHS-Symptomatik umgehen. Aus der Elternrolle können partnerschaftliche Probleme entstehen, welche durch negative Rückkopplungen den konfliktreichen elterlichen Umgang und die ADHS-Symptomatik des Kindes noch verstärken. Elterliche Konflikte untereinander stehen somit mit gesteigerter Aggression und Angst der Kinder in Zusammenhang (Zemp, 2018).

Eltern, welche selbst von ADHS betroffen sind, weisen höhere Scheidungsraten und ein niedrigeres akademisches Niveau auf, als Eltern ohne eigene ADHS-Diagnose (Inmaculada et al., 2020). Die Prävalenz von ADHS bei Erwachsenen wird, basierend auf einer Untersuchung in 20 Ländern, zwischen 1,4–3,6 % geschätzt (Fayyad et al., 2017). Mehr als die Hälfte der Erwachsenen mit ADHS haben mindestens ein ebenfalls betroffenes Kind. Ein Viertel der Kinder mit einer neu diagnostizierten ADHS haben ein betroffenes Elternteil (Minde et al., 2003).

Eltern versuchen das hyperaktive Verhalten ihrer Kinder zu minimieren. In Elternprogrammen eingeübtes, weniger sanktionierendes Verhalten in Problemsituationen kann sich positiv auf das externalisierende Verhalten der Kinder auswirken. Zudem verbessern sich das psychische Wohlbefinden und die Anspannung der Eltern (Hanisch et al., 2014, Kierfeld et al., 2013, Kaiser et al., 2011). Forschung bezüglich Programmen zur Stärkung der elterlichen Kompetenz bei Eltern von Kindern mit ADHS ist also indiziert.



## 1.9 Bindung

Begründer der Bindungstheorie war John Bowlby (1958), ein britischer Pädiater, Kinderpsychiater und Psychoanalytiker. Er postulierte Bindung als ein genetisch determiniertes System, welches Neugeborene dazu veranlagt, eine spezielle emotionale Beziehung zu einem Menschen einzugehen, um ihr Überleben zu sichern (Holmes, 1993). Psychische und physische Nähe zählen als Ziel der kindlichen Bemühungen nach Fürsorge. Elterliches Fürsorgeverhalten ist die komplementäre Antwort auf das kindliche Bindungsverhaltenssystem. Es beinhaltet ein auf das Kind bezogenes Fürsorge- und Schutzbedürfnis. Die Qualität der Bindung wird durch das elterliche Bindungsverhalten bestimmt (Holmes, 1993).

Weitere Bindungsforschung mit psychoanalytischen Ansätzen erfolgte durch Mary Ainsworth (1964) und ihre Versuche mit dem Fremde-Situations-Test (Ainsworth und Bell, 1970). Von ihr stammen die Begriffe des sicheren Bindungsstils, des vermeidenden Bindungsstils und des ängstlich vermeidenden Bindungsstils. Diese drei Stile wurden in späteren Jahren durch den desorganisierten Stil ergänzt (Grossmann und Grossmann, 2003). Eine Art Bindungsmuster bei Kindern zu operationalisieren und das Bindungsverhalten zu beobachten bzw. zu messen ist der Fremde-Situations-Test. Ein Szenario, welches zur Aktivierung von Bindungsverhalten und Exploration bei Kleinkindern im Alter zwischen 12 und 18 Monaten führt und dieses in eine Klassifikation von Bindungsmustern einordnen lässt. Mutter und Kind werden in ein Zimmer gebracht, dann einer Trennung und einer Wiedervereinigungssituation ausgesetzt. Durch eine systematische und standardisierte Verhaltensbeobachtung von Mutter und Kind wird die Bindungsqualität erfasst und es wird ein Bindungsmuster bestimmt (Grossmann et al., 1985).

Sicher gebundene Kinder spielen frei und explorieren ihre Umwelt (Strüber, 2016). Bindung und Erkundung stehen bei Ihnen im Gleichgewicht. Bei einer Trennung von der Mutter zeigen sie deutliche Stresssymptome, beispielsweise durch Weinen. Im Falle der Wiedervereinigung freut sich das Kind, es sucht physische Nähe zur Mutter und kann sich dann wieder Spiel und Exploration widmen (Strüber, 2016). Mütter sicher gebundener Kinder verhalten sich feinfühlig und für das Kind vorhersehbar. Sie reagieren angemessen auf die Bedürfnisse des Kindes (Grossmann und Grossmann, 2003).

Unsicher-ambivalent gebundene Kinder spielen weniger und explorieren ihre Umwelt zögerlicher (Strüber, 2016). Diese Kinder suchen durchgängig die Nähe zur Bindungsperson, noch bevor die Trennungssituation eintritt. Während der Trennungsphase lassen sie sich kaum von fremden Personen beruhigen. Nach der Wiedervereinigung wird es schwierig die Kinder wieder zu beruhigen und in einen konstanten emotionalen Zustand zu versetzen. Sie können widersprüchlich zeitgleich anhänglich und aggressiv wirken (Strüber, 2016). Mütter unsicher

ambivalent gebundener Kinder reagieren unvorhersehbar und widersprüchlich auf ihre Kinder (Grossmann und Grossmann, 2003).

Unsicher-vermeidend gebundene Kinder spielen und explorieren ihre Umwelt, ohne auf ihre Mutter zu achten (Strüber, 2016). In der Trennungssituation zeigen sie sich unbeeindruckt. Das Fehlen der Mutter wird zwar registriert, äußert sich jedoch nicht in Weinen oder anderem Bindungsverhalten. Nach der Wiedervereinigung wird die Mutter scheinbar ignoriert, vermieden und zurückgewiesen (Strüber, 2016). Mütter unsicher vermeidend gebundener Kinder stehen ihren Kindern in Belastungssituationen nicht bei. Sie animieren nur zur Freude. Insgesamt weisen sie eine abweisende Erziehungseinstellung auf (Grossmann und Grossmann, 2003).

Desorganisiert gebundene Kinder wirken desorientiert und verhalten sich widersprüchlich und ungerichtet (Strüber, 2016). Während Anwesenheit, Trennung und Rückkehr der Mutter zeigen sie stereotype oder eingefrorene Bewegungsmuster. Zeitweise lässt sich keine Interaktion mit der Bezugsperson feststellen. Die Bindungsstrategie ist unorganisiert und verdeutlicht sich durch teils fehlgerichtetes Verhalten (Strüber, 2016). Mütter desorganisiert gebundener Kinder vernachlässigen oder missbrauchen ihre Kinder oft psychisch oder physisch. Sie sind regelmäßig selber psychisch krank und zeigen ein pathologisches durch Ablehnung geprägtes Erziehungsverhalten (Grossmann und Grossmann, 2003).

Die Bindungsrepräsentation bei 48 deutschen Kindern mit ADHS im Alter zwischen fünf und neun Jahren wurde im Jahr 2018 untersucht (Franke und Kissgen, 2018). 20,8 % wiesen eine sichere Bindung auf. 39,6 % wiesen eine unsicher vermeidende Bindung auf. 33,3 % wiesen eine desorganisierte Bindung auf. 6,3 % wiesen eine ambivalente Bindung auf. Bei der Vergleichsgruppe ohne ADHS, welche aus 45 Kindern bestand, war die Bindungsrepräsentation bei 57,8 % sicher, bei 35,6 % unsicher vermeidend und bei 6,6 % desorganisiert. Keines der Kinder wies eine unsicher ambivalente Bindung auf. Jungen und Mädchen unterschieden sich in beiden Gruppen nicht signifikant in ihren Bindungsrepräsentationen (Franke und Kissgen, 2018). Eine desorganisierte Bindungsrepräsentation hängt signifikant mit ADHS-Symptomen im späten Jugendalter zusammen (Salari et al., 2016).

Die Bindungsrepräsentation bei Erwachsenen mit ADHS war lediglich in 13,3 % sicher gebunden. 86,7 % waren unsicher gebunden (Schmidt et al., 2018). Die Bindungsrepräsentationen bei 46 Eltern aus der Normalbevölkerung wurde im Jahr 2019 untersucht. 59,9 % wiesen eine sichere Bindungsrepräsentation, 18,2 % eine unsicher vermeidende Bindungsrepräsentation und 22,1 % eine unsicher ambivalente Bindungsrepräsentation auf (Psouni, 2019). Beide Studien nutzten unterschiedliche Messinstrumente.

Welche Verhaltensweisen von Kindern zur Aktivierung von Bindungsverhalten gezeigt werden, bestimmt das internele Arbeitsmodell. Als internes Arbeitsmodell werden Erwartungen an die Bezugsperson bezeichnet, welche das Kind bei Sendung spezifischer Signale an die Bezugsperson vorausahnt. Darunter zählen Erwartungen und Vorstellungen bezüglich des Verhaltens der Bindungsperson, aber auch der eigenen Person (Zulauf Logoz, 2012, Zimmermann et al., 1999). Das internele Arbeitsmodell bei ADHS zeigt einen Zusammenhang mit unsicherer Bindungsqualität (Clarke et al., 2002).

Es ist davon auszugehen, dass Kinder mit ADHS ab ihrem ersten Lebensjahr eine große Herausforderung für den Familienalltag darstellen (Kissgen und Franke, 2016). Ihre Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität behindern die primären Bezugspersonen in ihrem Umgang mit den Signalen dieser Kinder. Da die Feinfühligkeit der primären Bezugsperson im Umgang mit den affektgesteuerten Signalen und den dahinter steckenden Bedürfnissen der Kinder die Grundlage für die Bildung einer sicheren Bindung darstellt, scheinen die Voraussetzungen für die Entwicklung einer sicheren Bindung ungünstiger zu sein, als bei nicht betroffenen Kindern (Kissgen und Franke, 2016). Es konnte gezeigt werden, dass Kinder mit einer reduzierten Selbstregulation eher unsicher gebunden sind (Cassidy, 1994). Eine frühe Deprivation von angemessener emotionaler Zuwendung und Fürsorglichkeit durch Bindungspersonen kann im späteren Leben zu Konsequenzen führen. Nach Betrachtung der Quantität eines Bindungsentzuges in der Kindheit, beispielsweise bei adoptierten Kindern, lassen sich Vorhersagen in Bezug auf die spätere ADHS-Symptomatik und deren Ausmaß treffen (Roskam et al., 2014). Eine Trennung der Eltern erhöht die Wahrscheinlichkeit der Kinder Methylphenidat zu erhalten von 3,3 % auf 6,1 % (Strohschein, 2007).

Erwiesenermaßen kann aufgrund einer desorganisierten Bindungsqualität bei fünfjährigen Jungen späteres externalisierendes Verhalten und eventuell sogar eine ADHS prognostiziert werden (Bohlin et al., 2012, Salari et al., 2016). In jedem Fall zeigen Kinder mit desorganisiertem Bindungsstil mehr ADHS-Symptome als Kinder, bei denen andere Bindungsstile als internes Arbeitsmodell repräsentiert sind (Scholtens et al., 2014). Das Verhalten von Kindern mit ADHS entspricht den ängstlich ambivalenten oder desorganisierten Bindungstypen (Clarke et al., 2002, Scholtens et al., 2014, Storebo et al., 2015). Speziell im Hinblick auf die Vater-Kind-Beziehung weisen Kinder häufiger eine unsichere Bindungsrepräsentation auf (Al-Yagon, 2018). Eltern versuchen das Verhalten ihrer Kinder mit ADHS zu regulieren indem sie verstärkt kontrollieren und kritischer erziehen (Finzi-Dottan et al., 2006). Dadurch ergibt sich allerdings ein unsicher vermeidendes Bindungsmuster der Kinder, welches wiederum zur Vermeidung des Ausdrucks von Bindungsbedürfnissen und zu Ablenkung durch übermäßige Exploration führen kann (Finzi-Dottan et al., 2006).

Eine Störung der Eltern-Kind-Beziehung kann als beeinflussender Faktor des kindlichen Verhaltens gesehen werden. Therapieformen, welche die Eltern-Kind-Bindung fokussieren und nicht nur das Kind alleine behandeln sind also angebracht (Erdman, 1998). Speziell bei der ADHS zeigt eine vorhandene sichere Mutter-Kind-Bindung positive Effekte auf folgende Therapieprogramme (Clarke et al., 2002). Erste bindungsorientierte Therapieprogramme zeigten Erfolge. Eltern wurden sensibilisiert das Verhalten ihrer Kinder zu deuten und auch auf ihre eigenen Bedürfnisse zu achten, Kinder fühlten sich weniger kritisiert und kooperierten besser (Erdman, 1998). Eine frühe Therapie kann präventiv in Bezug auf spätere Bindungsprobleme bei Kindern mit einer ADHS wirken (Storebo et al., 2016).

Bisher wurde dieses Wissen allerdings nur als Bestandteil einer multimodalen Therapie angewandt (Döpfner und Lehmkuhl, 2002). Es gibt wenig aktuelle Forschung über bindungsorientierte Therapieprogramme (Kissgen und Franke, 2016). Ein niedrighschwelliges bindungsorientiertes Programm für Eltern von Kindern mit ADHS existiert bisher in Deutschland nicht. NEFTA adressiert Bindungsthemen und soll erste Hinweise auf die Wirksamkeit eines solchen Programms geben.

## **1.10 Ziele der Arbeit**

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Durchführung und die Wirksamkeit eines bindungsorientierten Gruppenprogramms im kommunalen Setting zu testen.

Als explorative Hypothesen lassen sich ableiten:

1. Nach Besuch der NEFTA-Gruppensitzungen wird eine Verbesserung der allgemeinen psychischen Beeinträchtigung der Eltern erwartet. Als Messinstrument wird die Symptom-Checkliste 90R (SCL-90-R; Derogatis, 1977; deutsche Version Franke, 2002) verwendet.
2. Die Häufigkeit und Intensität von ADHS spezifischen Konfliktsituationen wird postinterventionell innerhalb des Familienkontextes reduziert. Erfasst wird dies mit der „Elternkonfliktskala“ (EKS; Kröger et al., 2009)
3. Die psychische Belastung, welche speziell durch die Elternrolle entsteht, wird postinterventionell verbessert. Als Messinstrument wird das „Eltern-Belastungs-Inventar“ (EBI; Tröster, 2010) eingesetzt.
4. Nach Teilnahme an NEFTA wird das elterliche Erleben von Emotionen bzw. die emotionale Kompetenz verbessert. Dies wird durch die „Skalen zum Erleben von Emotionen“ (SEE; Behr & Becker, 2004) abgebildet.

5. Die elterliche Sensitivität wird postinterventionell verbessert. Zur Erfassung dieses Zielmaßes wird der „Situations-Reaktions-Fragebogen zur Messung elterlicher Sensitivität“ (PS-SRQ; Hänggi, Schweinberger, Gugger & Perrez, 2010) eingesetzt.
6. Nach Teilnahme an NEFTA wird die Lebenszufriedenheit der teilnehmenden Eltern verbessert. Als Messinstrument wird der „Fragebogen zur Lebenszufriedenheit“ (FLZ; Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, & Brähler, 2000) verwendet.
7. Postinterventionell wird das elterliche Kompetenzgefühl verbessert. Hierzu wird der „Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern“ eingesetzt (FKE; Miller, 2001).
8. Nach Ende des Gruppenprogramms wird eine positive Veränderung des Problemverhaltens bei den Kindern der an NEFTA teilnehmenden Eltern erwartet. Als Messinstrument wird der „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ; Goodman, 1997; dt. von Klasen et al., 2000) verwendet.
9. Postinterventionell wird die ADHS-Symptomatik der Kinder aus Elternsicht reduziert. Gemessen wird dies mit dem „Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“ (FBB-ADHS; Döpfner, Görtz-Dorten, et al., 2008)
10. Nach Teilnahme der Eltern an NEFTA wird eine Reduktion des kindlichen oppositionell-aggressiven Verhaltens, des dissozial-aggressiven Verhaltens und ein Anstieg des prosozialen Verhaltens erwartet. Als Messinstrument dient der „Fremdbeurteilungsbogen für Störungen des Sozialverhaltens“ (FBB-SSV; Döpfner, Görtz- Dorten, et al., 2008).
11. Die Daueraufmerksamkeit und Flexibilität der Kinder wird nach Teilnahme der Eltern an NEFTA verbessert. Als Messinstrument dient die „Kinderversion der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung“ (KiTAP; Zimmermann et al., 2002).
12. Nach Ende des NEFTA-Programms wird eine Verbesserung der kindlichen gesundheitsbezogenen Lebensqualität erwartet. Gemessen wird diese mit der Selbstbeurteilungsversion und der Fremdbeurteilungsversion des „KINDL-Fragebogens“ (Kid/Kiddy-KINDL-R; Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998).

## **2. Material und Methoden**

### **2.1 Datenschutz und Ethik**

Die Erfassung und Auswertung der Daten erfolgte pseudonymisiert. Nach Ablauf der Studie wurden sie gelöscht. Die TeilnehmerInnen und ihre Kinder gaben ihre schriftliche und mündliche Zustimmung zur Teilnahme, nachdem Ihnen die Studienziele mitgeteilt wurden. Als Aufwandsentschädigung erhielten die Familien jeweils 25 Euro für die Teilnahme an der t1 und der t2 Befragung. Für die Eltern und ihre Kinder wurde eine Wege-Unfall-Versicherung inklusive Aufenthaltsrisiko abgeschlossen. Das benötigte Ethikvotum wurde am 23.09.2013 von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität positiv erteilt und trägt die Studiennummer 4108.

### **2.2 Studiendesign**

Um die Durchführbarkeit des Interventionsprogramms im kommunalen Setting zu erproben, wurde zunächst eine Machbarkeitsstudie mit naturalistisch explorativem Charakter durchgeführt. Es liegt ein Messwiederholungsdesign mit zwei Messstufen, präinterventionell t1 und postinterventionell t2 vor. Es werden die zweifach gestuften Faktoren Messzeit (prä-post-Messung) und Verbesserung untersucht. Als primärer Endpunkt wird die Reduktion der vorhandenen psychischen Belastung der Eltern und eine Verminderung der ADHS-Symptomatik ihrer Kinder definiert.

Ursprünglich war die Realisierung einer Wartekontrollgruppe mit den Faktoren Gruppe (Interventions- und Kontrollgruppe) und Messzeitpunkt (prä-post-Messung) geplant. Die Zugehörigkeit zu der IG oder der Kontrollgruppe im Wartedesign sollte nach der Rekrutierung ausgelost werden. Das Studiendesign sollte eine zweiarmige randomisierte, kontrollierte Studie mit Messwiederholung beinhalten. Nach der Rekrutierung wären beide Gruppen zum Zeitpunkt t1 gemessen worden. Nach Durchführung der Elternsitzungen wären beide Gruppen zum Zeitpunkt t2 gemessen worden. Die Wartekontrollgruppe hätte danach die Gruppensitzungen durchlaufen. Dies war leider nicht möglich, weil die teilnehmenden Eltern, welche unter einem enormen Leidensdruck standen, ein Wartekontrollgruppendesign nicht tolerierten. Wir entschieden uns für die Durchführung einer zweiten Gruppendurchführung der ursprünglich geplanten Wartekontrollgruppe, um ein Scheitern des Gesamtvorhabens zu vermeiden, nachdem telefonisch mehrfach großer Unmut von TeilnehmerInnen ausgesprochen wurde. Es wurden keine Daten der TeilnehmerInnen der ursprünglichen Wartekontrollgruppe erhoben.

## 2.3 Studienablauf

Die Umsetzung erfolgte in 15 kostenlosen und wohnortsnahen 90-minütigen Elternsitzungen, mit zeitgleicher Kinderbetreuung in einer Gruppe durch pädagogische Fachkräfte. Die 15 Sitzungen wurden in drei thematische Module, bestehend aus jeweils fünf, sechs und vier Sitzungen, unterteilt. Die fünf Gruppen wurden durch ein geschultes und qualifiziertes Gruppenleiterpaar (bestehend aus SchulpsychologInnen, SchulsozialarbeiterInnen, einer Lehrerin und einer Kindertagesstätten-Gruppenleiterin) mit Hilfe eines detaillierten standardisierten Manuals angeleitet. Die GruppenleiterInnen wurde in einer dreitägigen Schulung auf die Sitzungen vorbereitet, um die Qualität bei der Durchführung der Studie zu sichern. Die Schulung orientierte sich an der bereits bewährten und etablierten wir-2 Schulung. Es erfolgten Vorträge, praktische Übungen, Rollenspiele und die Vermittlung von Wissen zum Thema ADHS, zum Manual und zum Konzept von NEFTA. Die Durchführung der Sitzungen wurde genau besprochen. Mögliche Konflikte, wie zum Beispiel durch stark belastete Eltern bedingt, wurden in Rollenspielen eingeübt. Ziel war die Durchführung der Sitzungen genau nach Manual, um später die methodenentsprechende Qualität zu evaluieren. Die Sitzungen wurden jeweils von einem männlichen und einer weiblichen GruppenleiterIn durchgeführt. Ziel war die Darstellung einer funktionierenden Mann-Frau-Beziehung und eines „guten Elternpaares“, welches einen wertschätzenden und konfliktfreien Umgang miteinander pflegt. Zudem fanden vier 90-minütige Supervisionen durch die Mitarbeiter des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Düsseldorf (bestehend aus Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Neurologie und Psychiatrie, sowie Diplom-PsychologInnen und MedizinstudentInnen) statt, welche bei Fragen auch telefonisch oder per E-Mail kontaktiert werden konnten. Während der prozess- und qualitätssichernden Supervisionssitzungen, welche zeitlich zu Beginn eines jeden Moduls und am Ende des Programms lagen, konnte die Gruppenleitung bei Fragen zur Umsetzung der einzelnen Gruppensitzungen oder bei organisatorischen oder auch fallbezogenen Problemen unterstützt werden. Die einzelnen Module wurden vor- und nachbesprochen, es wurden Arbeitsmaterialien überreicht und offene Fragen geklärt. Kritik und Anregungen der GruppenleiterInnen konnten in der Form von Feedback-Fragebögen und verbal geäußert werden. Ebenso konnten Erfahrungen der vorangegangenen Gruppensitzungen ausgetauscht werden.

Das Forschungsvorhaben erstreckte sich insgesamt über einen Zeitraum von 24 Monaten. Im September 2014 wurde zunächst eine Eingangsmessung (t1) durchgeführt. Dabei wurden die Eltern mittels Fragebögen bezüglich eigener emotionaler Feinfühligkeit, Sensitivität, intuitiver Elternkompetenz und psychischer Belastungssymptome befragt.

Die externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten, ADHS-Symptome und Lebenszufriedenheit der Kinder wurden mittels Fremdbeurteilung durch die Eltern und Selbstbeurteilung erfasst. Die Selbstbeurteilung erfolgte durch ein Interview. Die Fragen des Messinstrumentes wurden durch Mitarbeiter des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Düsseldorf gestellt und die Antworten im Fragebogen markiert.

Nach Beendigung der Gruppensitzungen wurde im März 2015 eine zweite Messung (t2) durchgeführt. Diese diente der Effektkontrolle, um die Wirksamkeit des Interventionsprogramms zu evaluieren. Abbildung 1 bietet einen Überblick über den Studienablauf und die Dauer der einzelnen Phasen.



Abbildung 1: Studienablauf, Messzeitpunkte und Gruppendurchführung im Zeitplan

Projektmonate

Studienablauf

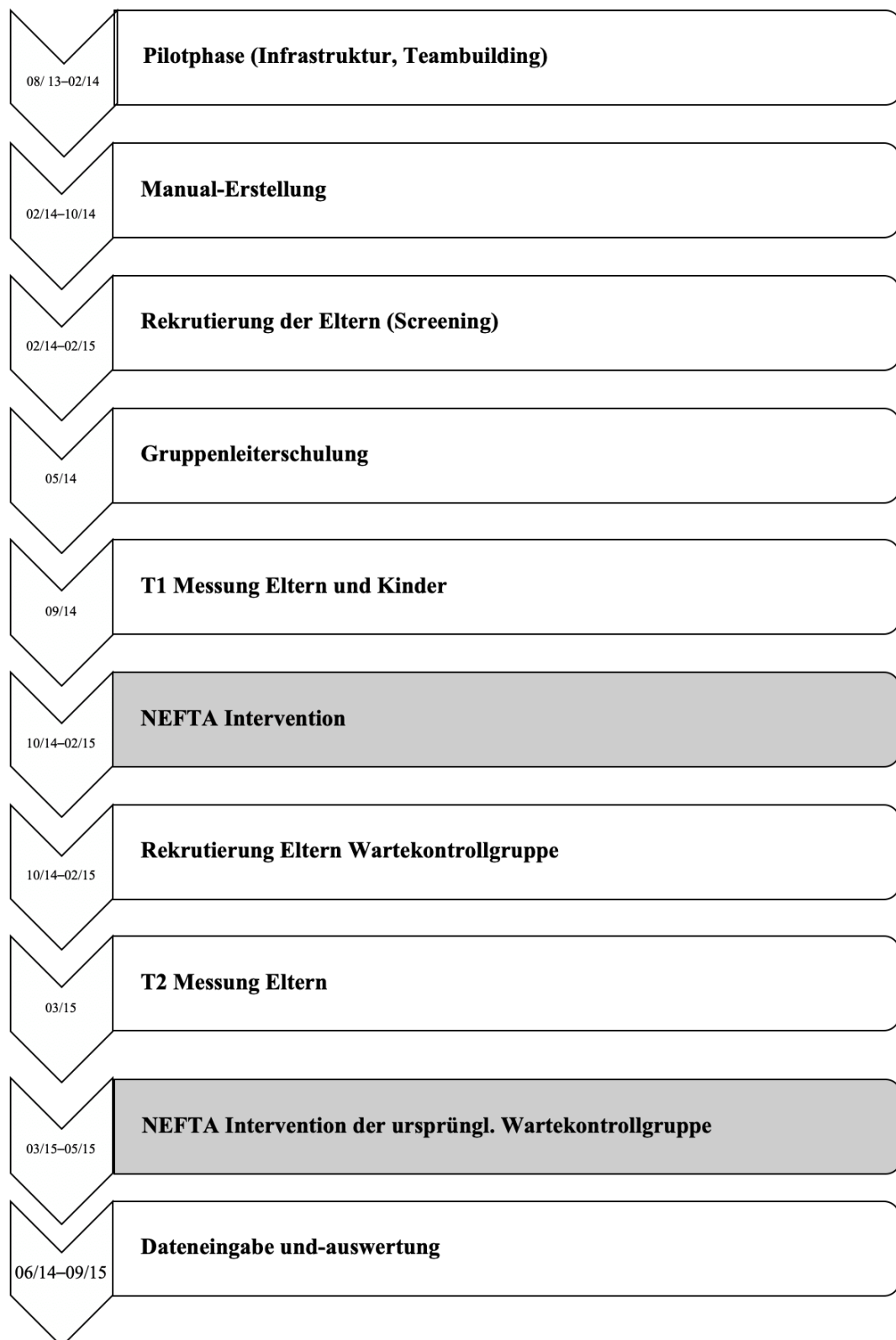


Abb.1: T1 = erster Messzeitpunkt, T2 = zweiter Messzeitpunkt. Verdeutlicht werden die Messzeitpunkte, welche in Projektmonaten auf der linken Seite angegeben werden. Die in dieser Zeit laufenden Aktivitäten des Studienablaufs werden auf der rechten Seite aufgezeigt.

## 2.4 Stichprobe

### 2.4.1 Stichprobenrekrutierung

Die Rekrutierung der Stichprobe, durchgeführt durch das Klinische Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Düsseldorf in Kooperation mit dem Jugendamt der Stadt Neuss, erfolgte durch:

- Veröffentlichung einer Pressemeldung
- Informationsveranstaltungen der Stadt Neuss
- Bereitstellung von Informationsmaterial sowie Zusendung der Screening-Fragebögen an ausgewählte KinderärztInnen und ErgotherapeutInnen
- Werbung bei Grundschulen und Kindertagesstätten
- Internetauftritt

Zur ersten Datenerhebung erfolgte zunächst der Versand der Screening-Fragebögen an interessierte potenzielle TeilnehmerInnen. Diese enthielten Fragen zu Ausschlusskriterien und zu ersten soziodemografischen Daten (Kontaktdaten, Geschlecht, Alter, Einkommen, Familienstand, Anzahl Kinder, Bildung, berufliche Situation, Einkommen). Der gesamte Rekrutierungsprozess ist in Tabelle 1 dargestellt. Es wurde versucht jeweils beide Elternteile zu rekrutieren. Fünfundvierzig Mütter und fünfundvierzig Väter sendeten als Elternpaare von Fünfundvierzig Kindern ihre ausgefüllten Screening-Fragebögen an das Klinische Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Düsseldorf.

Aufgrund der Ausschlusskriterien wurden vier Mütter mit ihren Kindern, und zwei Väter nicht zu der Studie zugelassen. Die zwei Väter wurden aufgrund ihrer mangelnden Deutschkenntnisse ausgeschlossen. Die dazugehörigen Mütter nahmen weiterhin an der Studie teil. Alle ausgeschlossenen TeilnehmerInnen werden als Dropouts (DO) bezeichnet. Vier Mütter mit Kindern konnten aufgrund des Alters der Kinder nicht teilnehmen. Aus anderen privaten Gründen wie Krankheit, Umzug oder terminlicher Planung wurden zehn Mütter und drei Väter nicht zu der Studie zugelassen. Ein Elternpaar hatte sich gemeinsam zum Training angemeldet. Aufgrund der terminlichen Planung konnte die Mutter jedoch nicht an der NEFTA-Intervention teilnehmen. Somit gab es von der t1 Testung an nur einen Vater mit seinem Kind der ohne Mutter teilnahm. Jede andere Mutter nahm mit ihrem Kind teil. Gleichzeitig konnten vier Väter für die Studie gewonnen werden, welche sich im Vorhinein nicht eigenständig gemeldet hatten. Sie gehörten zu bereits teilnehmenden Müttern. Sie füllten nachträglich keine Screening-Fragebögen mehr aus, nahmen aber an der t1 Testung teil.

Dementsprechend wurde die t1 Befragung mit 35 Müttern, 24 Vätern und 36 Kindern durchgeführt. Nach den t1 Befragungen schieden sechs Mütter und 12 Väter aufgrund von

privaten Gründen aus. Da jede Mutter mit Kind teilnahm schieden auch sechs Kinder aus. Die Kinder der zwölf ausgeschiedenen Väter nahmen weiterhin mit ihren Müttern an der NEFTA-Intervention teil. Diese zwölf Männer schieden aufgrund der Studienführung aus. Zu Beginn der Studie sollten auch Väter, welche selber nicht am Training teilnahmen in die Datenanalyse eingeschlossen werden. Nach Durchführung der t1 Messung entschieden wir uns gegen dieses Vorgehen, da nur Eltern welche auch persönlich an den Sitzungen teilnahmen in die Datenanalyse einbezogen wurden.

Folglich begannen 29 Mütter, zwölf Väter und 30 Kinder die Intervention mit den 15 Gruppensitzungen. Die 29 Mütter nahmen jeweils mit ihrem Kind teil. Ein Vater nahm mit seinem Kind ohne Mutter teil. Die übrigen elf Väter gehörten zu Familien.

Nicht alle Sitzungen wurden von allen Eltern besucht. Diejenigen, welche an weniger als 50 % der Sitzungen teilnahmen oder aus anderen Gründen (Krankheit, Umzug) freiwillig ausschieden, beendeten die Intervention in der Datenauswertung nicht. Dazu gehörten zwei Mütter mit Kind und der allein teilnehmende Vater mit seinem Kind.

Während des gesamten Studienablaufs ließen einige Eltern weitere ADHS-Diagnostik an ihren Kindern durchführen. Bis zur t2 Befragung wurde bei einem Kind die ADHS-Diagnose ausgeschlossen und seine Mutter nicht in die Berechnungen eingeschlossen. Die Diagnosen wurden nach Sichtung von Befundberichten und Arztbriefen dokumentiert. Zusätzlich erfolgte die Prüfung der ADHS-Symptomausprägung der Kinder bei der t1 Testung durch eine psychometrische Eingangsdagnostik. Dazu wurde das standardisierte und evaluierte Testinstrument „Kinderversion der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung“ (KiTAP) (Zimmermann et al., 2002) verwendet. Eine Beschreibung des Testinstrument KiTAP ist bei Punkt 2.6.2.4 zu finden.

Nach Beendigung der Intervention und vor Durchführung der t2-Befragung schieden zwei Mütter und ein Vater von zwei Kindern aus privaten Gründen aus. Es füllten 20 Mütter und neun Väter von 20 Kindern die Fragebögen zum Zeitpunkt t2 aus. Im Laufe der Datenanalyse meldete sich eine Familie aus Mutter, Vater und Kind bestehend und eine Mutter mit ihrem Kind, bei denen die ADHS Diagnose des Kindes durch weitere Diagnostik ausgeschlossen wurde. Die Daten wurden ausgeschlossen und der Dropout Gruppe zugeteilt.

Zur Datenanalyse wurden endgültig dann 18 Mütter, 18 Kinder und acht Väter zugelassen. Jeder vollständige Datensatz einer Person wurde als ein N der Stichprobe behandelt.

Tabelle 1: **Stichprobenrekrutierung**

	Eltern		Kinder	Dropouts			Einsteiger			
	M	V		Grund	M	V	K	M	V	K
<b>Screening</b>	45	25	45							
				Deutschkenntnisse	0	2	0	0	4	0
				Alter des Kindes	4	0	4			
				Abbruch	6	3	5			
<b>T1*</b>	35	24	36							
				Abbruch	6	12	6			
<b>Intervention begonnen</b>	29	12	30							
				Abbruch	6	2	6			
<b>Intervention beendet</b>	23	10	24							
				Diagnose	1	0	1			
				Abbruch	2	1	3			
<b>T2</b>	20	9	20							
				Diagnose	2	1	2			
				<b>Dropouts Gesamt</b>	27	21	27			
				<b>Einsteiger Gesamt</b>					4	
<b>Datenanalyse</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>18</b>							

Tab. 1: K= Kinder, M= Mütter, V= Väter, T1= erster Messzeitpunkt, T2= zweiter Messzeitpunkt. Übersicht Anzahl TeilnehmerInnen je Stichprobengruppe im Studienverlauf. Dargestellt ist die Anzahl an TeilnehmerInnen auf der rechten Seite, welche sich nach den verschiedenen Abschnitten der Studie ergeben. Weiß unterlegt sind die absoluten Zahlen zu den Messzeitpunkten Screening, T1, T2 und Datenanalyse. Grau unterlegt sind die addierten und subtrahierten Zahlen der Teilnehmeranzahl und die Gründe für Ausscheiden und Einschluss in die Studie. \*auch Probanden inbegriffen, die nicht an Intervention teilgenommen haben

### **2.4.2 Ein- und Ausschlusskriterien**

Die Einschlusskriterien beinhalteten ein Kindesalter zwischen fünf und zehn Jahren, sowie eine ärztlich diagnostizierte ADHS und eine deutlich ausgeprägte ADHS-Symptomatik mit einem dementsprechend ausgeprägten Leidensdruck auf Seiten der Kinder und Eltern. Ein Wohnort im Rhein-Kreis Neuss war ebenfalls verpflichtend.

Zu den Ausschlusskriterien gehörten schwere psychiatrische Erkrankungen bei Kindern oder Eltern, die aktuelle Teilnahme der Eltern an interferierenden Elterntrainings, schwere Entwicklungsdefizite der Kinder oder unzureichende Deutschkenntnisse. Die Ausschlusskriterien wurden mittels Screening-Fragebögen und im Rahmen der t1 Testung im persönlichen Gespräch überprüft. Bei Ausschluss wurde den Eltern die Teilnahme zu einem späteren Zeitpunkt angeboten.

### **2.4.3 Soziodemographische Daten der Stichprobe**

Eine Übersicht über die Stichprobenmerkmale gibt Tabelle 2. In die Untersuchung wurden  $N = 18$  Mütter und  $N = 8$  Väter einbezogen. Die Mütter waren 35 bis 49 Jahre alt ( $M = 41,8$ ;  $SD = 4,1$ ). Die Väter waren 44 bis 53 Jahre alt ( $M = 46,7$ ;  $SD = 2,8$ ). Die meisten Mütter (76,5 %) und Väter (62,5 %) hatten zwei Kinder. 11,8 % der Mütter hatten ein oder vier Kinder. 25 % der Väter hatten ein Kind, 12,5 % der Väter hatten drei Kinder.

Fünf Mütter von Töchtern nahmen am Training teil und 13 Mütter von Söhnen. Vier Väter von Töchtern nahmen teil und ergänzten die Familien. Eine Mutter nahm mit ihrer Tochter ohne den dazugehörigen Vater teil. Es nahmen vier Väter von Söhnen teil. Neun Mütter nahmen mit ihren Söhnen ohne den dazugehörigen Vater teil.

Es befanden sich 88,9 % der Mütter und 100 % der Väter in Ehe oder eheähnlicher Gemeinschaft. Getrennt oder geschieden waren 5,6 % der Mütter. 77,7 % der Mütter und 100 % der Väter hatten das Abitur als höchsten Schulabschluss erreicht. 16,7 % der Mütter gaben die mittlere Reife und 5,6 % der Mütter den Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss an. Die meisten Mütter (61,1 %) waren in Teilzeit tätig. Die meisten Väter (75 %) waren in Vollzeit tätig. Ebenfalls in Vollzeit arbeiteten 16,7 % der Mütter. Nicht Erwerbstätig waren 22,2 % der Mütter und 12,5 % der Väter.

Als Berufsausbildung gaben 38,9 % der Mütter und 25 % der Väter einen Fachhochschulabschluss an. Ein abgeschlossenes Universitätsstudium gaben 33,3 % der Mütter und 62,5 % der Väter an. Eine Lehre als Berufsausbildung hatten 27,8 % der Mütter und 12,5 % der Väter absolviert.

Alle Eltern (100 %) gaben an Unterstützung zu benötigen. Die Frage wurde im Screening-Fragebogen nicht weiter spezifiziert und sollte Hinweise auf die Motivation geben. Eine in der Vergangenheit abgeschlossene oder aktuell durchgeführte andere ADHS-Therapie wurde von 88,9 % der Mütter und 100 % der Väter bejaht.

Zigaretten wurden von 88,9 % der Mütter und 87,5 % der Väter nicht konsumiert. Nur eine Mutter (5,6 %) rauchte gelegentlich und ein Vater (12,5 %) berichtete regelmäßig zu rauchen. Ein Alkoholkonsum wurde von 16,7 % der Mütter komplett verneint. Etwa einmal pro Monat tranken 22,2 % der Mütter und 12,5 % der Väter Alkohol. Einen Alkoholkonsum einmal pro Woche gaben 38,9 % der Mütter und 25 % der Väter an. Mehrmals pro Woche tranken 16,7 % der Mütter und 50 % der Väter.

Die selbstberichteten Ausgangswerte zu bestehenden Belastungen zu t1 zeigten bei 55,6 % der Mütter und bei 37,5 % der Väter eine aktuelle subjektive psychische Belastung im Sinne von Ängsten, Niedergeschlagenheit oder Schlafstörungen. 16,7 % der Mütter und 12,5 % der Väter befanden sich deswegen zum Zeitpunkt t1 in Behandlung. Die psychische Belastung wurde von den Eltern in den Screening-Fragebögen selbst berichtet und nicht näher erläutert. Sie diente als erster Hinweis und wurde später mit standardisierten und evaluierten Testinstrumenten zum Messzeitpunkt t1 weiter untersucht.

Unter selbstberichteter früherer psychischer Beeinträchtigung im Sinne von zum Beispiel Ängsten, Niedergeschlagenheit und Schlafstörungen litten 33,3 % der Mütter und 50 % der Väter.

Tabelle 2: **Stichprobenmerkmale der Eltern zu t1**

Merkmal	Mütter (N = 18)		Väter (N = 8)	
	Range	M (SD)	Range	M (SD)
Alter	35–49	41,8 (4,1)	44–53	46,7 (2,8)
Anzahl Kinder	1–4	2,1 (0,8)	1–3	1,9 (0,6)
<b>Familienstand</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Verheiratet	16	88,9	7	87,5
Eheähnlicher Gemeinschaft	-	-	1	12,5
Getrennt lebend	1	5,6	-	-
Geschieden	1	5,6	-	-
<b>Schulabschluss</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hauptschule	1	5,6	-	-
Mittlere Reife	3	16,7	-	-
Abitur*	14	77,7	8	100,0
<b>Berufsausbildung</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Lehre	5	27,8	1	12,5
Fachhochschule	7	38,9	2	25,0
Universitätsstudium	6	33,3	8	62,5
<b>Erwerbstätigkeit</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nein	4	22,2	1	12,5
Ja, Teilzeit	11	61,1	-	-
Ja, Vollzeit	3	16,7	6	75,0
<b>Unterstützung benötigt</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ja	18	100	8	100
<b>In fester Partnerschaft</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ja	16	88,9	8	100
Nein	2	11,1	-	-
<b>ADHS-Therapie des Kindes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ja	2	11,1	8	100
Nein	16	88,9	-	-
<b>Rauchen</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ja, gelegentlich	1	5,6	-	-
Ja, regelmäßig	-	-	1	12,5
Nein	16	88,9	7	87,5
<b>Alkoholkonsum</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
nie	3	16,7	-	-
ca. 1x im Monat	4	22,2	1	12,5
ca. 1x pro Woche	7	38,9	2	25,0
mehrmals pro Woche	3	16,7	4	50,0
täglich	-	-	1	12,5
<b>seelische Beeinträchtigung</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nein	7	38,9	5	62,5
Ja	10	55,6	3	37,5
<b>Aktuelle oder frühere Behandlung</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nein	9	50	3	37,5
Ja	3	16,7	1	12,5
<b>Frühere seelische Beeinträchtigung</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nein	11	61,1	4	50,0
Ja	6	33,3	4	50,0

Tabelle 2: N = Anzahl, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung. Dargestellt sind die

Stichprobenmerkmale der Interventionsstudie, bestehend aus 18 Müttern und acht Vätern. \*Beinhaltet zusätzlich Hochschulabschlüsse.

## 2.5 Aufbau des Manuals

Den Beginn jeder Sitzung bildet ein Blitzlicht zum Austausch der TeilnehmerInnen über die letzte Woche. Anschließend erfolgt eine Mischung aus theoretischem Informationsteil und darauf aufbauenden praktischen Übungen. Jede Sitzung enthält einen Theorieteil für die GruppenleiterInnen, welcher zur optimalen Vorbereitung auf die Gruppensitzung dient. Ein weiteres „Infoblatt für die Eltern“ soll dem Nacharbeiten der Sitzung dienen und kann auch nach Beendigung des NEFTA-Programms wieder angesehen werden. Die dort enthaltenen Informationen sind umgangssprachlich geschrieben und beziehen sich auf den Alltag der Eltern. Der Übungsteil jeder Sitzung besteht meist aus zwei oder drei thematisch abgestimmten Einzel-, Paar- oder Gruppenübungen. Eventuell benötigtes „Didaktisches Material“ liegt für die GruppenleiterInnen vor und reduziert den Aufwand der Vorbereitung. Die Übungen werden so abwechslungsreich bereichert. Eine von den Eltern zuhause bearbeitete Aufgabe bildet einen festen Bestandteil jedes Treffens. Diese werden teils von den Eltern alleine, teils als Eltern-Kind-Interaktion bearbeitet und sollen somit die persönlichen Ressourcen aktivieren. Zudem werden die in den Sitzungen besprochenen Inhalte in den eigenen Alltag übertragen.

Modul eins, welches aus fünf Sitzungen besteht, führt in die emotionale Selbstwahrnehmung der Eltern ein. Die erste Sitzung dient der Begrüßung und soll eine erste Vertrautheit unter den Eltern schaffen. Stigmatisierung und psychosoziale Belastung durch ADHS werden dort erläutert. Zudem werden organisatorische Details und Gruppenregeln geklärt. In der zweiten Sitzung werden theoretischen Kenntnisse über ADHS vermittelt sowie der aktuelle Stand der Forschung erläutert. Hierbei wird die Definition der ADHS, Epidemiologie, Komorbiditäten, Ätiologie, Behandlungsmöglichkeiten und die Eltern-Kind-Bindung diskutiert. Während der dritten Sitzung lernen die Teilnehmenden ihre eigenen Gefühle wahrzunehmen, zu unterscheiden und auszusprechen. Es wird über die Entstehung, Funktion und Auswirkung von Gefühlen, sowie die fünf Basisemotionen (Angst, Freude, Trauer, Wut, Ekel) diskutiert. In der vierten Sitzung werden das Selbstwertgefühl und die emotionale Kompetenz und Selbstvertrauen erläutert. Diese Inhalte setzen sich in Sitzung fünf fort. Diskutiert werden dort die negative Selbstwahrnehmung, die emotionale Kompetenz, die Bedeutung der ADHS für Eltern von Kindern mit ADHS sowie die Selbstentwertung und Selbstschädigung.

Im gesamten zweiten Modul werden die Gefühle und das Erleben der Kinder eingeführt. In Sitzung sechs erläutert das Gruppenleiterpaar die Bindungstheorie nach Bowlby (Holmes, 1993) und den Zusammenhang von Bindung und ADHS-Symptomen. Es werden die Grundbedürfnisse der Kinder erläutert. In der siebten Sitzung wird das Einfühlen in das Erleben des eigenen Kindes durch Übungen eingeführt. Die GruppenleiterInnen diskutieren im Theorieteil die Kinder und ihren Umgang mit „Angst, Wut und Trauer“. Die theoretische



Grundlage der Sitzung acht bilden die Gefühle „Freude, Trauer und Ekel“ und der Umgang der Kinder mit diesen. Sitzung neun beinhaltet die vier Aspekte der Kommunikation (Schulz von Thun, 2011) und ermutigt die Eltern durch Übungen zum einfühlsamen Zuhören. In Sitzung zehn geht es um einfühlsames Handeln zur Förderung des Bindungs- und Erkundungsverhaltens, sowie Bindungsbeziehungen von Kindern zu Bezugspersonen. Sitzung elf thematisiert die Paarbeziehung der Eltern miteinander.

Modul drei soll den Eltern helfen das Erlernte in Lösungsansätze umzuwandeln. Diskutiert wird die Wahrnehmung der Gesamtsituation im familiären Alltag. Die TeilnehmerInnen erarbeiten in diesen vier Sitzungen neue Lösungen für den Alltag auf Verhaltensebene. Sitzung zwölf erklärt die Bedeutung von wiederkehrenden Ritualen für Kinder. Es werden alltäglich Rituale im Familienalltag wie zum Beispiel Aufstehen, Waschen, Anziehen, Essen diskutiert und Vorschläge zur Gestaltung im Infoteil eingeführt. Sitzung 13 thematisiert den Umgang mit Stress und das Entspannungstraining nach Jacobson (Bernstein et al., 1992). In Sitzung 14 geht es um die Themen Bewegung und Genuss und wie diese in den Alltag integriert werden können. Die letzte Sitzung wird zur Wiederholung der erarbeiteten Inhalte und zur Verabschiedung genutzt.

Das unveröffentlichte Manual mit Sitzungsinhalten ist in dem Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Düsseldorf einzusehen.

## 2.6 Operationalisierung

### 2.6.1 Erhebungsinstrumente Eltern

Für die gesamte Studie wurden standardisierte und evaluierte Messinstrumente ausgewählt, um die Effekte des NEFTA-Gruppenprogramms auf die psychische Belastung der Eltern und deren emotionale Kompetenzen zu messen. Ein Überblick über die in der Studie vorhandenen Erhebungsinstrumente und das jeweils gemessene Konstrukt bietet Tabelle 3.

Alle Instrumente befinden sich in Originalform im Anhang.

Tabelle 3: Überblick über die verwendeten Messinstrumente (Elternbefragung)

Messinstrument	Konstrukt	Autor und Erscheinungsjahr
<b>SymptomChecklist-90R (SCL- 90-R)</b>	Allgemeine psychische Belastung	Derogatis, 1977, Franke, 2002
<b>Erziehungskonflikt-skala (EKS)</b>	Anzahl und Intensität Erziehungskonflikte	Kröger et. al., 2009
<b>Eltern-Belastungs-Inventar (EBI)</b>	Belastung als Elternteil	Tröster, 2011
<b>Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE)</b>	Erleben, Umgang mit und Bewältigung von Emotionen	Behr & Becker, 2004
<b>Situations-Reaktions-Fragebogen zur Erfassung der elterlichen Sensitivität (PS-SRQ)</b>	Emotionale Feinfühligkeit/Sensitivität	Hänggi, Schweinberger, Gugger & Perrez, 2010
<b>Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)</b>	Lebensqualität	Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler, 2000
<b>Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern (FKE)</b>	Subjektive Kompetenz in der Elternrolle	Miller, 2001
<b>Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)</b>	Verhaltensauffälligkeiten, Verhaltensstärken in Kindheit und Adoleszenz	Goodman, 1977

Tabelle 3: Aufgezeigt wird die im Text verwendete Abkürzung für die verwendeten Messinstrumente zur Elternbefragung und das damit gemessene Konstrukt.

### 2.6.1.1 Symptom-Checklist-90R-Standard (SCL-90-R)

Die SCL-90-R (Derogatis, 1977, Franke, 2002) beschreibt die allgemeine psychische Beeinträchtigung der letzten sieben Tage mittels der Erfassung von psychischen und physischen Symptomen. Unter Zuhilfenahme von 90 Items wird die psychische Symptombelastung in neun Skalen und drei globalen Kennwerten ermittelt. Diese Skalen sind *Somatisierung*, *Zwanghaftigkeit*, *Unsicherheit im Sozialkontakt*, *Depressivität*, *Ängstlichkeit*, *Aggressivität/Feindseligkeit*, *Phobische Angst*, *Paranoides Denken* und *Psychotizismus*. Es existieren drei globale Kennwerte. Der *Global Severity Index* (GSI) misst die generelle psychische Belastung der Testpersonen. Der *Positive Symptom Distress Index* misst die Intensität der gegebenen Antworten. Der *Positive Symptom Total* misst die Quantität der Symptome, welche eine Belastung aufweisen. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Stichprobe des GSI zum Messzeitpunkt t1 ( $\alpha = ,97$ ) und zu t2 ( $\alpha = ,94$ ) war exzellent. Normwerte sind getrennt nach Geschlecht und Bildungsgrad vorgegeben. T-Werte gelten ab  $T > 63$  als auffällig, ein GSI-Wert gilt ab  $T > 60$  als auffällig. (Franke, 2002). Die Skala *Somatisierung* beschreibt die Wahrnehmung körperlicher Dysfunktionen, welche aufgrund von psychischer Belastung entstehen können. Darunter sind zum Beispiel Schmerzen, Dyspnoe, Vertigo oder Parästhesien. Bei einer Verbesserung nehmen die Probanden eventuell weniger der oben aufgeführten körperlichen Dysfunktionen wahr. Die Skala *Zwanghaftigkeit* beschreibt Verhaltensweisen und Gedanken die unveränderbar permanent vorhanden, aber ungewollt sind. Diese Zwänge werden als belastend empfunden. Eine Besserung bedeutet eine eventuelle psychische Entlastung der Testperson. Die Skala *Unsicherheit im Sozialkontakt* kann eine minimale soziale Unsicherheit bis zu schwerwiegenden Minderwertigkeitsgefühlen der Testperson aufzeigen. Eine Verbesserung der Werte kann eine optimierte interpersonelle Kommunikation und Selbstsicherheit bedeuten. Die Skala *Depression* beschreibt eine grundsätzliche Dysphorie. Eine deskriptive Besserung kann bedeuten, dass die Testpersonen unter anderem hoffnungsvoller sind, mehr Interessen bestehen, das Gefühl der Wertlosigkeit minimiert ist und Selbstvorwürfe reduziert sind. Die Skala *Ängstlichkeit* beschreibt eine geringe Nervosität bis hin zu starker Angst. Eine Verbesserung der Skala kann einen Rückgang starker Ruhelosigkeit oder angsteinflößender Gedanken bedeuten. Die Skala *Phobische Angst* beschreibt das minimale Gefühl der Bedrohung bis zu starker phobischer Angst. Eine Verbesserung der Skala kann auf einen Rückgang massiver und unangemessener Furcht auf diverse Stimulationen hinweisen. Die Skala *Paranoides Denken* beschreibt Minderwertigkeitsgefühle und Misstrauen bis hin zu paranoiden Gedankengängen. Eine Verbesserung kann eine Reduktion inhaltlicher Denkstörungen bedeuten. Die Skala *Psychotizismus* beschreibt minimale Gefühle der Isolation bis hin zu massivem psychotischen Denken. Eine Verbesserung bedeutet unter anderem weniger Entfremdung (Franke, 2002).

### **2.6.1.2 Erziehungskonfliktskala (EKS)**

Die EKS (Kröger et al., 2009) beruht auf der englischsprachigen *Parent Problem Checklist* (Dadds und Powell, 1991) und erfasst Kontroversen und Auseinandersetzungen der Kindererziehung, welche aufgrund von mangelnder Kooperation der Eltern entstehen. Die 16 Items der deutschen Übersetzung beschreiben kennzeichnende Konfliktfelder, die in Zusammenhang mit der elterlichen Erziehungsaufgabe stehen. Sie werden rückblickend über die letzten vier Wochen beurteilt, indem Kennwerte für die Anzahl und Intensität der Konflikte gebildet werden. Die interne Konsistenz der Stichprobe zum Messzeitpunkt t1 war für die Anzahl an Konfliktfeldern ( $\alpha = ,86$ ) hoch und für die Intensität der Konflikte ( $\alpha = ,93$ ) sehr gut. Zum Messzeitpunkt t2 war sie für die Anzahl der Konflikte ( $\alpha = ,70$ ) akzeptabel und für die Konfliktintensität ( $\alpha = ,91$ ) exzellent. Es ergeben sich signifikante Abweichungen der EKS-Gesamtwerte bei Eltern mit expansiv verhaltensgestörten Kindern, im Vergleich zu der Normalverteilung (Kröger et al., 2009). Eine Normstichprobe weist einen Mittelwert von  $M = 2,7$  ( $SD = 2,5$ ) auf, eine klinische Stichprobe (Kinder mit oppositioneller Trotzstörung oder Verhaltensstörung) dagegen weist einen Mittelwert von  $M = 5,6$  ( $SD = 4,0$ ) auf (Dadds und Powell, 1991). Bezüglich der Konfliktintensität weist eine Normstichprobe einen Mittelwert von  $M = 22,53$  ( $SD = 5,31$ ) auf, eine klinische Stichprobe dagegen weist einen Mittelwert von  $M = 56,10$  ( $SD = 22,64$ ) auf (Morawska und Thompson, 2009).

### **2.6.1.3 Eltern-Belastungs-Inventar (EBI)**

Das EBI (Tröster, 2011) ist die deutsche Version des *Parenting Stress Index* (Abidin, 1995). Es werden zwei Teilbereiche unterschieden: der Elternbereich mit sieben Subskalen und der Kindesbereich mit fünf Subskalen. Die eingeschränkte elterliche Funktion in der Erziehung des Kindes, der Betreuung und Versorgung, werden mit dem Elternteil eingeschätzt. Der Kindesbereich beschreibt die belastungsrelevanten Verhaltensaspekte des Kindes. Folgen von elterlicher Belastung auf das Familienleben oder Verhalten in der Kindererziehung können ermittelt werden. Insgesamt enthält das EBI 48 Items. Jede Skala enthält eine fünfstufige Antwortskala, welche in Punktwerte umgerechnet werden. Durch Zusammenrechnung der Subskalenrohwerte entstehen Rohwerte der Teilskalen und des Gesamtwertes. Diese können dann als Belastungsprofil mit Normwerten verglichen werden. Hohe Werte ( $ST > 7$ ) entsprechen einem Unterstützungsbedarf in den verschiedenen Bereichen der Kindeserziehung. Die Auswertung der einzelnen Skalen gibt einen Aufschluss darüber, in welchem spezifischen Bereich Unterstützung benötigt wird (Tröster, 2011). Desgleichen kann der EBI zur Evaluation eines unterstützenden Programms für Familien dienen (Grimm und Mackowiak, 2006). Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Stichprobe des Gesamtwertes zum Messzeitpunkt t1 ( $\alpha = ,96$ ) und t2 ( $\alpha = ,94$ ) war exzellent. Die veröffentlichte Retestreliaibilität für den

Gesamtwert ( $r = ,87$ ) und die Subskalen ( $r = ,85$  und  $r = ,87$ ) nach einem Jahr ist hoch (Tröster, 2011).

#### **2.6.1.4 Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE)**

Die SEE (Behr und Becker, 2004) schätzen die Wahrnehmungsempfindung, Beurteilung und den Umgang mit den eigenen Gefühlen ein. Der Fragebogen gliedert sich in 42 Items und dient der faktoranalytischen Erfassung von sieben eigenständigen Skalen. Die Skala *Akzeptanz eigener Emotionen* gibt bei hohen Werten eine positive Einstellung und Wertschätzung der eigenen Emotionen an. Die Skala *Erleben von Emotionsüberflutung* steht bei hohen Werten für eine subjektiv inadäquat übermäßige Quantität der eigenen Gefühle. Die Skala *Erleben von Emotionsmangel* steht bei niedrigen Werten für eine angemessene eigene Wahrnehmung der Gefühle. Hohe Werte bedeuten, dass die Person ihre eigenen Emotionen nicht spürt oder sie als separiert zu ihrem körperlichen Empfinden wahrnimmt. Die Skala *körperbezogene Symbolisierung von Emotionen* beschreibt bei hohen Werten eine Distanzierung von wahrgenommenen körperlichen Reaktionen als Korrelat zu psychischen Empfindungen. Die Skala *Imaginative Symbolisierung von Emotionen* gibt bei hohen Werten einen positiven Nutzen von Fantasien bei der Lösung von Problemstellungen an. Die Skala *Erleben von Emotionsregulation* beschreibt bei hohen Werten die Fähigkeit eigene Gefühle und Emotionen zu kontrollieren. Die Skala *Erleben von Selbstkontrolle* beschreibt bei hohen Werten die Fähigkeit eigene Impulse angemessen zu regulieren. Die interne Konsistenz der Stichprobe zum Messzeitpunkt t1 ( $\alpha = ,48$  und  $\alpha = ,85$ ) war als niedrig bis hoch einzuschätzen. Zum Messzeitpunkt t2 ( $\alpha = ,68$  und  $\alpha = ,89$ ) war sie fragwürdig bis gut. Die veröffentlichte Retest-Reliabilität ( $r = ,60$  und  $r = ,90$ ) zeigt über Intervalle von zwei, drei, vier, zehn und 14 Wochen hinweg konstante Werte (Behr und Becker, 2004).

#### **2.6.1.5 Situations-Reaktions-Fragebogens zur Erfassung der elterlichen Sensitivität (PS-SRQ)**

Mit den drei Situationsvignetten des PS-SRQ (Hänggi et al., 2010) beurteilen die Eltern sich selbst im Hinblick auf ihre elterliche Sensitivität gegenüber ihren Kindern. Das verhaltensorientierte Antwortformat beschreibt die vier Subskalen *Empathie*, *Promptheit*, *Zuwendung* und *Bestrafung*. Es sind stets Situationsvignetten gewählt, welche die elterliche Sensitivität fordern. Die Subskala *Empathie* beschreibt bei hohen Werten angemessene Bemühungen kindliche Signale wahrzunehmen. Die Subskala *Promptheit* beschreibt bei hohen Werten die zügige Reaktion auf kindliche Signale. Die Subskala *Zuwendung* beschreibt bei

hohen Werten die Adäquatheit elterlicher Reaktionen auf kindliche Signale und die positive Unterstützung der Kinder. Die Subskala *Bestrafung* beschreibt bei niedrigen Werten die Adäquatheit elterlicher Reaktionen auf kindliche Signale und ein geringes Maß an Sanktionen und Missbilligungen durch die Eltern. Jede Subskala wird aus jeweils 15 Items gebildet, deren Werte zusammengerechnet werden. Die Cronbachs Alpha Werte der Stichprobe zum Messzeitpunkt t1 lagen im niedrigen bis exzellenten Bereich ( $\alpha = ,54$  und  $\alpha = ,94$ ). Zum Messzeitpunkt t2 waren sie niedrig bis hoch ( $\alpha = ,58$  und  $\alpha = ,93$ ). Normwerte liegen geschlechtsspezifisch vor (Hänggi et al., 2010).

#### **2.6.1.6 Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)**

Der FLZ (Fahrenberg et al., 2000) misst die Lebenszufriedenheit, mithilfe von 70 Items, in zehn Lebensbereichen (*Gesundheit, Arbeit und Beruf, Finanzielle Lage, Freizeit, Ehe und Partnerschaft, Beziehung zu den eigenen Kindern, Eigene Person, Sexualität, Freunde/Bekannte/Verwandte, Wohnung*). Diese zehn Subskalen werden in jeweils sieben Items aufgeteilt. Der Summenwert aller Skalen, außer *Arbeit und Beruf, Ehe und Partnerschaft* und *Beziehung zu den eigenen Kindern*, schätzt die eigene Lebenszufriedenheit ein. Die interne Konsistenz der Stichprobe zum Messzeitpunkt t1 ( $\alpha = ,95$ ) und t2 ( $\alpha = ,94$ ) war für den Gesamtwert exzellent. Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Merkmalen und der gefühlten Lebenszufriedenheit sind vorhanden. Hohe Werte bedeuten ein hohes Maß an Lebenszufriedenheit (Fahrenberg et al., 2000).

#### **2.6.1.7 Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern (FKE)**

Der FKE (Miller, 2001) ist die deutsche Übersetzung des *Parenting sense of Competence Scale* (Gibaud-Wallston und Wandersman, 1978). Die sechsstufige Antwortskala dient der Beantwortung der 16 Items. Erfasst werden das elterliche Selbstwertgefühl, sowie Gefühle der Selbstwirksamkeit und die Zufriedenheit mit der Elternrolle. Testpersonen, welche hohe Werte auf der Skala *Zufriedenheit* erzielen, fühlen sich selbstbewusst in ihrer Elternrolle, nicht hilflos oder frustriert. Testpersonen mit hohen Werten auf der Skala *Selbstwirksamkeit* trauen sich den Umgang mit Problemen in der Kindererziehung zu, sie fühlen sich mit der Elternrolle vertraut. Die Normwerte liegen für Mütter und Väter, jeweils für Töchter und Söhne in verschiedenen Altersklassen getrennt vor. Die interne Konsistenz für den Gesamtwert der Stichprobe zum Messzeitpunkt t1 und t2 war gut ( $\alpha = ,83$ ). Die veröffentlichte Retest-Reliabilität ist mit Werten zwischen  $r = ,42$  und  $r = ,81$  angegeben (Johnston und Mash, 1989).

### 2.6.1.8 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Der SDQ (Goodman, 1997) ist ein englischsprachiges Messinstrument zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltensstärken in Kindheit und Adoleszenz. Für Kinder ab vier Jahren erfolgt eine Fremdbeurteilung durch die Eltern. Für Kinder ab elf Jahren kann eine Selbstbewertung erfolgen. Die fünf Skalen mit jeweils fünf Items (*Emotionale Probleme*, *Verhaltensprobleme*, *Hyperaktivität*, *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen*, *Prosoziales Verhalten*) werden zu einem Gesamtproblemwert addiert. Hohe Werte der Skalen *Emotionale Probleme*, *Verhaltensprobleme*, *Hyperaktivität*, *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* stehen für ein hohes Maß an problematischen Verhaltensweisen. Die Skala *Prosoziales Verhalten* beschreibt bei hohen Werten selbstlose Hilfeleistungen. Zur Auswertung dienen die Cut-off-Werte und ihre Einteilung in die Skalen *Unauffällig*, *Grenzwertig* und *Auffällig* (Goodman, 2001). Der SDQ liegt in über 40 Übersetzungen vor. Die deutsche Version „SDQ-Deu“ (Klasen et al., 2003) ist validiert und korreliert hochsignifikant ( $r = ,58 - r = ,82$ ) mit der bereits länger etablierten aber deutlich umfangreicheren *Child Behavior Checklist* (Achenbach und Edelbrock, 1983, Döpfner et al., 2014). Cronbachs Alpha der Stichprobe zum Messzeitpunkt t1 ( $\alpha = ,88$ ) und t2 ( $\alpha = ,83$ ) ergab für den Gesamtproblemwert eine gute interne Konsistenz. Die Skala *Prosoziales Verhalten* ergab für t1 einen akzeptablen ( $\alpha = ,71$ ) und für t2 ( $\alpha = ,63$ ) einen fragwürdigen Wert.

## 2.6.2 Erhebungsinstrumente Kinder

Auch für die Kinder wurden nur standardisierte und evaluierte Messinstrumente gewählt, um die Effekte des NEFTA-Gruppenprogramms auf die ADHS-Symptomatik und gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie Aufmerksamkeitsfunktionen zu messen. Ein Überblick über die in der Studie genutzten Messinstrumente und das jeweils gemessene Konstrukt bietet Tabelle 4.

Alle Instrumente befinden sich in ihrer Originalform im Anhang.

**Tabelle 4: Überblick über die verwendeten Messinstrumente (Kinderbefragung/Elternbefragung)**

<b>Messinstrument</b>	<b>Konstrukt</b>	<b>Autor und Erscheinungsjahr</b>
<b>Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (FBB-ADHS)</b>	ADHS-Kernsymptome (Aufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität)	Döpfner et. al., 2008
<b>Fremdbeurteilungsbogen für Störungen des Sozialverhaltens (FBB-SSV)</b>	Kindliche Störungen des Sozialverhaltens wie oppositionell-aggressives Verhalten	Döpfner et. al., 2008
<b>Kid/Kiddy-Kindl</b>	Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern, z. B. körperliches und psychisches Wohlbefinden	Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998
<b>Kinderversion der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (KiTAP)</b>	Erfassung unterschiedlicher Aufmerksamkeitsfunktionen wie z. B. Daueraufmerksamkeit oder Ablenkbarkeit	Zimmermann et. al., 2002

Tabelle 4: Aufgezeigt wird die im Text verwendete gängige Abkürzung für die verwendeten Messinstrumente zur Messung der Kinder und das damit gemessene Konstrukt.



### **2.6.2.1 Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (FBB-ADHS)**

Der FBB-ADHS stammt aus dem „Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV“ (Döpfner et al., 2008). Der Fremdbeurteilungsbogen beschreibt die 18 Symptomkriterien der Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (F90.1/F98.8), welche in ICD-10 und *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4* (DSM-IV) enthalten sind, mit seinen 20 Items. Er wird von den Eltern ausgefüllt. Die drei Skalen *Aufmerksamkeitsstörung*, *Überaktivität* und *Impulsivität* sind mit jeweils neun, sieben und vier Items vertreten. Mit der zusätzlichen Skala *Ausdauer, Aufmerksamkeit und Reflexivität* wird ein möglichst umfassendes Bild der Symptomatik abgebildet. Hohe Werte bedeuten ein hohes Maß an Aufmerksamkeitsmangel, Hyperaktivität und Impulsivität. Es werden Kennwerte für die vier Skalen gebildet und diese dann mit den vorliegenden alters- und geschlechtsspezifischen Normwerten abgeglichen (Görtz-Dorten und Döpfner, 2009). Die interne Konsistenz der Stichprobe war zu t1 ( $\alpha = ,94$ ) und t2 ( $\alpha = ,93$ ) exzellent.

### **2.6.2.2 Fremdbeurteilungsbogen für Störungen des Sozialverhaltens (FBB-SSV)**

Der FBB-SSV stammt ebenso aus dem „Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV“ (Döpfner et al., 2008). Er stellt die Diagnosekriterien der Störungen des Sozialverhaltens (F91 aus ICD-10), bzw. Störung mit oppositionellem Trotzverhalten (DSM-IV) mit 25 Items nach. Er wird von den Eltern ausgefüllt. Diese Items werden in die zwei Skalen *Oppositionell-aggressives Verhalten* und *Dissozial-aggressives Verhalten* mit jeweils neun und 16 Items zusammengefasst. Hohe Werte auf diesen Bereichen beschreiben ein erhöhtes Maß an pathologischen Verhaltensweisen. Eine zusätzliche Kompetenzskala mit 12 Items erfasst das *Prosoziale Verhalten*. Die errechneten Kennwerte werden mit geschlechts- und altersspezifischen Normwerten verglichen (Döpfner et al., 2008). Die interne Konsistenz der Stichprobe zu t1 ( $\alpha = ,91$ ) und t2 ( $\alpha = ,90$ ) lag bei einem exzellenten Cronbachs Alpha.

### **2.6.2.3 Kid/ Kiddy-KINDL-R**

Der KINDL-Fragebogen (Ravens-Sieberer und Bullinger, 1998) ist ein deutsches Messinstrument mit dem die gesundheitsbezogene Lebensqualität in den letzten sieben Tagen von Kindern untersucht werden kann. Der Kiddy-KINDL ist als Selbstbeurteilungsinstrument für vier- bis sechsjährige Kinder verfügbar und wird in Interviewform beantwortet. Der Kid-

KINDL kann von den sieben bis 13-jährigen Kindern selbst gelesen und ausgefüllt werden. Die sechs Bereiche *Körperliches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde und Funktionsfähigkeit im Alltag* werden mit 12 Items beschrieben, aus denen ein Gesamtwert gebildet wird. Die Zusatzskala aus dem Modul „Erkrankung“ kann bei Kindern mit einer chronischen Erkrankung angewandt werden. Es wird die Lebenszufriedenheit in Bezug auf diese Erkrankung erhoben. Hohe Werte bedeuten eine bessere Lebensqualität in den verschiedenen Bereichen (Ravens-Sieberer und Bullinger, 2000). Die interne Konsistenz der Stichprobe war bei t1 ( $\alpha = ,90$ ) exzellent und bei t2 ( $\alpha = ,84$ ) hoch. Veröffentlichte konvergente Validität und Sensitivität sind ebenso überzeugend (Ravens-Sieberer et al., 2008).

#### **2.6.2.4 Kinderversion der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (KiTAP)**

Die KiTAP (Zimmermann et al., 2002) ist eine computergestützte neuropsychologische komplexe Untersuchungsmethode. In der Testbatterie sind acht Tests enthalten, welche die kognitiven und exekutiven Funktionen der Kinder untersuchen. Es wird ein Untersucher benötigt, welcher den durchzuführenden Test startet. Maß der Leistungsgüte sind die ausgelassenen Reaktionen. Der Untertest „Tanz der Geister“ dient zu Erfassung der Daueraufmerksamkeit und fordert die durchgehende Konzentration über einen vorgegebenen Zeitraum. Es wird verlangt zwei Geister zu erkennen, welche die gleiche Farbe haben und direkt hintereinander erscheinen. Eine Reduktion der Fehler und Auslassungen bedeutet eine gesteigerte Daueraufmerksamkeit. Bei dem „Haus der Drachen“-Untertest wird die Flexibilität gemessen, indem sich die TeilnehmerInnen immer wieder auf neue Situationen einlassen müssen. Farbige Drachen erscheinen vor einem Schloss und müssen abwechselnd hineingelassen werden. Negative Werte in den Ergebnissen bedeuten eine Gesamtleistung, welche unter dem Durchschnitt liegt mit erhöhter Fehlerrate und langsamen Reaktionen. Werte +/- = 0 beschreiben ein durchschnittliches Ergebnis (Drechsler et al., 2009). Normwerte liegen für die Altersklassen sechs bis sieben und acht bis zehn vor. Die Split-half-Reliabilität für die verschiedenen Testparameter liegt zwischen  $r = ,55$  und  $r = ,97$  (Zimmermann et al., 2002). Die veröffentlichte interne Konsistenz für sechs bis sieben Jährige ergab, für den Untertest Daueraufmerksamkeit, gute Cronbachs Alpha Werte zwischen  $\alpha = ,83$  und  $\alpha = ,86$ , für den Untertest Flexibilität akzeptable Werte zwischen  $\alpha = ,75$  und  $\alpha = ,81$  (Renner et al., 2012).

## **2.7 Angaben zu statistischen Verfahren**

Die Fragebögen wurden mit Evasys (Meyer, 2014) erstellt, einer webbasierten automatisierten Software, welche papierbasierte Fragebögen erstellt, diese nach dem händischem Ausfüllen an

speziellen Stationen scannt und daraus Datensätze generiert. Die entstandenen Rohdaten wurden automatisiert in das externe Statistikprogramm SPSS (Statistical Package for Social Science 23.0; SPSS inc., IBM) übertragen. Die gesamte Datenanalyse wurde mit dem Programmpaket SPSS durchgeführt. Die übertragenen Daten wurden manuell von den Mitarbeitern des Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Düsseldorf validiert und verifiziert und zur statistischen Analyse weiterverwendet. Über die erhobenen Daten wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung mit dem zweifach gestuften Innersubjektfaktor Messzeit (t1, t2) berechnet. Voraussetzungen waren die Intervallskalierung, Normalverteilung (KS-Test), Varianzhomogenität und abhängige Stichproben. In wenigen Fällen, in denen sich diese Voraussetzungen nicht erfüllten, wurde zusätzlich auf nichtparametrische Verfahren (Wilcoxon-Test) zurückgegriffen. Die Signifikanzgrenze für die zweiseitigen Tests lag bei  $\alpha = ,05$  Fehlerwahrscheinlichkeit, zusätzlich gilt ein p-Wert  $<,10$  als „Tendenz“. Um die Effektstärke zu beurteilen wurden Eta-Quadrat ( $\eta^2$ ) und Hedges ' g berechnet.

Die Irrtumswahrscheinlichkeit für die soziodemografischen Merkmale und psychometrischen Kennwerte der IG und der DO zum Messzeitpunkt t1 wurden ebenfalls auf  $\alpha = .05$  festgelegt und bei ungerichteten Hypothesen zweiseitig getestet. Abhängig von den vorhandenen Daten wurden nichtparametrische (Chi-Quadrat-Test, Fisher Test, Mann-Whitney-U-Test) oder parametrische Testverfahren (t-Tests) eingesetzt. Da multiple Testungen erfolgten, wurde die „umgekehrte Alpha-Fehler-Korrektur“ (Jain, 2007) verwendet und die Ergebnisse wurden für eine Mehrfachtestung angepasst. Die Anzahl der signifikanten Ergebnisse wird so gewählt, dass jederzeit ein übliches Alpha-Fehler Niveau gehalten werden kann. Dies erlaubt eine angemessene Vorgehensweise bei möglichst guter Teststärke.

Aus den Testwerten der t1-Messung wurden normierte Werte (T = T-Wert, PR = Prozentrang, STA = Stanine) ermittelt, um diese mit den jeweils vorgegebenen Normwerten für Vergleichsstichproben in ein Verhältnis setzen zu können. Jeder Fragebogen gibt eigene Vergleichsstichproben an, aus denen die jeweils am besten passende gewählt wurde. Durchschnittliche T-Werte liegen zwischen 40 und 60. Als überdurchschnittlich gelten T-Werte über 60 und als unterdurchschnittlich T-Werte unter 40. Bei Staninen gilt ein Wert zwischen drei und sieben als durchschnittlich. Der Prozentrang zeigt, bei wie viel Prozent der Vergleichsstichprobe ein niedrigerer oder genau so hoher Wert berechnet wurde. Prozenträge zwischen 25 und 75 gelten als normwertig.

Es wurden ausschließlich Eltern in die Datenanalyse eingeschlossen, welche an dem NEFTA-Training teilgenommen haben und ein Kind mit einer bestätigten ADHS hatten.

### 3. Ergebnisse/ Deskriptive Befund

#### 3.1 Allgemeine psychische Belastung (SCL-90-R)

Tabelle 5 beschreibt die elterliche psychische Belastung, erfasst mit dem SCL-90-R. Analysiert wurden die Daten mit Hilfe einer ANOVA und dem Faktor Messzeit. Als Vergleichsstichprobe dienten gesunde Frauen und Männer. Die neun Kennwerte zeigten keine signifikanten Ergebnisse in Hinblick auf eine veränderte elterliche Belastung zwischen den beiden Messzeitpunkten t1 und t2. Die altersunabhängigen T-Normen für gesunde Erwachsene sind in Tabelle 6 angegeben. Ein Mittelwert von 0,33 entspricht einem T-Wert von 58. T Mit T-Werten zwischen  $T = 49$  und  $T = 59$  lagen die Messwerte zum ersten Messzeitpunkt t1 in einem durchschnittlichen Bereich. Die Stichprobengröße liegt bei 25. TeilnehmerInnen die nach dem Screening und vor der t1 Testung mit NEFTA begonnen haben, haben die Fragebögen des Screenings nicht nachträglich ausgefüllt. Somit schwankt die Teilnehmerzahl in den Ergebnissen zwischen 21 und 25.

Der GSI, welcher die akute umfassende psychische Belastung der Testpersonen misst, zeigt ebenfalls keine signifikante Änderung zwischen t1 und t2. Verdeutlicht wird dies in Abbildung 2, diese zeigt den Mittelwert des GSI der Eltern. Im Vergleich zur Normstichprobe, welche ebenfalls mit einem Mittelwert angegeben ist, liegt die elterliche Belastung in einem normalen Bereich.

Für die dreizehn Items der Skala *Depression* ( $M_{T1} = 0,71$ ;  $SD_{T1} = 0,87$ ;  $M_{T2} = 0,48$ ;  $SD_{T2} = 0,42$ ) ergaben sich ebenfalls keine statistisch signifikanten Effekte ( $F = 2,04$ ;  $p = ,166$ ). Die Skalen *Somatisierung*, *Zwanghaftigkeit*, *Unsicherheit*, *Depression*, *Ängstlichkeit*, *Phobische Angst*, *Paranoides Denken* und *Psychotizismus* zeigen deskriptiv eine Verringerung der Kennwerte. Die Normalverteilung wurde mittels Kolmogorow-Smirnow Test bestätigt.

Tabelle 5: **Allgemeine elterliche Belastung (SCL-90-R)**

Messinstrument	Kennwert/Skala	T1		T2		Messzeiteffekt		Signifikanz p	$\eta^2$	Hedges g	N
		M	SD	M	SD	F	d.f.				
SCL-90-R	Somatisierung	0,54	0,43	0,47	0,37	0,44	1/24	,513	0,02	0,17	25
	Zwanghaftigkeit	0,69	0,58	0,56	0,41	1,68	1/24	,208	0,07	0,26	25
	Unsicherheit	0,48	0,63	0,38	0,41	0,54	1/24	,469	0,02	0,19	25
	Depression	0,71	0,87	0,48	0,42	2,04	1/24	,166	0,08	0,34	25
	Ängstlichkeit	0,43	0,66	0,33	0,41	0,85	1/24	,366	0,03	0,18	25
	Aggressivität	0,59	0,52	0,64	0,40	0,23	1/24	,636	0,01	-0,11	25
	Phobische Angst	0,10	0,24	0,07	0,18	0,15	1/24	,706	0,01	0,14	25
	Paranoides Denken	0,38	0,48	0,36	0,39	0,05	1/24	,825	<0,01	0,05	25
	Psychotizismus	0,17	0,30	0,14	0,20	0,30	1/24	,587	0,01	0,12	25
	<b>GSI</b>	0,49	0,47	0,40	0,27	1,12	1/24	,300	0,05	0,23	25

Tabelle 5: SCL-90-R = Symptom Checklist-90R-Standard, GSI = Global Severity Index, M = Mittelwert, T1 = präinterventioneller Testzeitpunkt, T2 = postinterventioneller Testzeitpunkt, SD = Standardabweichung, F = F-Wert, d.f. = Freiheitsgrade, ANOVA = Teststatistik der einfaktorischen Varianzanalyse,  $\eta^2$  = Effektstärke der ANOVA, Hedges g = Effektstärke, N = Stichprobengröße

Tabelle 6: T-Werte zum Messzeitpunkt t1 (SCL-90-R)

Messinstrument	Kennwert/Skala	T-Werte	M
SCL-90-R	Somatisierung	T = 58	0,54
	Zwanghaftigkeit	T = 58	0,69
	Unsicherheit	T = 53	0,48
	Depression	T = 59	0,71
	Ängstlichkeit	T = 57	0,43
	Aggressivität	T = 59	0,59
	Phobische Angst	T = 49	0,10
	Paranoides Denken	T = 52	0,38
	Psychotizismus	T = 55	0,17
	<b>GSI</b>	T = 58	0,49

Tabelle 6: SCL-90-R = Symptom Checklist-90R-Standard, GSI = Global Severity Index, T = T-Wert, M = Mittelwert

Abbildung 2: Mittelwert des GSI SCL-90-R der Eltern

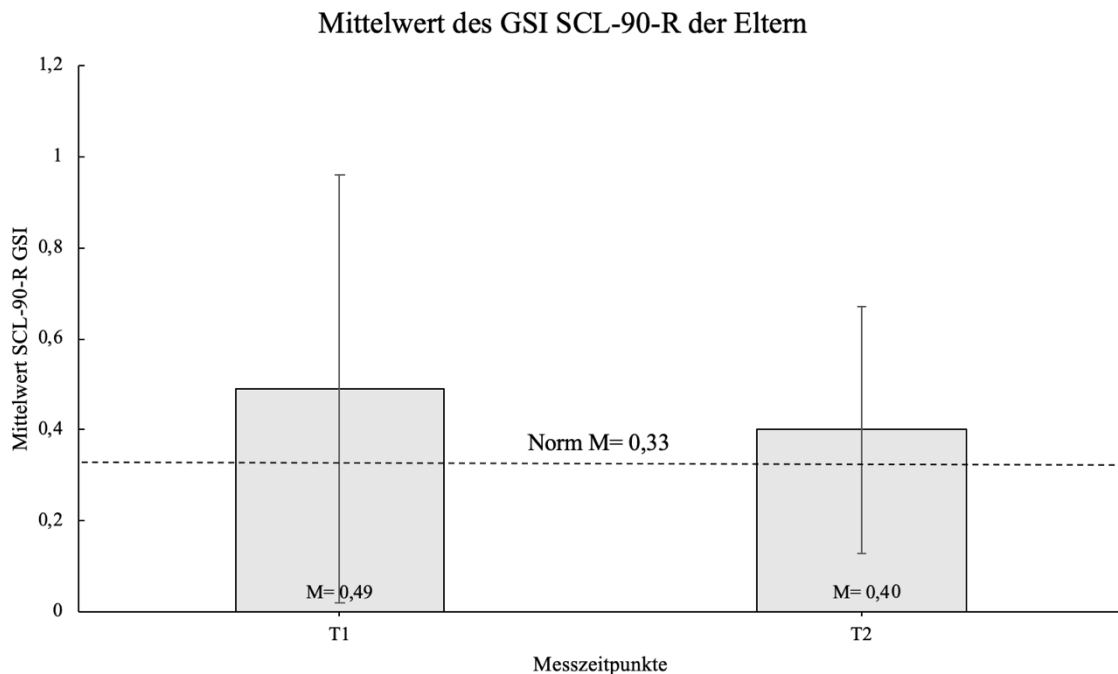


Abb. 2: Die aggregierte psychische/psychosomatische Symptombelastung (GSI der SCL-90-R) der Eltern in der NEFTA IG (N = 25) zu den Messzeitpunkten T1 und T2. Der Cut-Off-Wert von gesunden Frauen und Männern liegt bei M = 0,33. Der GSI beschreibt das aktuelle Ausmaß der insgesamt vorhandenen psychischen Belastung.

### 3.2 Erziehungskonflikte (EKS)

Tabelle 7 zeigte die Anzahl der Konfliktbereiche und die Konfliktintensitäten. Die Anzahl der Konfliktbereiche ( $M_{T1} = 7,19$ ;  $SD_{T1} = 3,71$ ;  $M_{T2} = 7,48$ ;  $SD_{T2} = 3,08$ ) liegt zum Messzeitpunkt t1 und t2 in einem klinischen Bereich und ist somit als überdurchschnittlich anzusehen. Deskriptiv zeigt sich eine Reduktion der Konfliktintensität ( $M_{T1} = 36,52$ ;  $SD_{T1} = 17,19$ ;  $M_{T2} = 34,29$ ;  $SD_{T2} = 9,43$ ), welche zu t1 und zu t2 über dem Cut-off-Wert für eine klinische Stichprobe liegt. Die Ergebnisse der Datenanalyse zeigen keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Anzahl der Konfliktbereiche ( $F = 0,20$ ;  $p = ,658$ ). und der Konfliktintensitäten ( $F = 0,37$ ;  $p = ,552$ ) zu t1 und t2. Die Stichprobengröße liegt bei 21, weil die EKS Teil der t1 Testung war. Die Normalverteilung wurde mittels Kolmogorow-Smirnow Test bestätigt.

Tabelle 7: Anzahl und Intensität Erziehungskonflikte (EKS)

Fragebogen	Kennwert/ Skala	Norm	T1		T2		Messzeit-effekt		Signifikanz p	$\eta^2$	Hedges g	N
			M	SD	M	SD	F	d.f.				
EKS	Anzahl Konfliktbereiche	5	7,19	3,71	7,48	3,08	0,20	1/20	,658	0,01	-0,09	21
	Konfliktintensität	30	36,52	17,19	34,29	9,43	0,37	1/20	,552	0,02	0,16	21

Tabelle 7: EKS = Erziehungskonfliktskala, Norm = Cut-Off-Wert, M = Mittelwert, T1 = präinterventioneller Testzeitpunkt, T2 = postinterventioneller Testzeitpunkt, SD = Standardabweichung, F = F-Wert, d.f. = Freiheitsgrade, ANOVA = Teststatistik der einfaktoriellen Varianzanalyse,  $\eta^2$  = Effektstärke der ANOVA, Hedges g = Effektstärke, N = Stichprobengröße

### 3.3 Psychische Belastung der Eltern (EBI)

Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse der Analysen elterlicher Belastung. Es ergibt sich deskriptiv eine Verbesserung der Gesamtwerte im Kindes- und Elternbereich. Abbildung 3 zeigt den Verlauf des Gesamtwertes der Mittelwerte von t1 zu t2. Diese zeigen einen Trend zur Signifikanz. Als Vergleichsstichprobe dienten Kinder im Alter von einem Jahr bis sechs Jahren.

Auf der Skala *Bindung* aus dem Elternbereich ergaben sich deskriptiv verminderte Werte zu t2 mit einem Trend zur Signifikanz ( $M_{T1} = 12,46$ ;  $SD_{T1} = 2,72$ ;  $M_{T2} = 10,92$ ;  $SD_{T2} = 3,68$ ;  $F = 3,59$ ;  $p = ,071$ ). Tabelle 9 zeigt die Stanine-Werte zum Messzeitpunkt t1. Mit einem Stanine-Wert = 7, welche einem Mittelwert von 12,46 entspricht, liegen die ermittelten Werte leicht über dem Durchschnitt.

Bei den Kindern war, nach Auffassung der Eltern, deskriptiv eine Verbesserung der Skala *Stimmung* erkennbar ( $M_{T1} = 15,20$ ;  $SD_{T1} = 4,13$ ;  $M_{T2} = 13,84$ ;  $SD_{T2} = 4,59$ ;  $F = 3,10$ ;  $p = ,091$ ). Allerdings verfehlte dieser Effekt die statistische Signifikanz. Ein Stanine-Wert von STA = 8 ( $M=15,20$ ) spricht für eine überdurchschnittliche Belastung der Kinder im Bereich *Stimmung*. Die Normalverteilung wurde mittels Kolmogorow-Smirnow Test bestätigt.

Abbildung 3: **Mittelwert des Gesamtwert EBI**

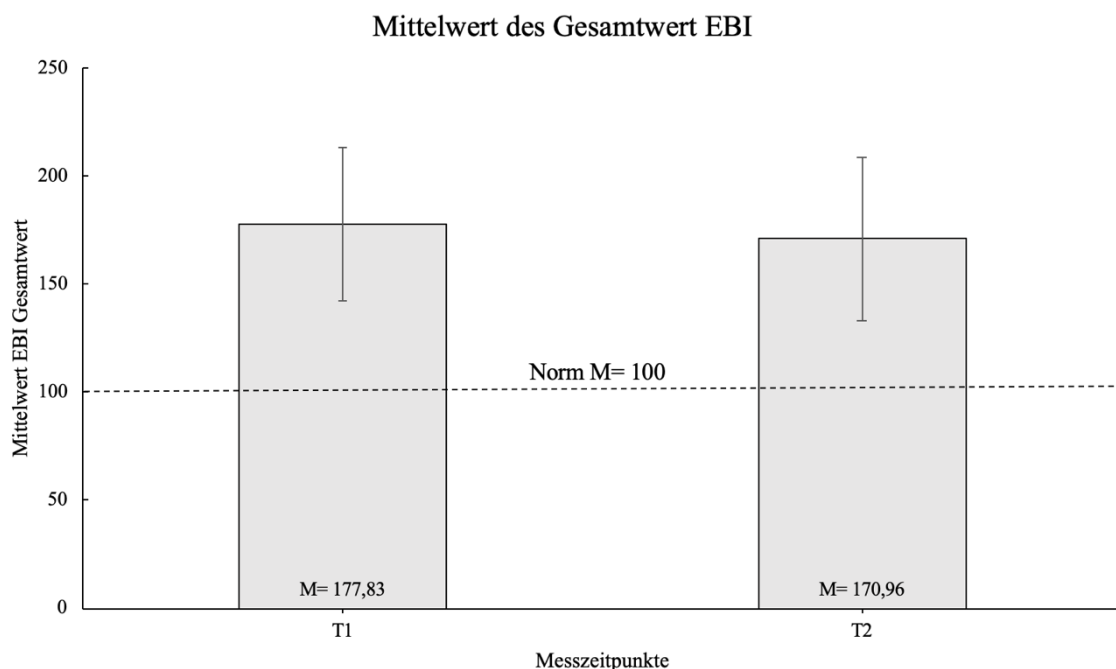


Abb. 3: Der Gesamtwert der elterlichen Belastung (EBI) in der NEFTA IG (N = 24) zu den Messzeitpunkten T1 und T2. Ein Mittelwert von über 100 zeigt ein ausgeprägtes Maß an elterlicher Belastung an.



Tabelle 8: **Belastung als Elternteil (EBI)**

Fragebogen	Kennwert/Skala	T1		T2		Messzeiteffekt		Signifikanz p	$\eta^2$	Hedges g	N
		M	SD	M	SD	F	d.f.				
<b>EBI Elternbereich</b>	Bindung	12,46	2,72	10,92	3,68	3,59	1/23	,071	0,14	0,48	24
	Soziale Isolation	12,21	4,61	12,04	4,58	0,03	1/23	,873	<0,01	0,03	24
	Elterliche Kompetenz	13,58	3,66	12,67	4,51	1,95	1/23	,176	0,08	0,22	24
	Depression	13,00	4,07	13,00	3,98	0,00	1/24	1,000	<0,01	<0,01	25
	Gesundheit	12,38	4,84	11,79	3,81	0,28	1/23	,604	0,01	0,16	24
	Persönliche Einschränkung	13,25	4,47	12,04	4,06	1,74	1/23	,200	0,07	0,28	24
	Partnerbeziehung	14,04	3,95	14,17	3,56	0,03	1/22	,868	<0,01	-0,03	23
<b>Elternbereich</b>		102,92	25,06	97,75	25,85	0,88	1/23	,357	0,04	0,20	24
<b>EBI Kindbereich</b>	Hyperaktivität	15,52	3,50	16,28	2,44	1,50	1/24	,232	0,06	-0,25	25
	Stimmung	15,20	4,13	13,84	4,59	3,10	1/24	,091	0,11	0,31	25
	Akzeptierbarkeit	13,00	3,33	12,96	3,29	0,01	1/24	,921	<0,01	0,01	25
	Anforderung	16,96	2,51	16,32	3,36	1,66	1/24	,209	0,07	0,22	25
	Anpassungsfähigkeit	14,50	2,93	13,96	4,25	0,80	1/23	,380	0,03	0,15	24
	<b>Kindbereich</b>		74,92	13,15	73,21	14,48	0,79	1/23	,382	0,03	0,12
<b>EBI</b>	<b>Gesamtwert</b>	177,83	35,23	170,96	37,53	0,94	1/23	,341	0,04	0,19	24

Tabelle 8: EBI = Eltern-Belastungs-Inventar, M = Mittelwert, T1 = präinterventioneller Testzeitpunkt, T2 = postinterventioneller Testzeitpunkt, SD = Standardabweichung, F = F-Wert, d.f. = Freiheitsgrade, ANOVA = Teststatistik der einfaktoriellen Varianzanalyse,  $\eta^2$  = Effektstärke der ANOVA, Hedges g = Effektstärke, N = Stichprobengröße

Tabelle 9: Stanine/ T-Werte zum Messzeitpunkt t1 (EBI)

Messinstrument	Kennwert/Skala	Stanine/ T-Werte	M
<b>EBI Elternbereich</b>	Bindung	STA = 7	12,46
	Soziale Isolation	STA = 7	12,21
	Elterliche Kompetenz	STA = 8	13,58
	Depression	STA = 8	13,00
	Gesundheit	STA = 7	12,38
	Persönliche Einschränkung	STA = 7	13,25
	Partnerbeziehung	STA = 7	14,04
	<b>Elternbereich</b>		T > 70
<b>EBI Kindbereich</b>	Hyperaktivität	STA = 8	15,52
	Stimmung	STA = 8	15,20
	Akzeptierbarkeit	STA = 8	13,00
	Anforderung	STA = 9	16,96
	Anpassungsfähigkeit	STA = 8	14,50
	<b>Kindesbereich</b>		T > 70
<b>EBI</b>	<b>Gesamtwert</b>	T > 70	177,83

Tabelle 9: EBI = Eltern-Belastungs-Inventar, STA = Stanine, T = T-Werte, M = Mittelwert

### 3.4 Emotionales Erleben der Eltern (SEE und PS-SRQ)

Das emotionale Erleben und die elterliche Sensitivität gemessen mit der SEE und dem PS-SRQ sind in Tabelle 10 aufgezeigt. Die Stichprobengröße beträgt 23. Die Vergleichstichprobe der SEE waren gesunde Erwachsene. Im Verhältnis zu diesen zeigten die Eltern der NEFTA-Intervention zu t1 keine überdurchschnittlichen Werte. Die Skala *Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen* zeigte eine statistisch signifikante Reduktion der Werte. Es ergab sich eine Verminderung der Werte von  $M = 25,09$  ( $SD = 5,01$ ) auf  $M = 23,35$  ( $SD = 5,00$ ). Daraus ergibt sich ein signifikantes Ergebnis mit moderater Effektgröße ( $\eta^2 = 0,20$ ;  $g = 0,35$ ) in der ANOVA ( $F = 5,42$ ;  $p = ,030$ ) und dem Wilcoxon-Test ( $Z = -2,12$ ;  $p = ,034$ ).

Die Skala *Erleben von Emotionsüberflutung* zeigte deskriptiv eine Reduktion zwischen t1 und t2 ( $M_{T1} = 20,30$ ;  $SD_{T1} = 5,83$ ;  $M_{T2} = 18,26$ ;  $SD_{T2} = 6,60$ ). Die Ergebnisse der ANOVA ( $F = 3,78$ ;  $p = ,065$ ) und die Ergebnisse des Wilcoxon-Tests ( $Z = -1,77$ ;  $p = ,077$ ) zeigten einen Trend zur Signifikanz.

Jede einzelne Skala des PS-SRQ konnte deskriptiv eine Verbesserung vorweisen, mit der ANOVA konnten allerdings keine statistisch signifikanten Werte errechnet werden ( $p = ,410 - ,843$ ). In dem Vergleich mit der Normstichprobe, welche aus Müttern bestand, lagen alle Skalen außer *Bestrafung*, welche zu t1 einen leicht überdurchschnittlichen Wert zeigte, einen normalen Bereich.

Um eine Alpha-Fehler-Kumulierung im Hinblick auf die Hypothese der Abnahme der elterlichen Belastung zu vermeiden, wurde die „umgekehrte Alpha-Fehler-Korrektur“ (Jain, 2007) berechnet. Ein p-Wert von  $p = ,431$  zeigt bei elf einzelnen Signifikanztests (für jede Skala in Tabelle 10) an, dass sich aus der elterlichen emotionalen Sensitivität keine Wirksamkeit des NEFTA-Programms folgern lässt.

Tabelle 10: Erleben, Umgang mit und Bewältigung von Emotionen (SEE, PS-SRQ)

Fragebogen	Kennwert/Skala	Norm		T1		T2		Messzeiteffekt		Signifikanz p		$\eta^2$	Hedges g	N
		M	SD	M	SD	M	SD	F	d.f.	ANOVA	Wilcoxon			
<b>SEE</b>	Akzeptanz eigener Emotionen	22,02	4,36	21,83	5,57	22,74	4,71	1,32	1/22	,263	,364	0,06	-0,18	23
	Erleben von Emotionsüberflutung	19,70	6,06	20,30	5,83	18,26	6,60	3,78	1/22	,065	,077	0,15	0,33	23
	Erleben von Emotionsmangel	11,72	3,54	12,04	3,43	11,61	3,71	0,59	1/22	,450	,538	0,03	0,03	23
	Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen	25,68	5,53	25,09	5,01	23,35	5,00	5,42	1/22	,030	,034	0,20	0,35	23
	Imaginative Symbolisierung von Emotionen	15,50	5,28	11,61	4,93	12,83	5,03	1,82	1/22	,191	,661	0,08	-0,24	23
	Erleben von Emotionsregulation	11,93	2,82	12,13	3,17	12,48	2,50	0,61	1/22	,445	,282	0,03	-0,12	23
	Erleben von Selbstkontrolle	18,97	4,34	18,44	4,52	19,22	4,10	0,89	1/22	,356	,440	0,04	-0,18	23
<b>PS- SRQ</b>	Empathie	4,24	0,51	3,98	0,65	4,00	0,56	0,04	1/22	,843	-	<0,01	-0,03	23
	Promptheit	4,08	0,53	3,56	0,34	3,51	0,43	0,52	1/22	,480	-	0,02	0,13	23
	Zuwendung	3,31	0,60	2,81	0,55	2,92	0,73	0,71	1/22	,410	-	0,03	-0,17	23
	Bestrafung	1,31	0,33	1,96	0,75	1,90	0,56	0,31	1/22	,581	-	0,01	0,02	23

Tabelle 10: SEE = Skalen zum Erleben von Emotionen, PS-SRQ = Situations-Reaktions Fragebogen zur Erfassung der elterlichen Sensitivität, Norm = Cut-Off-Wert, M = Mittelwert, T1 = präinterventioneller Testzeitpunkt, T2 = postinterventioneller Testzeitpunkt, SD = Standardabweichung, F = F-Wert, d.f. = Freiheitsgrade, ANOVA = Teststatistik der einfaktoriellen Varianzanalyse, Wilcoxon = Teststatistik des Wilcoxon Test,  $\eta^2$  = Effektstärke der ANOVA, Hedges g = Effektstärke, N = Stichprobengröße

### 3.5 Lebenszufriedenheit der Eltern (FLZ)

Tabelle 11 zeigt die Lebenszufriedenheit der Eltern, gemessen mit den FLZ und verglichen mit der Normstichprobe der Frauen. Sie liegt in einem durchschnittlichen Bereich. Auf der Skala *Sexualität* ( $M_{T1} = 32,88$ ;  $SD_{T1} = 7,23$ ;  $M_{T2} = 35,64$ ;  $SD_{T2} = 6,07$ ) zeichnet sich deskriptiv eine positive Entwicklung ab. Eine durchgeführte ANOVA ( $F = 6,96$ ;  $p = ,014$ ) und der errechnete Wilcoxon-Test ( $Z = -2,18$ ;  $p = ,030$ ) identifizierten diesen Unterschied als statistisch signifikant. Die moderate Effektstärke betrug  $\eta^2 = 0,23$  und Hedges'  $g = -0,41$ . Die restlichen Subskalen des Tests zeigten kein statistisch signifikantes Ergebnis. Abbildung 4 zeigt die Skala *allgemeine Lebenszufriedenheit*. Es ist deskriptiv eine Verbesserung zu erkennen ( $M_{T1} = 238,05$ ;  $SD_{T1} = 36,57$ ;  $M_{T2} = 245,19$ ;  $SD_{T2} = 31,70$ ). Diese erwies sich jedoch nicht als signifikant ( $F = 2,13$ ;  $p = ,160$ ;  $Z = -1,39$ ). Die Werte liegen im Normbereich. Da das Konstrukt der elterlichen Lebenszufriedenheit mit Hilfe von elf einzelnen Signifikantstests errechnet wurde, musste für die Mehrfachtestung korrigiert werden. Die „umgekehrte Alpha-Fehler-Korrektur“ nach Jain (2007) ergab eine Wahrscheinlichkeit von  $p = ,431$ . Die elterliche Lebenszufriedenheit wurde also nicht statistisch signifikant beeinflusst.

Abbildung 4: Mittelwert allgemeine Lebenszufriedenheit FLZ

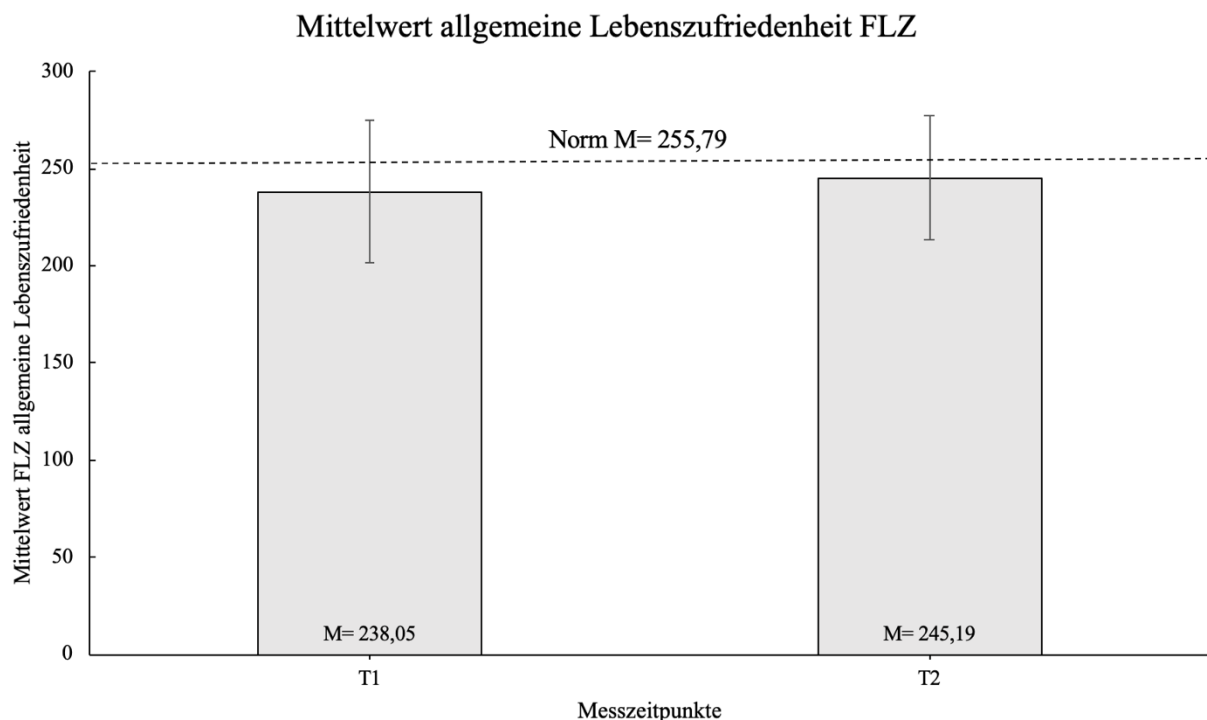


Abb. 4: Die allgemeine Lebenszufriedenheit (FLZ) in der NEFTA IG (N = 21) zu den Messzeitpunkten T1 und T2. Der Normwert liegt bei M = 255,79. Die Werte der Stichprobe liegen im Normbereich.

Tabelle 11: **Elterliche Lebenszufriedenheit (FLZ)**

Fragebogen	Kennwert Skala	Norm		T1		T2		Messzeiteffekt		Signifikanz p		$\eta^2$	Hedges g	N
		M	SD	M	SD	M	SD	F	d.f.	ANOVA	Wilcoxon			
<b>FLZ</b>	Gesundheit	37,76	7,61	32,92	9,60	35,12	8,74	1,57	1/24	,222	,140	0,06	-0,24	25
	Arbeit und Beruf	34,52	8,91	37,92	6,97	39,29	6,56	2,13	1/23	,158	,233	0,09	-0,20	24
	Finanzielle Lage	34,06	8,43	38,71	7,39	37,88	6,36	0,54	1/23	,471	,577	0,02	0,12	24
	Freizeit	36,05	7,82	31,29	7,74	31,96	6,79	0,28	1/23	,600	,352	0,01	-0,09	24
	Ehe und Partnerschaft	38,77	7,90	35,91	8,81	36,39	7,97	0,15	1/22	,706	,868	0,01	-0,06	23
	Beziehung zu den eigenen Kindern	39,47	6,41	38,28	5,09	38,52	5,61	0,11	1/24	,744	,690	0,01	-0,04	25
	Eigene Person	38,32	5,94	30,22	8,11	31,35	8,66	1,21	1/22	,283	,314	0,05	-0,13	23
	Sexualität	34,28	7,90	32,88	7,23	35,64	6,07	6,96	1/24	,014	,030	0,23	-0,41	25
	Freunde, Bekannte und Verwandte	37,26	6,05	32,12	7,09	32,36	7,48	0,05	1/24	,835	,935	0,01	-0,03	25
	Wohnung	38,05	6,82	39,92	7,14	39,92	6,83	0,00	1/24	1,000	,966	0,01	0,01	25
	Allgemeine Lebenszufriedenheit	255,79	34,07	238,05	36,57	245,19	31,70	2,13	1/20	,160	,160	0,10	-0,21	21

Tabelle 11: FLZ = Fragebogen zur Lebenszufriedenheit, Norm = Cut-Off-Wert, M = Mittelwert, T1 = präinterventioneller Testzeitpunkt, T2 = postinterventioneller Testzeitpunkt, SD = Standardabweichung, F = F-Wert, d.f. = Freiheitsgrade, ANOVA = Teststatistik der einfaktoriellen Varianzanalyse, Wilcoxon = Teststatistik des Wilcoxon Test,  $\eta^2$  = Effektstärke der ANOVA, Hedges g = Effektstärke, N = Stichprobengröße

### 3.6 Elterliches Kompetenzgefühl (FKE)

Das elterliche Kompetenzgefühl, welches mit dem FKE erfasst wurde, ist in Tabelle 10 aufgezeigt. Die Werte wurden im Vergleich zu Müttern von sieben bis neun jährigen Jungen ermittelt. Alle Skalenwerte befinden sich in einem durchschnittlichen Bereich. Die Verbesserungen auf der Skala *Selbstwirksamkeit* erwiesen sich als statistisch signifikant ( $M_{T1} = 25,09$ ;  $SD_{T1} = 5,10$ ;  $M_{T2} = 28,64$ ;  $SD_{T2} = 4,25$ ). Sowohl die ANOVA ( $F = 11,31$ ;  $p = ,003$ ) als auch der Wilcoxon-Test ( $Z = -2,96$ ;  $p = ,003$ ) bestätigten dies. Die Effektstärke war groß und betrug  $\eta^2 = 0,35$  und Hedges'  $g = -0,76$ . Die Verbesserung wird in Abbildung 5 aufgezeigt. Auf der anderen Subskala (*Zufriedenheit*) war deskriptiv eine Verbesserung sichtbar ( $M_{T1} = 34,70$ ;  $SD_{T1} = 7,98$ ;  $M_{T2} = 34,86$ ;  $SD_{T2} = 7,20$ ).

Abbildung 6 zeigt einen Vergleich der Mittelwerte des Gesamtwertes ( $M_{T1} = 59,64$ ;  $SD_{T1} = 11,91$ ;  $M_{T2} = 63,26$ ;  $SD_{T2} = 10,47$ ) von t1 zu t2. Die durchgeführte ANOVA konnte bei dem Gesamtwert des Fragebogens zum Kompetenzgefühl von Eltern einen Trend zur Signifikanz ( $F = 3,09$ ;  $p = ,093$ ) feststellen.

Mit der „umgekehrten Alpha-Fehler-Korrektur“ nach Jain wurde die Wahrscheinlichkeit bei drei einzelnen Signifikanztests von  $p = ,007$  errechnet. Postinterventionell wird das elterliche Kompetenzgefühls statistisch signifikant verbessert.

Abbildung 5: **Mittelwert Selbstwirksamkeit FKE**

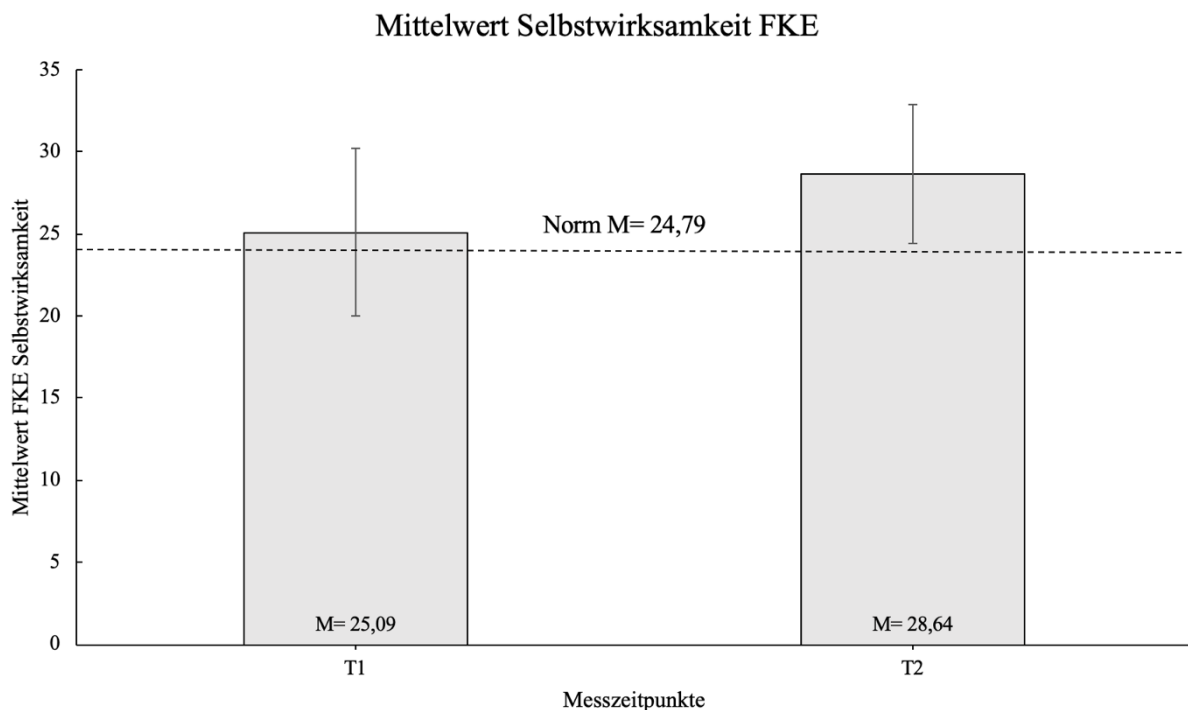


Abb. 5: Der Gesamtwert der elterlichen Selbstwirksamkeit (FKE) in der NEFTA IG (N = 22) zu den Messzeitpunkten T1 und T2. Der Normwert liegt bei M = 24,79.

Abbildung 6: **Mittelwert Gesamtwert FKE**

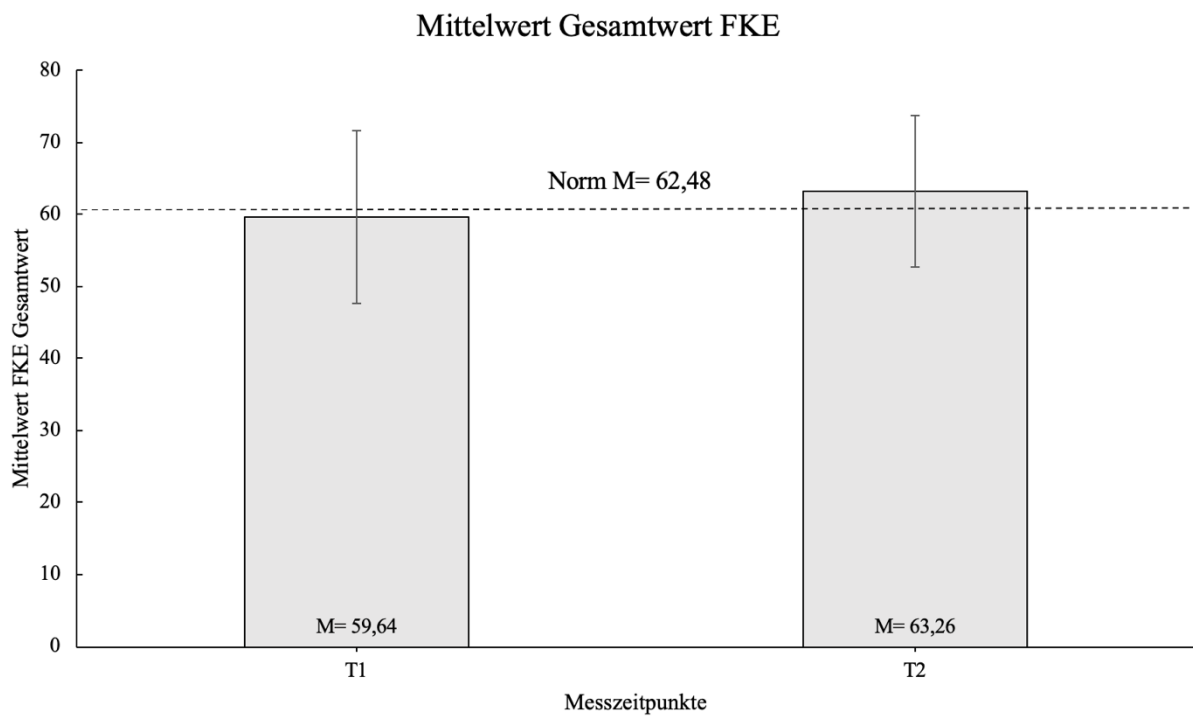


Abb. 6: Der Gesamtwert des elterlichen Kompetenzgefühls (FKE) in der NEFTA IG (N = 22) zu den Messzeitpunkten T1 und T2. Der Normwert liegt bei M = 62,48. Die Werte der Stichprobe liegen im Normbereich.



Tabelle 12: **Subjektive Kompetenz in der Elternrolle (FKE)**

Fragebogen	Kennwert/Skala	Norm		T1		T2		Messzeiteffekt		Signifikanz p		$\eta^2$	Hedges g	N
		M	SD	M	SD	M	SD	F	d.f.	ANOVA	Wilcoxon			
FKE	Zufriedenheit	37,69	6,13	34,70	7,98	34,86	7,20	0,02	-0,07	,905	,948	0,01	-0,02	23
	Selbstwirksamkeit	24,79	5,79	25,09	5,10	28,64	4,25	11,31	-2,96	,003	,003	0,35	-0,76	22
	Gesamtwert	62,48	9,72	59,64	11,91	63,26	10,47	3,09	-1,44	,093	,150	0,13	-0,32	22

Tabelle 12: FKE = Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern, Norm = Cut-Off-Wert, M = Mittelwert, T1 = präinterventioneller Testzeitpunkt, T2 = postinterventioneller Testzeitpunkt, SD = Standardabweichung, F = F-Wert, d.f. = Freiheitsgrade, ANOVA = Teststatistik der einfaktoriellem Varianzanalyse, Wilcoxon = Teststatistik des Wilcoxon Test,  $\eta^2$  = Effektstärke der ANOVA, Hedges g = Effektstärke, N = Stichprobengröße

### 3.7 ADHS-Symptomatik der Kinder aus Elternsicht (SDQ, FBB-ADHS, FBB-SSV)

Die ADHS-Symptomatik der Kinder wurde mit Hilfe von mehreren Messinstrumenten untersucht. Die berichteten Werte von SDQ, FBB-ADHS und FBB-SSV werden in Tabelle 13 gezeigt.

Wie Tabelle 14 zeigt, ergab der durch die Eltern eingeschätzte SDQ mit Prozenträngen zwischen PR= 91 und PR= 97 auf fast allen Skalen überdurchschnittlich erhöhte Werte des kindlichen Problemverhaltens, im Vergleich zu der Normstichprobe, welche aus deutschen Kindern und Jugendlichen zwischen sechs und 16 Jahren bestand. Nur die Skala *Prosoziales Verhalten* ergab mit einem Prozentrang von PR= 35 einen deutlich unterdurchschnittlichen Wert.

Der ermittelte *Gesamtproblemwert* ( $M_{T1} = 19,87$ ;  $SD_{T1} = 7,11$ ;  $M_{T2} = 18,78$ ;  $SD_{T2} = 6,35$ ) verbesserte sich aus Elternsicht deskriptiv. Auf der Skala *Verhaltensprobleme* ( $M_{T1} = 4,83$ ;  $SD_{T1} = 2,10$ ;  $M_{T2} = 4,57$ ;  $SD_{T2} = 2,29$ ) wurde deskriptiv ebenso eine Verbesserung sichtbar wie auf der Skala *Prosoziales Verhalten* ( $M_{T1} = 6,48$ ;  $SD_{T1} = 2,19$ ;  $M_{T2} = 6,74$ ;  $SD_{T2} = 2,16$ ). Diese waren jedoch nicht statistisch signifikant.

Einzig die Verbesserung der *Emotionalen Probleme* ( $M_{T1} = 4,09$ ;  $SD_{T1} = 2,80$ ;  $M_{T2} = 3,13$ ;  $SD_{T2} = 2,20$ ) wurde in der ANOVA ( $F = 6,18$ ;  $p = ,021$ ) und dem Wilcoxon-Test ( $Z = -2,25$ ;  $p = ,025$ ) statistisch signifikant, die Effektstärke betrug  $\eta^2 = 0,22$  sowie Hedges'  $g = 0,38$ .

Mit dem FBB-ADHS beurteilten die Eltern die ADHS-Symptomatik ihrer Kinder auf allen Skalen überdurchschnittlich hoch im Vergleich zur Normstichprobe, welche aus Eltern von sieben bis elfjährigen Jungen bestand. Aus Elternsicht veränderten sich die drei Subskalen kaum zwischen den Messzeitpunkten t1 und t2. Auf der Skala *Impulsivität* wurde zwar deskriptiv eine Verbesserung deutlich ( $M_{T1} = 1,77$ ;  $SD_{T1} = 0,83$ ;  $M_{T2} = 1,97$ ;  $SD_{T2} = 0,80$ ), diese erwies sich jedoch nicht als statistisch signifikant ( $F = 2,25$ ;  $p = ,148$ ). Abbildung 7 zeigt den Gesamtwert des FBB-ADHS, welcher sich aus Elternsicht zwischen den Messzeitpunkten t1 und t2 kaum verändert.

Der FBB-SSV zeigte ebenfalls auf fast allen Skalen überdurchschnittliche hohe Werte im Vergleich mit den Antworten von Eltern mit sieben- bis elfjährigen Jungen. Nur die Skala *Prosoziales Verhalten* zeigte unterdurchschnittliche Werte an.

Der Gesamtwert des Fragebogens zeigt in Abbildung 8 deskriptiv eine Reduktion ( $M_{T1} = 0,96$ ;  $SD_{T1} = 0,38$ ;  $M_{T2} = 0,86$ ;  $SD_{T2} = 0,36$ ). Dieser Effekt zeigt einen Trend zur Signifikanz ( $F = 4,28$ ;  $p = ,05$ ), die Effektstärke war  $\eta^2 = 0,18$ , Hedges'  $g = 0,27$ .

Auf der Skala *Oppositionell-aggressives Verhalten* erreichte die Verbesserung ( $M_{T1} = 1,85$ ;  $SD_{T1} = 0,77$ ;  $M_{T2} = 1,67$ ;  $SD_{T2} = 0,71$ ) einen Trend zur Signifikanz ( $F = 3,60$ ;  $p = ,071$ ). Die Verbesserungen auf den anderen Skalen waren allein deskriptiv.

Bei einer statistisch signifikanten Skala von 14 Signifikanztests wurde mit der „umgekehrten Alpha-Fehler-Korrektur“ nach Jain (2007) um die Mehrfachtestung angepasst. Es errechnete sich eine Wahrscheinlichkeit von  $p = ,153$ . Die Verbesserung der ADHS-Symptomatik aus Elternsicht erwies sich postinterventionell nicht als statistisch signifikant.

Abbildung 7: **Mittelwerte Gesamtwert DISYPS FBB-ADHS**

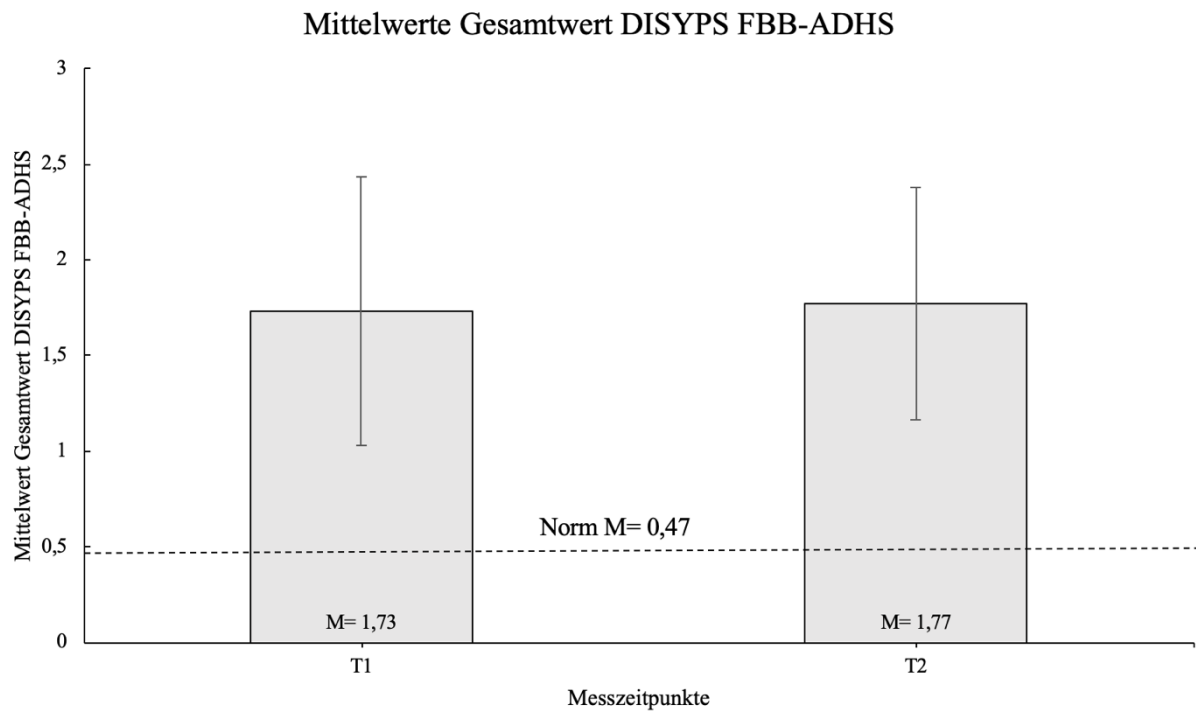


Abb. 7: Gesamtwert (DISYPS FBB-ADHS = Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) in der NEFTA IG (N = 23) zu den Messzeitpunkten T1 und T2 aus Elternsicht. Die Werte sind zu T1 und T2 überdurchschnittlich hoch.

Abbildung 8: **Mittelwert Gesamtwert DISYPS FBB-SSV**

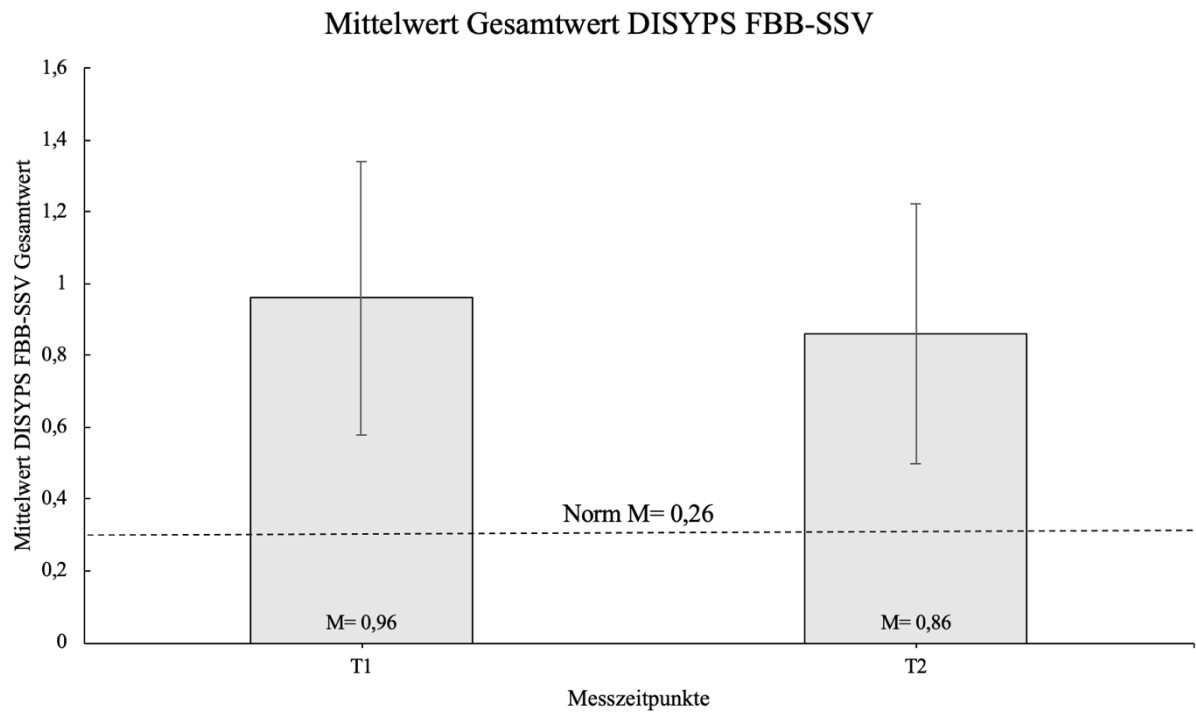


Abb. 8: Gesamtwert (DISYPS FBB-SVV = Fremdbeurteilungsbogen für Störungen des Sozialverhaltens) in der NEFTA IG (N = 21) zu den Messzeitpunkten T1 und T2 aus Elternsicht. Die Werte sind überdurchschnittlich hoch.

Tabelle 13: ADHS-Symptomatik aus Elternsicht (SDQ, DISYPS FBB-ADHS, DISYPS FBB-SSV)

Fragebogen	Kennwert/Skala	Norm		T1		T2		Messzeiteffekt		Signifikanz p		$\eta^2$	Hedges g	N
		M	SD	M	SD	M	SD	F	d.f.	ANOVA	Wilcoxon			
<b>SDQ</b>	Gesamtproblemwert			19,87	7,11	18,78	6,35	1,44	1/22	,243	,297	0,06	0,16	23
	Emotionale Probleme			4,09	2,80	3,13	2,20	6,18	1/22	,021	,025	0,22	0,38	23
	Verhaltensprobleme			4,83	2,10	4,57	2,29	0,53	1/22	,472	,478	0,02	0,12	23
	Hyperaktivität			7,17	2,52	7,26	2,09	0,05	1/22	,822	,954	<0,01	-0,04	23
	Probleme mit Gleichaltrigen			3,78	2,39	3,83	2,19	0,03	1/22	,877	,861	<0,01	-0,02	23
	Prosoziales Verhalten			6,48	2,19	6,74	2,16	0,90	1/22	,354	,359	0,04	-0,12	23
<b>DISYPS</b>	Aufmerksamkeit	0,65	0,62	1,88	0,67	1,82	0,67	0,55	1/22	,464	-	0,03	0,09	23
<b>FBB-ADHS</b>	Hyperaktivität	0,49	0,66	1,49	0,94	1,60	0,76	1,08	1/22	,309	-	0,05	-0,13	23
	Impulsivität	0,28	0,46	1,77	0,83	1,97	0,80	2,25	1/22	,148	-	0,09	-0,25	23
	Gesamtwert	0,47	0,50	1,73	0,70	1,77	0,61	0,46	1/22	,504	-	0,02	-0,06	23
<b>DISYPS</b>	Oppositionell-aggressives Verhalten	0,58	0,53	1,85	0,77	1,67	0,71	3,60	1/22	,071	-	0,14	0,24	23
<b>FBB-SSV</b>	Dissozial-aggressives Verhalten	0,11	0,14	0,39	0,25	0,34	0,25	2,60	1/20	,123	-	0,12	0,20	21
	Prosoziales Verhalten	2,27	0,54	1,68	0,44	1,56	0,40	2,67	1/22	,116	-	0,11	0,29	23
	Gesamtwert	0,26	0,26	0,96	0,38	0,86	0,36	4,28	1/20	,050	-	0,18	0,27	21

Tabelle 13: SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, DISYPS FBB-ADHS = Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung, DISYPS FBB-SSV = Fremdbeurteilungsbogen für Störungen des Sozialverhaltens, Norm = Cut-Off-Wert, M = Mittelwert, T1 = präinterventioneller Testzeitpunkt, T2 = postinterventioneller Testzeitpunkt, SD = Standardabweichung, F = F-Wert, d.f. = Freiheitsgrade, ANOVA = Teststatistik der einfaktorischen Varianzanalyse, Wilcoxon = Teststatistik des Wilcoxon Test,  $\eta^2$  = Effektstärke der ANOVA, Hedges g = Effektstärke, N = Stichprobengröße

Tabelle 14: **Prozentränge zum Messzeitpunkt t1 (SDQ)**

Messinstrument	Kennwert/Skala	Prozentränge	M
SDQ	Gesamtproblemwert	PR = 97	19,87
	Emotionale Probleme	PR = 92	4,09
	Verhaltensprobleme	PR = 96	4,83
	Hyperaktivität	PR = 96	7,17
	Probleme mit Gleichaltrigen	PR = 91	3,78
	Prosoziales Verhalten	PR = 35	6,48

Tabelle 14: SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, PR = Prozentrang, M = Mittelwert

### 3.8 Leistungsmaße der Kinder (KiTAP)

Die Leistungen für *Daueraufmerksamkeit* und *Flexibilität* der Kinder sind in Tabelle 15 aufgelistet. Sie wurden mit der KiTAP erhoben und sind Ergebnisse der ANOVA mit dem Faktor Messzeit und der Kovariate „Alter des Kindes“, welche zweiseitig getestet wurde. Die KiTAP misst die *Daueraufmerksamkeit* und *Flexibilität* der Kinder indem fehlende oder falsche Reaktionen auf das Spiel registriert werden. Eine Normstichprobe zum Vergleich existiert nicht. Die teilnehmenden Kinder des NEFTA-Programms wurden in zwei Stichproben mit verschiedenen Altersklassen separiert. Deskriptiv waren kaum Verbesserungen der Werte zwischen t1 und t2 zu erkennen und auch eine ANOVA ergab keine Haupteffekte von Messzeitpunkt oder der Kovariate Alter. Überdies zeigten sich keine Interaktion, der *p*-Wert lag zwischen von ,48 und ,99. Abbildung 9 zeigt die Veränderungen der Mittelwerte der Gesamtindizes von t1 zu t2 auf.

Abbildung 9: **Mittelwerte KiTAP**

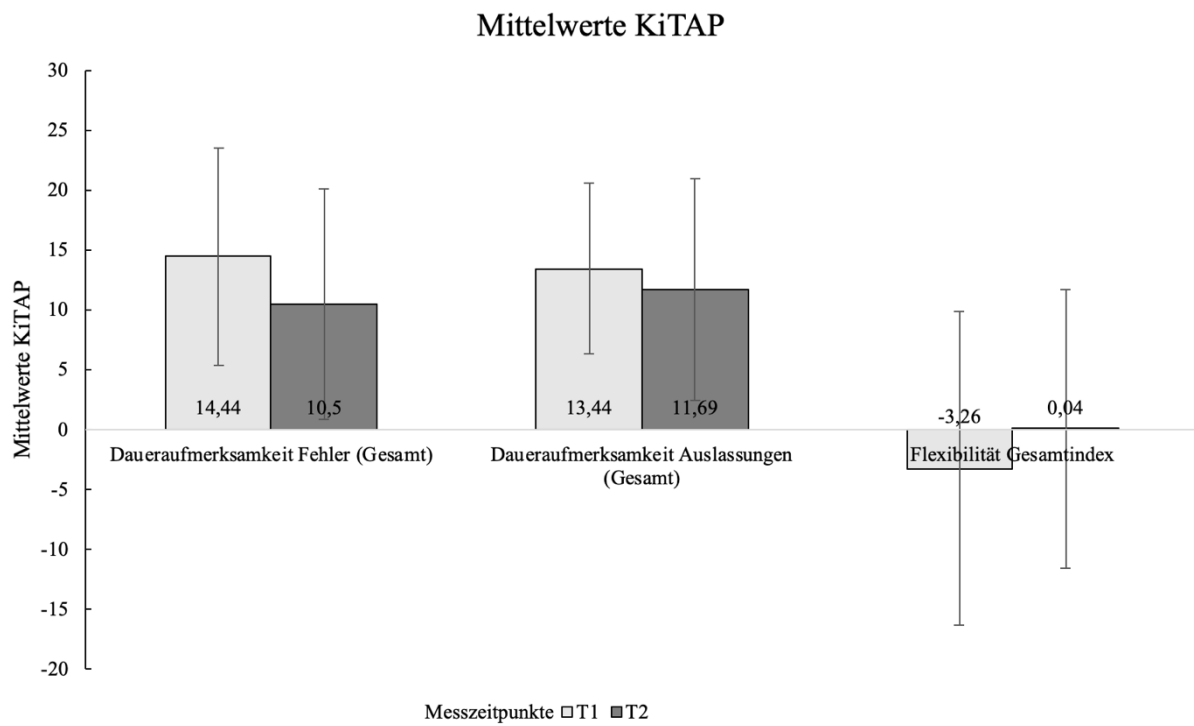


Abb. 9: Die Leistungsmaße der Kinder (KiTAP) in der NEFTA IG (N = 16) zu den Messzeitpunkten T1 und T2. Es existieren keine Normwerte.

Tabelle 15: Leistungsmaße der Kinder (KiTAP)

Fragebogen	Kennwert/Skala	T1		T2		Messzeit			Alter			Interaktion			d.f.	N
		M	SD	M	SD	F	p	$\eta^2$	F	p	$\eta^2$	F	p	$\eta^2$		
KiTAP	Daueraufmerksamkeit Fehler (0-5 Minute)	6,81	5,22	4,75	3,62	0,94	,35	0,06	0,21	,65	0,02	0,48	,50	0,03	1/14	16
	Daueraufmerksamkeit Fehler (5-10 Minuten)	7,56	5,51	5,75	7,43	0,04	,85	< 0,01	0,87	,37	0,06	0,00	,95	< 0,01	1/14	16
	Daueraufmerksamkeit Fehler (Gesamt)	14,44	9,06	10,50	9,61	0,26	,62	0,02	0,08	,79	0,01	0,09	,77	0,01	1/14	16
	Daueraufmerksamkeit Auslassungen (0-5 Minute)	5,06	3,11	3,81	3,10	0,02	,88	< 0,01	2,01	,18	0,13	0,05	,82	< 0,01	1/14	16
	Daueraufmerksamkeit Auslassungen (5-10 Minute)	8,38	4,62	7,88	6,42	0,03	,87	< 0,01	1,99	,18	0,12	0,01	,91	< 0,01	1/14	16
	Daueraufmerksamkeit Auslassungen (Gesamt)	13,44	7,16	11,69	9,25	0,03	,86	< 0,01	2,21	,16	0,14	0,00	,99	< 0,01	1/14	16
	Flexibilität Fehler	6,18	4,35	5,53	3,78	0,70	,42	0,04	3,34	,09	0,18	0,52	,48	0,03	1/15	17
	Flexibilität Median der Reaktionszeit	1275,91	559,88	1090,38	269,17	0,20	,66	0,01	1,87	,19	0,11	0,02	,90	< 0,01	1/15	17
	Flexibilität Gesamtindex	-3,26	13,07	0,04	11,62	0,04	,85	< 0,01	0,01	,92	< 0,01	0,17	,69	0,01	1/15	17
	Flexibilität Speed-accuracy	-5,76	10,62	-7,86	10,10	0,30	,59	0,02	0,46	,51	0,03	0,50	,49	0,03	1/15	17

Tabelle 15: KiTAP = Kinderversion der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, F = F-Wert, d.f. = Freiheitsgrade, T1 = präinterventioneller Testzeitpunkt, T2 = postinterventioneller Testzeitpunkt, p = Teststatistik der einfaktoriellem Varianzanalyse  $\eta^2$  = Effektstärke der ANOVA, N = Stichprobengröße



### 3.9 Lebensqualität der Kinder (Kid-KINDL)

Die kindliche Lebensqualität wurde, je nach Alter, mit dem KidKINDL oder KiddyKINDL erfasst. Die Ergebnisse des KidKINDL, eines Fremdbeurteilungsinstrumentes durch die Eltern und Selbstbeurteilungsinstrumentes durch die Kinder sind in Tabelle 13 dargestellt. Aufgrund einer minimalen Fallzahl ( $N = 3$ ) wurde auf die Auswertung des KiddyKINDL verzichtet.

Abbildung 10 zeigt die Veränderungen der Mittelwerte von t1 zu t2 der Lebensqualität der Kinder aus Elternsicht und aus Kindersicht auf. Der Gesamtwert des Messinstrumentes verbesserte sich aus Elternsicht deutlich ( $M_{T1} = 61,46$ ;  $SD_{T1} = 12,90$ ;  $M_{T2} = 66,35$ ;  $SD_{T2} = 10,35$ ). Ein Anstieg des Mittelwertes bedeutet einen Anstieg der Lebensqualität der Kinder aus Elternsicht. Die ANOVA ( $F = 5,64$ ;  $p = ,027$ ) und der Wilcoxon-Test ( $Z = -2,35$ ;  $p = ,019$ ) ergaben eine statistische Signifikanz. Die Effektstärken betragen  $\eta^2 = 0,20$  und Hedges'  $g = -0,42$ . Die Eltern beschrieben eine Verbesserung auf sechs von acht Subskalen. Auf der Skala *Psychisches Wohlbefinden* zeigte sich ebenso eine deutliche Verbesserung  $M = 66,03$  ( $SD = 16,94$ ) auf  $M = 72,55$  ( $SD = 11,73$ ). Dieses Ergebnis erwies sich in der ANOVA ( $F = 4,88$ ;  $p = ,038$ ) und im Wilcoxon-Test ( $Z = -2,21$ ;  $p = ,027$ ) als statistisch signifikant. Die Effektstärke betrug  $\eta^2 = 0,18$  und Hedges'  $g = -0,45$ . Die Verbesserung auf der Skala *Freunde* ( $M_{T1} = 56,52$ ;  $SD_{T1} = 19,17$ ;  $M_{T2} = 63,86$ ;  $SD_{T2} = 18,75$ ) war ebenfalls in der ANOVA ( $F = 8,37$ ;  $p = ,008$ ) und dem Wilcoxon-Test ( $Z = -2,68$ ;  $p = ,007$ ) statistisch signifikant. Die Effektstärke betrug  $\eta^2 = 0,28$  und Hedges'  $g = -0,39$ . Auf den Skalen *Selbstwert* ( $M_{T1} = 58,97$ ;  $SD_{T1} = 16,52$ ;  $M_{T2} = 63,59$ ;  $SD_{T2} = 12,87$ ), *Schule* ( $M_{T1} = 56,52$ ;  $SD_{T1} = 19,90$ ;  $M_{T2} = 64,13$ ;  $SD_{T2} = 15,79$ ) und der Zusatzskala ( $M_{T1} = 53,85$ ;  $SD_{T1} = 13,18$ ;  $M_{T2} = 58,40$ ;  $SD_{T2} = 9,55$ ) waren deskriptiv Verbesserungen sichtbar. Die ANOVA ( $F = 3,44 - 3,69$ ;  $p = ,068 - ,077$ ) und der Wilcoxon-Test ( $Z = -1,59 - 1,85$ ;  $p = ,064 - ,111$ ) ergaben einen statistischen Trend zur Signifikanz. Bei drei von acht signifikanten Skalen in den Einzeltests wurde erneut die „umgekehrte Alpha-Fehler-Korrektur“ nach Jain (2007) gerechnet und eine Wahrscheinlichkeit von  $p = ,005$  ermittelt. Die Verbesserung der kindlichen Lebensqualität aus Elternsicht erwies sich somit als statistisch signifikant. Die Selbstbeurteilungsversion des KINDL zeigte aus Sicht der Kinder auf keiner Subskala statistisch signifikante Verbesserungen. Der Gesamtwert verbesserte sich zwar deskriptiv ( $M_{T1} = 73,51$ ;  $SD_{T1} = 11,35$ ;  $M_{T2} = 74,18$ ;  $SD_{T2} = 13,71$ ), jedoch nicht statistisch signifikant ( $F = 0,04$ ;  $p = ,840$ ).

Abbildung 10: Mittelwerte Gesamtwert Elternsicht Kid KINDL

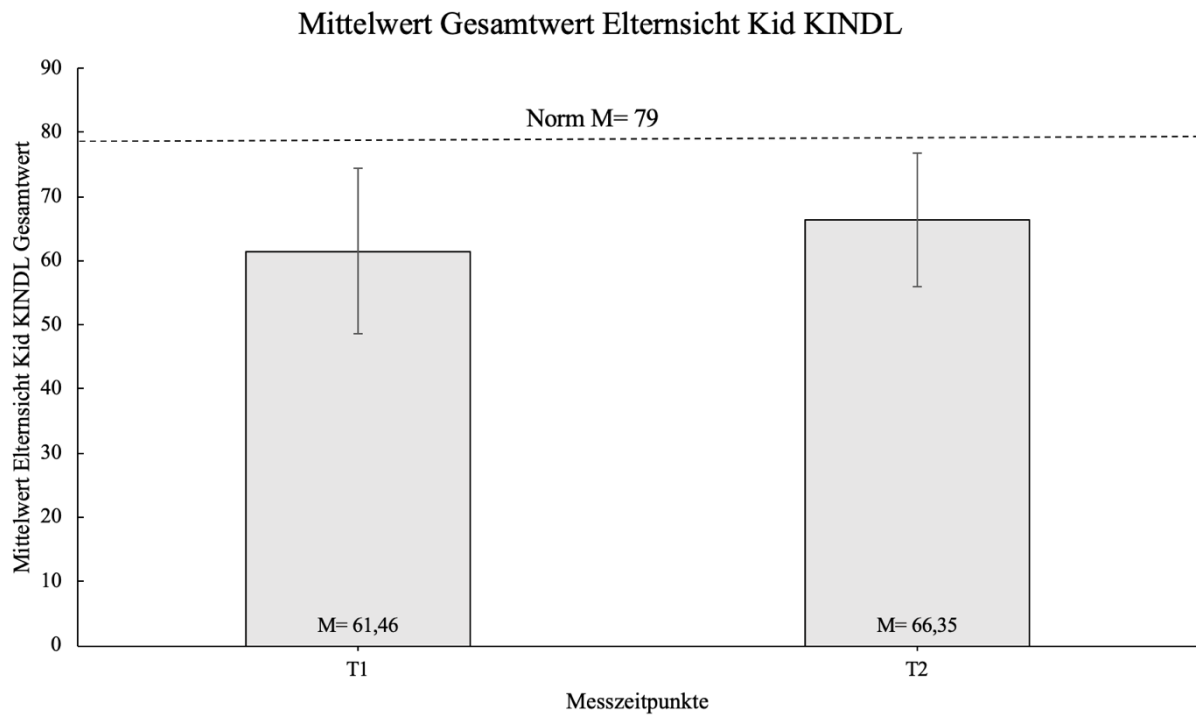


Abb. 10: Die Lebensqualität der Kinder aus Elternsicht (Kid-KINDL) in der NEFTA IG (N = 23) zu den Messzeitpunkten T1 und T2.

Tabelle 16: Lebensqualität der Kinder (Kid KINDL)

Fragebogen	Kennwert/Skala	Norm		T1		T2		Messzeiteffekt		Signifikanz p		$\eta^2$	Hedges g	N
		M	SD	M	SD	M	SD	F	d.f.	ANOVA	Wilcoxon			
<b>KINDL</b>	Gesamtwert	79,00	0,73	61,46	12,90	66,35	10,35	5,64	1/22	,027	,019	0,20	-0,42	23
<b>Eltern</b>	Körperliches Wohlbefinden	80,50	1,47	71,20	20,10	73,91	20,87	0,47	1/22	,500	,47	0,02	-0,13	23
	Psychisches Wohlbefinden	82,30	0,98	66,03	16,94	72,55	11,73	4,88	1/22	,038	,027	0,18	-0,45	23
	Selbstwert	70,80	1,22	58,97	16,52	63,59	12,87	3,44	1/22	,077	,097	0,14	-0,31	23
	Familie	79,80	0,98	59,51	17,96	60,05	15,16	0,01	1/22	,917	,73	0,01	-0,03	23
	Freunde	78,30	1,22	56,52	19,17	63,86	18,75	8,37	1/22	,008	,007	0,28	-0,39	23
	Schule	82,60	1,22	56,52	19,90	64,13	15,79	3,51	1/22	,075	,064	0,14	-0,42	23
	Zusatzskala	-	-	53,85	13,18	58,40	9,55	3,69	1/22	,068	,11	0,14	-0,40	23
<b>KINDL</b>	Gesamtwert	76,67	8,66	73,51	11,35	74,18	13,71	0,04	1/13	,840	-	<0,01	-0,05	14
<b>Kinder</b>	Körperliches Wohlbefinden	76,68	13,03	71,88	24,61	70,98	23,72	0,05	1/13	,828	-	<0,01	0,04	14
	Psychisches Wohlbefinden	82,89	10,67	77,68	15,06	79,02	16,37	0,13	1/13	,724	-	0,01	-0,09	14
	Selbstwert	66,52	18,95	61,41	26,84	68,30	15,20	0,81	1/13	,385	-	0,06	-0,32	14
	Familie	83,58	13,14	73,66	18,21	77,68	17,97	0,93	1/13	,353	-	0,07	-0,22	14
	Freunde	78,21	12,78	75,45	13,31	72,77	20,31	0,28	1/13	,609	-	0,02	0,16	14
	Schule	72,35	12,88	80,80	13,53	76,34	24,90	0,45	1/13	,517	-	0,03	0,22	14

Tabelle 16: Norm = Cut-Off-Wert, M = Mittelwert, T1 = präinterventioneller Testzeitpunkt, T2 = postinterventioneller Testzeitpunkt, SD = Standardabweichung, F = F-Wert, d.f. = Freiheitsgrade, ANOVA = Teststatistik der einfaktorischen Varianzanalyse, Wilcoxon = Teststatistik des Wilcoxon Test,  $\eta^2$  = Effektstärke der ANOVA, Hedges g = Effektstärke, N = Stichprobengröße

### 3.10 Analyse der Dropouts

Von den 45 Müttern und 25 Vätern die einen Screening Fragebogen ausfüllten, brachen 27 Mütter und 21 Väter die Gruppenteilnahme vorzeitig ab. Sie werden als DO bezeichnet. Ihre Ergebnisse wurden in die Endanalysen nicht mit einbezogen.

In Tabelle 17 sind die soziodemografischen Merkmale der TeilnehmerInnen der IG und der DO dargestellt. Im Mittel waren die ausgeschiedenen Eltern mit 38,81 Jahren jünger als die in der IG verbliebenen Eltern (43,40 Jahre). Die Anzahl der Kinder unterschied sich hingegen nicht statistisch signifikant (IG : 2,04; DO : 2,13). Obwohl die ausgeschiedenen Eltern häufiger keine Berufsausbildung (14 % vs. 0 %) hatten, waren sie annähernd so häufig erwerbstätig (78,6 %) wie die Eltern der IG (80 %). In der Schulbildung bestanden ebenfalls Unterschiede: 7,1 % der DO hatten keinen Schulabschluss, weitere 11,9 % hatten einen Hauptschulabschluss. Bei den Eltern der IG gab es niemanden ohne Schulabschluss und nur 3,8 % mit Hauptschulabschluss. Hinsichtlich des Konsums von Genuss-/Suchtmitteln gab es signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die DO rauchten häufiger (40 %) als die Eltern der IG (8 %). Fast alle ausgeschiedenen Eltern wünschten sich Unterstützung bei der Erziehung ihres ADHS-Kindes (90,7 %), ebenso wie die gesamten Eltern der IG (100 %). Bei der Analyse der psychometrischen Daten (Tabelle 18) wurde deutlich, dass es nur wenige Unterschiede zwischen IG und DO im Hinblick auf die psychische Belastung der Eltern und die ADHS-Problematik ihrer Kinder gab. Allerdings schätzten die ausgeschiedenen Eltern das dissozial-aggressive Verhalten ihrer Kinder als weniger problematisch ein. Der Gesamtwert des DISYPS-SVV war bei der IG höher als bei den ausgeschiedenen Eltern (IG : 0,94 vs. DO : 0,63). In Tabelle 18 (psychometrische Merkmale) zeigt sich im SDQ, dass die ausgeschiedenen Eltern die Verhaltensprobleme weniger auffällig einschätzen als die Eltern der IG (IG : 4,68 vs. DO : 3,17). Der Gesamtwert dieses Fragebogens unterscheidet sich ebenfalls (IG : 19,76 vs. DO : 15,51).

Tabelle 17: **Soziodemografische Merkmale der Eltern, IG und Dropouts**

Merkmal		IG		Dropouts		Signifikanztests p
		M	SD	M	SD	
Alter (N <sub>IG</sub> =25, N <sub>DO</sub> =38)		43,40	4,40	38,81	6,23	t(61) = 3,42**
Anzahl Kinder (N <sub>IG</sub> =25, N <sub>DO</sub> =39)		2,04	0,74	2,13	0,66	t(62) = ,50 <sup>1</sup>
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Muttersprache (N <sub>IG</sub> =25, N <sub>DO</sub> =37)	Deutsch	23	92	33	89,2	X <sup>2</sup> (df=1) = ,14
	Andere	2	8	4	10,3	
Familienstand (N <sub>IG</sub> =26, N <sub>DO</sub> =43)	verheiratet/eheäuhl. Gemeinschaft	24	92,3	37	86	X <sup>2</sup> (df=5) = 5,04
	alleinerziehend/getrennt /geschieden	2	7,7	6	14	
Schulabschluss (N <sub>IG</sub> =26, N <sub>DO</sub> =42)	kein Abschluss	-	-	3	7,1	X <sup>2</sup> (df=4) = 13,78**
	Hauptschule	1	3,8	5	11,9	
	Mittlere Reife	3	11,5	15	35,7	
	Abitur	22	84,6	19	45,2	
Berufsausbildung (N <sub>IG</sub> =26, N <sub>DO</sub> =43)	keine Ausbildung	-	-	6	14	X <sup>2</sup> (df=4) = 17,81**
	Lehre	6	23,1	23	53,5	
	Fachhochschule/ Universität	20	76,9	14	32,6	
Erwerbstätigkeit (N <sub>IG</sub> =25, N <sub>DO</sub> =42)	Nein	5	20	9	21,4	X <sup>2</sup> (df=2) = 2,44
	Ja, Teilzeit	11	44	11	26,2	
	Ja, Vollzeit	9	36	22	52,4	
Rauchen (N <sub>IG</sub> =25, N <sub>DO</sub> =40)	Nein	23	92	24	60	X <sup>2</sup> (df=2) = 8,10*
	Ja, gelegentlich	1	4	4	10	
	Ja, regelmäßig	1	4	12	30	
Alkoholkonsum (N <sub>IG</sub> =25, N <sub>DO</sub> =40)	Nie	3	12	15	37,5	X <sup>2</sup> (df=4) = 6,41
	Ca. 1x im Monat	5	20	7	17,5	
	Ca. 1x pro Woche	9	36	11	27,5	
	Mehrmals pro Woche	7	28	7	17,5	
	Täglich	1	4	-	-	
Wunsch nach Unterstützung	Ja	26	100	39	90,7	X <sup>2</sup> (df=1) = 2,57
	Nein	-	-	4	9,3	
ADHS-Therapie (N <sub>IG</sub> =46, N <sub>DO</sub> =13)	Ja	24	92,3	31	75,6	X <sup>2</sup> (df=1) = 3,02
	Nein	2	7,7	10	24,4	
Seelische Beeinträchtigungen (N <sub>IG</sub> =25, N <sub>DO</sub> =40)	Ja	13	52	17	42,5	X <sup>2</sup> (df=1) = ,56
	Nein	12	48	23	57,5	

Tabelle 17: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, t = t-Test für unabhängige Stichproben, X<sup>2</sup> = Chi-Quadrat Test, N = Stichprobengröße, \* = p < 0.05; \*\* = p < 0.01 im t-Test für unabhängige Stichproben oder Chi-Quadrat Test bzw. dem zweiseitigen exakten Test nach Fischer bei einer Zellengröße n < 5. <sup>1</sup> Varianzgleichheit nicht angenommen

Tabelle 18: Psychometrische Testwerte von IG und DO der Eltern

Fragebogen	Kennwert/Skala	IG (N=26)		DO (N=34)		Signifikanz- test p
		M	SD	M	SD	
<b>SCL-90-R</b>	Somatisierung	0,52	0,43	0,60	0,56	t(58) = ,55
	Zwanghaftigkeit	0,70	0,57	0,60	0,66	t(58) = ,60
	Unsicherheit im Sozialkontakt	0,47	0,62	0,42	0,46	t(58) = ,40
	Depressivität	0,70	0,86	0,55	0,53	t(58) = ,84
	Ängstlichkeit	0,42	0,64	0,33	0,35	t(58) = ,70
	Aggressivität/Feindseligkeit	0,60	0,51	0,48	0,53	t(58) = ,85
	Phobische Angst	0,09	0,24	0,18	0,33	t(58) = -1,10
	Paranoides Denken	0,37	0,47	0,42	0,53	t(58) = -,34
	Psychotizismus	0,18	0,30	0,19	0,30	t(58) = -,13
	GSI	0,48	0,46	0,45	0,40	t(58) = ,33
<b>DISYPS</b>	Aufmerksamkeitsstörung	1,85	0,67	1,72	0,77	t(59) = ,72
<b>FBB-ADHS</b>	Hyperaktivität	1,49	0,90	1,18	0,84	t(58) = 1,35
	Impulsivität	1,76	0,80	1,60	0,91	t(58) = ,71
	Gesamtwert	1,71	0,67	1,50	0,68	t(58) = 1,16
<b>DISYPS</b>	Oppositionell-aggressives Verhalten	1,83	0,74	1,29	0,81	t(59) = 2,65
<b>FBB-SVV</b>	Dissozial-aggressives Verhalten	0,37	0,24	0,23	0,18	t(54) = 2,46*
	Prosoziales Verhalten	1,70	0,44	1,83	0,57	t(59) = -,99
	Gesamtwert (N <sub>IG</sub> =23, N <sub>DO</sub> =33)	0,94	0,36	0,63	0,39	t(54) = 2,97**
<b>SDQ</b>	Emotionale Probleme	4,20	2,71	3,31	2,43	t(58) = 1,33
	Verhaltensprobleme	4,68	2,10	3,17	2,24	t(58) = 2,64*
	Hyperaktivität	7,24	2,44	6,43	2,30	t(58) = 1,31
	Probleme mit Gleichaltrigen	3,64	2,36	2,60	2,84	t(58) = 1,50
	Prosoziales Verhalten	6,60	2,14	7,54	1,72	t(57) = -1,89
	Gesamtwert	19,76	6,81	15,51	7,67	t(58) = 2,21*

Tabelle 18: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, t = t-Test für unabhängige Stichproben \* = p < 0.05; \*\* = p < 0.01 im t-Test für unabhängige Stichprobe

### **3.11 Evaluation**

Den TeilnehmerInnen füllten Fragebögen zur Evaluation des Programmes aus, um Optimierungen für zukünftige Durchläufe von NEFTA durchzuführen. Zu t2 wurden Evaluationsbögen mit 40 Fragen (33 geschlossene, 7 offene) verteilt. Die konnten vor Ort oder Zuhause ausgefüllt werden. 28 Eltern beantwortet die Evaluationsbögen, dies entspricht 85% derer, die das Programm absolviert haben. Die geschlossenen Fragen wurden auf einer fünf-stufigen Likert-Skala mit den Antwortalternativen *trifft voll und ganz zu*, *trifft eher zu*, *weder noch*, *trifft eher nicht zu* und *trifft gar nicht zu* beantwortet. Die Bögen beinhalteten Fragen zu den Rahmenbedingungen der Sitzungen, zu dem Gruppenklima und der Kompetenz der GruppenleiterInnen.

#### **3.11.1 Evaluation der Rahmenbedingungen**

Die Rahmenbedingungen wurden insgesamt sehr positiv bewertet und werden in Tabelle 19 aufgelistet. Bei den meisten Fragen fielen die Antworten zum großen Teil auf die ersten beiden Kategorien. Rund 67,80 % empfanden die Sitzungsanzahl als ausreichend, mehr als 80 % beurteilten die sachlichen Informationen (85,70 %) und die eingesetzten Medien (82,10 %) als hilfreich. Lediglich die Zeitdauer der einzelnen Sitzungen wurde gemischt bewertet, nur 32,10 % empfanden diese als ausreichend.

#### **3.11.2 Evaluation des Gruppenklimas**

Das Gruppenklima in den Sitzungen wurde ebenfalls äußerst positiv bewertet und ist in Tabelle 20 aufgezeigt. 93 % der TeilnehmerInnen fühlten sich mit den anderen TeilnehmerInnen wohl, konnten sich gut in die Gruppe einbringen und empfanden den Austausch mit den anderen TeilnehmerInnen als wichtig. Inhaltlich haben die NEFTA-Sitzungen 60,7 % der TeilnehmerInnen im Alltag geholfen. 64,30 % haben die Sitzungen auch bei persönlichen Problemen und 81,5 % bei der eigenen Lebensgestaltung geholfen. Die Beziehungen der Eltern zu ihren Kindern wurde durch Teilnahme an NEFTA verbessert. Es gaben 85,7 % der TeilnehmerInnen an ihr Kind nach Teilnahme an den Sitzungen besser zu verstehen. Die Beziehung zu ihrem Kind sehen 60,7 % gestärkt. Ebenso viele TeilnehmerInnen konnten durch die Übungen zuhause ihren Kindern näher kommen.

Tabelle 19: Evaluation der Rahmenbedingungen

<b>Bewertungskriterium</b>	<b>Ausprägung</b>	<b>N (28)</b>	<b>%</b>
<b>Die Zeitdauer der einzelnen Sitzungen war ausreichend</b>	Trifft voll und ganz zu	3	10,70
	Trifft eher zu	6	21,40
	Weder noch	2	7,10
	Trifft eher nicht zu	11	39,30
	Trifft gar nicht zu	6	21,40
<b>Die Anzahl der Sitzungen war ausreichend</b>	Trifft voll und ganz zu	10	35,70
	Trifft eher zu	9	32,10
	Weder noch	4	14,30
	Trifft eher nicht zu	5	17,90
	Trifft gar nicht zu	-	-
<b>Der Umfang der Übungen für Zuhause war angemessen</b>	Trifft voll und ganz zu	10	35,70
	Trifft eher zu	12	42,90
	Weder noch	4	14,30
	Trifft eher nicht zu	2	7,10
	Trifft gar nicht zu	-	-
<b>Den Abstand zwischen den Sitzungen empfand ich als passend</b>	Trifft voll und ganz zu	21	75,00
	Trifft eher zu	6	21,40
	Weder noch	1	3,60
	Trifft eher nicht zu	-	-
	Trifft gar nicht zu	-	-
<b>Die sachlichen Informationen waren hilfreich</b>	Trifft voll und ganz zu	13	46,40
	Trifft eher zu	11	39,30
	Weder noch	2	7,10
	Trifft eher nicht zu	2	7,10
	Trifft gar nicht zu	-	-
<b>Die Kinderbetreuung war mir wichtig</b>	Trifft voll und ganz zu	15	53,60
	Trifft eher zu	5	17,90
	Weder noch	1	3,60
	Trifft eher nicht zu	1	3,60
	Trifft gar nicht zu	6	21,40
<b>Die eingesetzten Materialien waren hilfreich</b>	Trifft voll und ganz zu	14	50,00
	Trifft eher zu	9	32,10
	Weder noch	4	14,30
	Trifft eher nicht zu	1	3,60
	Trifft gar nicht zu	-	-
<b>Die aus meiner Sicht wichtigsten Themen wurden aufgegriffen</b>	Trifft voll und ganz zu	11	39,30
	Trifft eher zu	9	32,10
	Weder noch	4	14,30
	Trifft eher nicht zu	1	3,60
	Trifft gar nicht zu	3	10,70

Tabelle 19: N = Stichprobengröße



Tabelle 20: Gruppenklima

<b>Bewertungskriterium</b>	<b>Ausprägung</b>	<b>N (28)</b>	<b>%</b>
<b>Ich habe mich mit den anderen Gruppenmitgliedern wohlgeföhlt</b>	Trifft voll und ganz zu	23	82,10
	Trifft eher zu	5	17,90
	Weder noch	-	-
	Trifft eher nicht zu	-	-
	Trifft gar nicht zu	-	-
<b>Ich konnte mich in die Gruppe einbringen</b>	Trifft voll und ganz zu	14	50,00
	Trifft eher zu	12	42,90
	Weder noch	2	7,10
	Trifft eher nicht zu	-	-
	Trifft gar nicht zu	-	-
<b>Die Gruppengespräche haben mir geholfen persönliche Probleme zu erkennen</b>	Trifft voll und ganz zu	4	14,30
	Trifft eher zu	14	50,00
	Weder noch	7	25,00
	Trifft eher nicht zu	2	7,10
	Trifft gar nicht zu	1	3,60
<b>Die in den Gruppensitzungen vermittelten Inhalte helfen mir auch im Alltag</b>	Trifft voll und ganz zu	10	35,70
	Trifft eher zu	7	25,00
	Weder noch	7	25,00
	Trifft eher nicht zu	2	7,10
	Trifft gar nicht zu	2	7,10
<b>Die Gruppensitzungen haben mir geholfen, die Beziehung zu meinem Kind zu stärken</b>	Trifft voll und ganz zu	8	28,60
	Trifft eher zu	9	32,10
	Weder noch	6	21,40
	Trifft eher nicht zu	2	7,10
	Trifft gar nicht zu	3	10,70
<b>Mir sind neue Dinge über mich bewusst geworden</b>	Trifft voll und ganz zu	9	32,10
	Trifft eher zu	10	35,70
	Weder noch	6	21,40
	Trifft eher nicht zu	1	3,60
	Trifft gar nicht zu	2	7,10
<b>Die Gruppengespräche haben mir geholfen, besser zu verstehen, was in meinem Kind vor sich geht</b>	Trifft voll und ganz zu	9	32,10
	Trifft eher zu	15	53,60
	Weder noch	4	14,30
	Trifft eher nicht zu	-	-
	Trifft gar nicht zu	-	-
<b>Ich habe nützliche Anregungen für meine Lebensgestaltung bekommen</b>	Trifft voll und ganz zu	8	28,60
	Trifft eher zu	12	42,90
	Weder noch	4	14,30
	Trifft eher nicht zu	1	3,60
	Trifft gar nicht zu	3	10,70
<b>Die Übungen für zu Hause haben mir geholfen, meinem Kind näher zu kommen</b>	Trifft voll und ganz zu	8	28,60
	Trifft eher zu	9	32,10
	Weder noch	9	32,10
	Trifft eher nicht zu	1	3,60
	Trifft gar nicht zu	1	3,60
<b>Der Austausch mit den TeilnehmerInnen war mir wichtig</b>	Trifft voll und ganz zu	21	75,00
	Trifft eher zu	5	17,90
	Weder noch	2	7,10
	Trifft eher nicht zu	-	-
	Trifft gar nicht zu	-	-

Tabelle 20: N = Stichprobengröße

### 3.11.3 Evaluation der GruppenleiterInnen

Die Eltern schätzten die Kompetenz der GruppenleiterInnen sehr positiv ein. Jede zu beantwortende Skala wurde für die beiden GruppenleiterInnen getrennt ausgefüllt. Die gemittelten Werte sind in Tabelle 21 aufgezeigt. Bei Unterschieden zwischen beiden GruppenleiterInnen wurde der jeweils schlechtere Wert gelistet. Die Skalen Trifft eher nicht zu und Trifft gar nicht zu wurden von den Eltern nicht verwendet. 89,30 % empfanden die GruppenleiterInnen als sehr unterstützenden empfanden. Als emotional einfühlsam schätzten 92,90 % der TeilnehmerInnen die GruppenleiterInnen ein. Die meisten Eltern (96,40 %) empfanden die fachliche Kompetenz als sehr gut.

Tabelle 21: **Kompetenz der GruppenleiterInnen**

<b>Bewertungskriterium</b>	<b>Ausprägung</b>	<b>N (28)</b>	<b>%</b>
<b>Der/ Die GruppenleiterIn war für mich insgesamt unterstützend</b>	Trifft voll und ganz zu	17	60,70
	Trifft eher zu	8	28,60
	Weder noch	3	10,70
<b>Der/ Die GruppenleiterIn war für mich emotional einfühlsam</b>	Trifft voll und ganz zu	21	75,00
	Trifft eher zu	5	17,90
	Weder noch	2	7,10
<b>Der/ Die GruppenleiterIn war für fachlich kompetent</b>	Trifft voll und ganz zu	20	71,40
	Trifft eher zu	7	25,00
	Weder noch	1	3,60

Tabelle 21: N = Stichprobengröße

## 4. Diskussion

Mit der vorliegenden Arbeit konnten wichtige Erkenntnisse über die Machbarkeit und erste Ergebnisse eines bindungsorientierten Gruppenprogramms von Eltern mit ADHS betroffenen Kindern gewonnen werden. Aufgrund der Stichprobengröße und der Machbarkeitsanalyse der Studie sollten alle Ergebnisse als Anhaltspunkte gewertet werden. Weitere Studien mit größeren Teilnehmerzahlen sind empfehlenswert.

### 4.1 Allgemeine psychische Belastung (Hypothese 1)

**Ad Hypothese 1: Nach Besuch der NEFTA-Gruppensitzungen wird eine Verbesserung der allgemeinen psychischen Beeinträchtigung der Eltern erwartet.**

Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Im Hinblick auf die allgemeine psychische Belastung der TeilnehmerInnen, gemessen mit dem SCL-90-R ließen sich keine signifikanten Verbesserungen durch NEFTA erkennen. Zu Beginn der Messungen waren die Belastungskennwerte des GSI und der Subskalen allerdings im Normbereich, wodurch kaum Potenzial für eine substanzielle Belastungsreduktion bestand. Dieser beschriebene Bodeneffekt könnte Ursache für die fehlende statistisch signifikante Besserung der erhobenen Befunde in unserer Studie sein. Die normentsprechende Ausgangslage hinsichtlich subjektiver Belastung war unerwartet, da in der Literatur eine deutlich erhöhte psychische Belastung und höhere Stresslevel der Eltern von Kindern mit ADHS im Vergleich zu nicht betroffenen Eltern beschrieben werden (Cussen et al., 2011, Kendall et al., 2016, Bonifacci et al., 2019, Martin et al., 2019). Eine taiwanesishe Studie lässt zudem einen signifikanten Zusammenhang zwischen Elternstress und durch die Eltern berichtete Werte für Aufmerksamkeitsdefizit, Hyperaktivitätslevel und Impulsivitätsintensität ihrer Kinder erkennen. Je gestresster die Eltern waren, desto verhaltensauffälliger erschienen die Kinder nach der Befragung der Eltern (Chen et al., 2017). Bei detaillierter Betrachtung der Ergebnisse des SCL-90-R ist eine deskriptive Verringerung der Belastung in den Skalen *Somatisierung*, *Zwanghaftigkeit*, *Unsicherheit*, *Depression*, *Ängstlichkeit*, *Phobische Angst*, *Paranoides Denken* und *Psychotizismus* zu erkennen. Diese waren jedoch statistisch nicht signifikant, sie könnten zufallsbedingt sein. Eine statistische Reduktion der oben genannten Skalen, nach Teilnahme an NEFTA wäre denkbar gewesen. Bei Teilnahme an anderen Programmen konnte eine statistisch signifikante Reduktion der psychischen Belastung bereits belegt werden (Behbahani et al., 2018). Eventuell spielt bei der fehlenden Verbesserung auch der Stichprobeneffekt eine Rolle, da die TeilnehmerInnen nicht unbedingt repräsentativ für Eltern von Kindern mit ADHS sind. Auf diesen Aspekt wird in Punkt 4.6 der Diskussion näher eingegangen.

Nach der Teilnahme an anderen Elterntrainings reduzierten sich somatische Symptome, Angst und Schlaflosigkeit bei Müttern statistisch signifikant (Pisula et al., 2019). Es wurden andere Messinstrumente eingesetzt. Primäres Ziel war die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Eltern durch Psychoedukation, Verhaltenstechniken und kognitive Techniken (Pisula et al., 2019). Diese Reduktion war nach der Teilnahme an NEFTA nicht zu erkennen und kann ebenfalls an dem Bodeneffekt, der geringen Ausgangsbelastung der Stichprobe gelegen haben. NEFTA ist zudem bindungsorientiert und unterscheidet sich somit von dem genutzten Programm.

Eine große Metaanalyse aus dem Jahr 2011 liefert möglicherweise eine potenzielle Erklärung, die auf die vorliegende Studie übertragen werden könnte (Zwi et al., 2011). In der Metaanalyse konnten eine Reduktion der elterlichen Belastung direkt nach Teilnahme an einem Elterntraining festgestellt werden. Die Belastung der Mütter verminderte sich in einer der Studien, in einer Follow-up-Untersuchung drei Monate nach Beendigung des zwölf wöchigen Programms, jedoch noch weiter (Blakemore et al., 1993). Dieses Elterntraining basierte auf Verhaltenstherapie. Im Rahmen des Settings der vorliegenden Studie wurde eine solche Untersuchung aus finanziellen Gründen und aus Rücksichtnahme auf die ursprünglich geplante Wartekontrollgruppe nicht durchgeführt. Möglicherweise würden bei einer Follow-up-Untersuchung der IG, drei Monate nach Ende des Programms, dann Effekte nachweisbar sein.

## **4.2 Anzahl und Intensität von Erziehungskonflikten (Hypothese 2)**

**Ad Hypothese 2: Die Häufigkeit und Intensität von ADHS spezifischen Konfliktsituationen wird postinterventionell innerhalb des Familienkontextes reduziert.**

Auch diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Laut Literatur beeinträchtigt eine erhöhte Anzahl an Konflikten und Problemsituationen das Leben von Familien mit ADHS-Kindern (Wehmeier et al., 2010). Eltern berichten nach Teilnahme an einem ADHS-Training über weniger problematische Situationen im Zusammenhang mit der Nichteinhaltung von Vorschriften durch ihre Kinder, insbesondere bei Hausaufgaben, Mahlzeiten und Interaktionen mit Gleichaltrigen (Ciesielski et al., 2019). Die Anzahl und Intensität der Erziehungskonflikte verbesserten sich in unseren t2 Messungen nach Partizipation am NEFTA-Training nicht statistisch signifikant. Dies könnte auf den geringen Stichprobenumfang zurückzuführen sein. Die Anzahl an Konflikten der Stichprobe weist auf eine klinische Stichprobe mit expansivem Verhalten der Kinder hin. Die Konfliktintensität der Stichprobe liegt prä- und postinterventionell über dem Cut-off-Wert für eine klinische Stichprobe (Morawska und Thompson, 2009).

Erwachsene, die Familienkonflikte erleben, sind psychisch belasteter und weisen psychologische Symptome auf (Knudson-Martin, 2000). Eine Aussage über eine Korrelation von Anzahl an Konflikten und psychischer Belastung der Interventionsstichprobe wurde in unserer Studie nicht untersucht, stellt jedoch einen weiteren interessanten Ansatzpunkt dar und benötigt weitere Forschung.

Merkmale, welche Erziehung und familiäres Umfeld beeinflussen, wie zum Beispiel eine emotionale Instabilität der Eltern, ein geringes Bildungsniveau und ein schlechter Beschäftigungsstatus, scheinen das ADHS-Risiko der Kinder zu erhöhen (Huang et al., 2018). Die an NEFTA teilnehmenden Eltern hatten in circa einem Drittel der Fälle ein abgeschlossenes Fachhochschulstudium, in einem Drittel der Fälle ein abgeschlossenes Universitätsstudium und in einem Drittel der Fälle eine abgeschlossene Berufsausbildung. Würden sie nach den Kriterien einer Studie aus Schottland eingeordnet, gehörten sie am ehesten zur mittleren bis hohen Bildungsschicht (Parkes et al., 2015). Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass aber besonders Eltern mit einem niedrigen oder hohen Bildungsniveaus gestresster in der Kindererziehung sind, als Eltern mit einem mittleren Bildungsniveau. Eltern aus der niedrigen Bildungsschicht sind durch die finanzielle Bedürftigkeit gestresster. Eltern aus einer hohen Bildungsschicht unterliegen großen beruflichen Anforderungen (Parkes et al., 2015). Eltern, welche ein niedriges oder hohes Bildungsniveau haben, könnten durch eine Partizipation an NEFTA besonders profitieren. Der Einbezug von Eltern divergierender Bildungsniveaus stellt einen weitergehenden interessanten Forschungspunkt dar.

Grund für die höhere Anzahl an Erziehungskonflikten sind auch die Geschwister von Kindern mit ADHS. Diese sind allgemein unzufriedener mit ihrer Familiensituation als Kinder aus Kontrollfamilien (Peasgood et al., 2016). Es herrschen mehr Streitigkeiten zwischen ihnen und ihren von einer ADHS betroffenen Geschwistern als bei gesunden Geschwisterkindern. Zudem belästigen von einer ADHS betroffene Kinder ihre Geschwister häufiger und werden umgekehrt auch häufiger von ihren gesunden Geschwistern geärgert (Peasgood et al., 2016). Die Einbeziehung der Geschwister in ein Trainingsprogramm könnte sich deshalb möglicherweise positiv auswirken und zu einer Verbesserung des Familienumfeldes, sowie einer geringeren Anzahl an Problemsituationen führen. Eltern identifizieren sich hochsignifikant stärker mit gesunden Geschwistern. Kinder mit ADHS können so in eine innerfamiliäre Außenseiterstellung geraten (Kendall, 1999). Der Einbezug von Geschwisterkindern stellt einen weitergehenden interessanten Forschungspunkt dar. Dies würde ein auf NEFTA aufbauendes Programm bedeuten bei dem parallel zum Elternprogramm Sitzungen der Kinder und ihrer Geschwister stattfinden könnten.

### 4.3 Psychische Belastung der Eltern (Hypothese 3)

**Ad Hypothese 3: Die psychische Belastung, welche speziell durch die Elternrolle entsteht, wird postinterventionell verbessert.**

Hypothese 3 konnte nicht bestätigt werden. Bei Betrachtung der spezifisch mit der Elternrolle in Zusammenhang stehenden psychischen Belastung der Teilnehmenden, wird zu Beginn des NEFTA-Trainings eine beachtliche Belastung deutlich. Die mit dem Eltern-Belastungsinventar gemessene Belastung, bezieht sich auf die spezifisch durch die Elternrolle entstandene Belastung und ist abzugrenzen von der allgemeinen psychischen Belastung, welche mit der SCL-90-R gemessen wurde. Die einzelnen Skalen spiegeln einen Unterstützungsbedarf der Familien in verschiedenen Bereichen wider. Ein Aufwärtstrend des Gesamtwertes im Kind- und Elternbereich ist deskriptiv erkennbar. Postinterventionell verbesserten sich diese Beschwerden erheblich. Nach Korrektur des durch Mehrfachtestung entstandenen, akkumulierten Alpha-Fehlers waren jedoch keine statistisch signifikanten Besserungen mehr erkennbar. Diese Ergebnisse sind unerwartet, da sich in anderen Studien laut einer Metaanalyse Verbesserungen der psychischen Belastung aufgrund der Elternrolle durch Teilnahme an einem ADHS-Training zeigten (Zwi et al., 2011). Die fehlende statistische Signifikanz kann eventuell auf die geringe Stichprobengröße oder auf einen möglichen schwachen Effekt zurückzuführen sein. Die Erziehungsberechtigten verfügen weiterhin über ungenügende Ressourcen, um die Aufgaben der Kindererziehung und -betreuung zu bewerkstelligen (Tröster, 2011). Weitere Unterstützung und Therapie der TeilnehmerInnen ist angebracht. Vermehrte Verhaltensprobleme bei Kindern stehen im Zusammenhang mit einer erhöhten Belastung bei Müttern. Der psychische Stress hängt von der Schwere der Verhaltensprobleme der Kinder ab. Die beachtliche psychische Belastung der Eltern der Interventionsstichprobe zu Beginn war zu erwarten. Der Umgang und die Wahrnehmung von Stress hängen jedoch mit eigenen Bewältigungsstrategien zusammen (Craig et al., 2016). In Sitzung 13 wird der Umgang mit Stress und die progressive Muskelentspannung nach Jacobson (Bernstein et al., 1992) eingeführt. In Sitzung 14 geht es um die Themen Bewegung, Genuss und wie diese in den Alltag integriert werden können. Diese Themen könnten spezifischer im Training adressiert und erweitert werden. Trotz der fehlenden statistisch signifikanten Besserung der elterlichen Belastung sind die TeilnehmerInnen subjektiv doch zufrieden. 60,7 % gaben an, dass Ihnen NEFTA im Alltag geholfen hat. Bei persönlichen Problemen (64,30%) und bei der eigenen Lebensgestaltung (81,5 %) haben die NEFTA-Sitzungen den TeilnehmerInnen ebenfalls geholfen.

Deskriptiv war eine Verbesserung auf der Skala *Bindung* zu erkennen, diese zeigte einen Trend zur statistischen Signifikanz. Die Teilnahme an NEFTA alleine reichte nicht aus, um einen statistisch signifikanten Unterschied zu erzielen. Es besteht weiterhin die Möglichkeit einer dysfunktionalen Eltern-Kind-Beziehung. Weitere Abklärung zur Genese der Ursache und

Therapieangebote sind angebracht (Tröster, 2011). Trotzdem bestehen Hinweise auf eine klinische Relevanz. 60,7 % sahen die Beziehung zu ihrem Kind gestärkt und fühlten sich durch die Übungen ihrem Kind näher.

Mütter von Kindern mit ADHS stehen grundsätzlich unter größerem Stress in Zusammenhang mit der Elternrolle als Mütter einer Kontrollgruppe mit Kindern ohne ADHS. Interessanterweise beeinflussen mütterliche Charakterzüge den selbstempfundenen Stress. Eine geringe Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus und eine ADHS-Symptomatik bei den Müttern selbst steigern das eigene Stressempfinden (Perez Algorta et al., 2014). Ein möglicher Erklärungsansatz liegt in der Reaktion der Kinder auf das gewissenhafte mütterliche Fürsorgeverhalten. Ein gesundes Kind reagiert meist positiv auf die Erziehungsbemühungen, wohingegen ein von einer ADHS betroffenes Kind häufiger negativ reagiert (Perez Algorta et al., 2014). Organisiertes Verhalten, die optimale Nutzung der Ressource Zeit, die Festlegung eindeutiger Ziele und das Umsetzen dieser Ziele durch Arbeit werden durch den Grad der mütterlichen Gewissenhaftigkeit potenziell positiv beeinflusst (Perez Algorta et al., 2014). Das Erarbeiten neuer Lösungen auf Verhaltensebene wurde in Modul drei des NEFTA-Trainings erläutert.

Die Schwierigkeiten des von einer ADHS betroffenen Kindes, die Vorstellungen der Mutter umzusetzen, können sie frustrieren und ihr Stress wird verstärkt (Perez Algorta et al., 2014). Die postinterventionell weiterhin auffälligen Werte der Skala *Stimmung* weisen auf eine andauernde Beeinträchtigung des emotionalen Gemütszustandes der Kinder hin. Die Kinder sind aus Elternsicht nicht leicht zu beruhigen und stellen erhöhte Anforderungen an die Erziehungsberechtigten (Tröster, 2011). Jedoch gaben in der Evaluation 85,7 % der Eltern an, ihr Kind nach Teilnahme an den Sitzungen besser zu verstehen. Klinisch zeigten sich also subjektive Effekte im elterlichen Empfinden.

Grundsätzlich steht die erhobene psychische Belastung mit dem EBI für die Notwendigkeit einer Unterstützung der Familie. Ein postinterventionell weiterhin auffälliger Wert zeigt also den weiteren Bedarf nach Therapie und Unterstützung dieser Familie. Da sich die Verbesserungen nach dem NEFTA-Training nicht als signifikant erwiesen haben, benötigen die teilnehmenden Familien auch weiterhin Unterstützung in den bereits aufgeführten Bereichen. Da die Datenanalyse anonymisiert erfolgte und einige Zeit in Anspruch nahm (Juni 2014 – September 2015) wurden die Eltern nach Ablauf der Studie nicht mehr kontaktiert, um ihnen Hilfe anzubieten. Während der Sitzungen wurden bei Bedarf jedoch Kontakte zu Mitgliedern des Qualitätszirkels ADHS, einem Arbeitskreis der KinderärztInnen und Kinder- und JugendpsychiaterInnen sowie kommunaler VertreterInnen im Rhein-Kreis Neuss, hergestellt.

Über die Möglichkeit dieser weitergehenden Unterstützung einzelner Familien waren auch die GruppenleiterInnen informiert.

#### **4.4 Elterliches emotionales Erleben bzw. emotionale Kompetenz (Hypothese 4)**

**Ad Hypothese 4: Nach Teilnahme an NEFTA wird das elterliche Erleben von Emotionen bzw. die emotionale Kompetenz verbessert.**

Hypothesen 4 konnte nicht bestätigt werden. Im Verhältnis zu gesunden Erwachsenen zeigten die Eltern der NEFTA-Intervention bei der SEE keine überdurchschnittlichen Werte. Diese Ergebnisse sind anders als erwartet, da sich Mütter in der Literatur besonders unzufrieden in ihrer Rolle fühlen, wenn sie Kinder mit ADHS haben. Diese Unzufriedenheit korreliert mit dem Schweregrad der Verhaltensprobleme der Kinder (Podolski und Nigg, 2001).

Die Skala *Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen* zeigte allerdings nach Teilnahme an dem Gruppentraining eine statistisch signifikante Verminderung. Diese steht für eine Distanzierung der Teilnehmenden von ihrem eigenen Körper. Beim Treffen von Entscheidungen wird nach NEFTA weniger auf körpereigene Signale geachtet. Die Verbundenheit von Körper und Seele wird nicht deutlich wahrgenommen. Dieses Ergebnis ist unerwartet und widerspricht der aufgestellten Hypothese. Es kann zufallsbedingt aufgetreten sein. Es könnte jedoch auch sein, dass die TeilnehmerInnen sich im Laufe von NEFTA das erste Mal intensiv mit ihren Gefühlen beschäftigten und es daher noch zu dieser Inkongruenz kommt.

Die Skala *Erleben von Emotionsüberflutung* zeigte ebenfalls eine Reduktion. Das bedeutet, dass sich die Befragten von ihren eigenen Emotionen nicht mehr überwältigt fühlen, sondern diese akzeptieren. Eltern von Kindern mit ADHS nutzen mehr Strategien zur Emotionsregulation als Eltern von Kindern ohne ADHS (Shenaar-Golan et al., 2017). Eine Verbesserung der Skala *Erleben von Emotionsregulation* mit einem Trend zur Signifikanz zeigt, dass sich die Interventionsstichprobe nach Teilnahme an NEFTA eher dazu in der Lage fühlt, die eigenen wahrgenommen Emotionen zu kontrollieren und sich selber zu beruhigen.

#### **4.5 Elterliche Sensitivität (Hypothese 5)**

**Ad Hypothese 5: Die elterliche Sensitivität wird postinterventionell verbessert.**

Hypothese 5 konnte nicht bestätigt werden. Die fehlende Auffälligkeit der Werte der Interventionsstichprobe waren unerwartet, da ADHS-Symptome der Kinder mit einer geringen



Feinfühligkeit der Eltern einhergehen (Schloß et al., 2015). Es konnte zwar jede einzelne Skala des PS-SRQ deskriptiv eine Verbesserung vorweisen, mit der ANOVA wurden jedoch keine signifikanten Werte erreicht. Es kann postinterventionell keine statistisch signifikante Verbesserung der elterlichen Sensitivität belegt werden.

Die Kernsymptome der ADHS führen zu Problemverhalten der Kinder, sie haben beispielsweise Schwierigkeiten bei der Organisation gewisser Prozesse, Priorisierung oder Planung von Aufgaben, schieben häufiger erwartete Projekte auf und reagieren emotional impulsiv. Aus Elternsicht beeinträchtigen diese Probleme die Gehorsamkeit der Kinder. Die Entwicklung dysfunktionaler Kognitionen, wie ein vermindertes Gefühl der Effizienz und Demoralisierung in der Elternrolle kann folgen und zu einer verringerten Motivation der Eltern und möglicherweise zu Stimmungsstörungen wie Wut oder schlussendlich Depression führen (Johnston et al., 2012, Sonuga-Barke et al., 2002). Mütter von Jugendlichen mit ADHS fühlen sich aufgrund der Schwierigkeiten ihrer Kinder in ihrer Elternrolle eingeschränkt, fühlen sich schuldig und inkompetent (Wiener et al., 2016). Sie führen weniger zufriedenstellende Beziehungen zu ihren Partnern und Freunden als Mütter von Kindern ohne ADHS (Wiener et al., 2016).

Die Skala *Bestrafung* zeigte präinterventionell leicht überdurchschnittliche Werte. Mit dieser Skala wird ein Sensitivitätskonstrukt erhoben. Die Skala erfasst die Adäquatheit der elterlichen Reaktion auf die Wahrnehmung der kindlichen Signale. Genauer bedeutet dies, dass die teilnehmenden gestressten Eltern sich weniger sensitiv ihren Kindern gegenüber verhalten. Eltern, welche ihr Kind als schwierig beschreiben, verhalten sich weniger sensitiv, da die kindlichen Bedürfnisse schwieriger erkannt werden und nicht angemessen darauf reagiert werden kann (Hänggi et al., 2010). Eltern von Kindern mit ADHS ziehen sich sozial eher zurück, sind ängstlicher und depressiver (Craig et al., 2016). Sie haben Schwierigkeiten bei der Erfüllung der elterlichen Rolle, was größere Spannungen in der Eltern-Kind-Beziehung zur Folge hat (Craig et al., 2016). Es war also zu erwarten, dass die Skala *Bestrafung* in der Interventionsstichprobe auffällige Wert erbringt.

#### **4.6 Elterliche Lebenszufriedenheit (Hypothese 6)**

**Ad Hypothese 6: Nach Teilnahme an NEFTA wird die Lebenszufriedenheit der teilnehmenden Eltern verbessert.**

Hypothese 6 wurde widerlegt. Auf der Skala *allgemeine Lebenszufriedenheit* war deskriptiv eine Verbesserung zu erkennen. Der Bodeneffekt könnte Ursache für die fehlende statistisch signifikante Besserung der erhobenen Befunde in unserer Studie sein. Die Lebenszufriedenheit

der Eltern, gemessen mit dem FLZ und verglichen mit der Normstichprobe der Frauen, lag in einem durchschnittlichen Bereich. Dies ist insofern unüblich, da etliche wissenschaftliche Artikel die reduzierte Lebensqualität von Eltern mit von einer ADHS betroffenen Kindern aufzeigen (Cappe et al., 2017, Andrade et al., 2016, Lange et al., 2005, Telman et al., 2017). Die Skalen *Gesundheit, Arbeit und Familie, Finanzielle Lage* und *Wohnung* veränderten sich erwartungsgemäß nicht.

Die TeilnehmerInnen dieser Studie gehörten einem hohen sozialen Status an, was im Gegensatz zu anderen Studien mit Eltern von Kindern mit ADHS steht (Schlack et al., 2014). In der Regel haben die Eltern einen niedrigen sozioökonomischen Status und ein niedriges Einkommen (Madsen et al., 2018). Sie haben einen niedrigen Bildungsstand und sind häufiger alleinerziehend, wie eine Metaanalyse zeigt (Russell et al., 2016). Finanziell belastete Eltern zeigen Schwierigkeiten in ihrer eigenen Emotionsregulation und reagieren weniger sensibel auf die Bedürfnisse ihrer Kinder (Shaffer und Obradovic, 2017). Die teilnehmende Stichprobe war diesbezüglich nicht ausreichend repräsentativ. Eine Erklärung für die durchschnittlichen Ergebnisse der Lebensqualität zu Beginn der Studie könnte auch sein, dass Eltern mit einem höheren sozioökonomischen Status geringere Belastungswerte aufweisen als Eltern mit einem niedrigen Bildungsstand, Alleinerziehende und arbeitslose Eltern (Azazy et al., 2018). Trotzdem gibt es Hinweise auf eine reduzierte elterliche Lebensqualität trotz Behandlung der kindlichen ADHS (Xiang et al., 2009).

Auf der Skala *Sexualität* zeichnete sich eine positive Entwicklung ab. Diese ist statistisch signifikant. Die teilnehmenden Eltern harmonisieren nach der Teilnahme an NEFTA sexuell mehr als Paar. Dies ist insofern erfreulich, als dass Eltern von Kindern mit einer ADHS in ihrer Partnerschaft unzufriedener sind, eine destruktive Kommunikation miteinander pflegen und ihre Zuneigung, bzw. sexuelle Anziehung geringer ist, als bei Eltern einer Vergleichsgruppe (Sochos und Yahya, 2015). Eine ängstlich vermeidende Bindung der Partner moderiert dieses Verhalten (Sochos und Yahya, 2015). Bestätigt wird dies durch die Ergebnisse dieser Studie. Eine Teilnahme an einem bindungsorientierten Gruppenprogramm kann sich positiv auf die Partnerschaft auswirken.

#### **4.7 Elterliches Kompetenzgefühl (Hypothese 7)**

**Ad Hypothese 7: Postinterventionell wird das elterliche Kompetenzgefühl verbessert.**

Die Hypothese konnte bestätigt werden. Speziell Eltern in Familien mit von einer ADHS betroffenen Kindern erleben ihre Erziehung als negativer und ihre Elternschaft als unwirksamer und undisziplinierter (Wymbs et al., 2017). Die subjektiv empfundene Elternkompetenz (FKE,

Skala *Selbstwirksamkeit*) wird durch die Teilnahme am NEFTA-Programm statistisch signifikant verbessert. Dieser Effekt ist nicht ungewöhnlich, da sich die Partizipation an einem Therapieprogramm erfolgreich auf die subjektive Elternkompetenz auswirkt (Coles et al., 2010, Lee et al., 2012).

Die Interventionsstichprobe der Studie hat eine gewisse Vorbildung zum Thema ADHS. Wie den soziodemografischen Daten der Stichprobe zu entnehmen ist, gaben 88,9 % der Mütter und 100 % der Väter an, dass ihre Kinder oder sie selbst derzeit eine Therapie der ADHS erhalten oder diese bereits abgeschlossen ist. Darunter zählten Psychotherapie, Ergotherapie, medikamentöse Behandlung und sonstige Therapiemaßnahmen. Bei aktueller Teilnahme an anderen Gruppentrainings wurden die Eltern aus der Studie ausgeschlossen. Nicht bei bereits absolvierten Gruppentrainings. Ein im Rhein-Kreis Neuss weitverbreitetes Therapieprogramm ist beispielsweise ein neuropsychotherapeutisches ADHS-Training (ETKJ ADHS), welches auf reine Psychoedukation setzt. Es vermittelt den Eltern die neurobiologischen Hintergründe der Störung und soll somit die Akzeptanz des eigenen Kindes fördern. Die Eltern werden von Schuldgefühlen entlastet, indem eine neurobiologische Erklärung gegeben wird (Neuhaus et al., 2009). Dies kann ein richtiger Ansatz sein, da elterliche Gefühle der Überforderung und Insuffizienz zu einer ablehnenden Haltung gegenüber dem eigenen Kind führen können. Beeinträchtigte Beziehungsqualitäten zwischen Eltern und Kind werden im Zusammenhang mit Ausschlusstendenzen gegenüber dem eigenen Kind beschrieben (Buhrmester et al., 1992). Dieses Vorgehen kann allerdings auch die Abwehr eigener Schuldgefühle fördern. Es steht keine wissenschaftliche Evaluation des ETKJ ADHS zur Verfügung (Jans, 2010). Die Förderung der Selbstwirksamkeit fehlt in diesem Programm. Herausforderungen im Umgang mit dem Kind aus eigener Kraft zu lösen ist jedoch eines der Prinzipien des NEFTA-Programms. Die Skala *Selbstwirksamkeit* zeigte bei der Interventionsstichprobe nach Teilnahme an NEFTA eine signifikante Verbesserung. Eltern, die also an zwei Therapieprogrammen mit differierenden Prinzipien teilnehmen, können einen Widerspruch zur Ätiologie von ADHS wahrnehmen. Dies wurde zumindest von einem Elternpaar während der t2 Messung mündlich geäußert.

#### **4.8 Kindliches Problemverhalten (Hypothese 8)**

**Ad Hypothese 8: Nach Ende des Gruppenprogramms wird eine positive Veränderung des Problemverhaltens bei den Kindern der an NEFTA teilnehmenden Eltern erwartet.**

Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten, die in einem direkten Zusammenhang mit der ADHS-Symptomatik stehen, wurden präinterventionell

erwartungsgemäß auffällig durch die Eltern beschrieben. Das kindliche Problemverhalten (SDQ) wies überdurchschnittlich auffällige Werte auf, speziell auf den Skalen *Verhaltensprobleme*, *Hyperaktivität* und *emotionale Probleme*. Dies ist nicht unüblich, da Verhaltensprobleme, soziale Probleme und intellektuell niedrigere Leistungen bei Kindern mit ADHS bekannt sind (Efron et al., 2014). Schulische Leistungen und das Verhalten gegenüber anderen wurden von Eltern bereits in anderen Studien als problematisch eingeschätzt (Bastiaansen et al., 2004, Daley und Birchwood, 2010).

Die Skala *emotionale Probleme* des SDQ verbesserte sich zu t2 signifikant. Die Kinder spüren also weniger Angst und Bedrücktheit. Bereits in anderen Studien konnte gezeigt werden, wie der kindliche Selbstwert durch eine Teilnahme an einem ADHS-Training steigen kann (Frame et al., 2003). Es gibt jedoch Berichte, dass Kinder mit einer ADHS ihr problematisches Verhalten zwar erkennen und spüren, sie es jedoch nicht in ihrer Kontrolle und es selbst auch nicht immer als störend empfinden (Kaidar et al., 2003).

#### **4.9 ADHS-Symptomatik aus Elternsicht (Hypothese 9)**

**Ad Hypothese 9: Postinterventionell wird die ADHS-Symptomatik der Kinder aus Elternsicht reduziert.**

Eine überdurchschnittliche ADHS-Symptomatik (DISYPS FBB-ADHS) war zu erwarten, da nur Kinder mit einer bestätigten ADHS-Diagnose an NEFTA teilnehmen konnten. Eltern von Kindern mit einer ADHS sind häufig selbst von der Störung betroffen. Dies begrenzt die Verbesserungen, die durch ein Gruppentraining entstehen können, erheblich. Eine Studie aus Hampshire in England, welche 83 dreijährige Kinder und ihre Mütter untersuchte, erbrachte folgende Ergebnisse: Kinder, welche Mütter mit hoher eigener ADHS-Symptomatik hatten, zeigten keine Verbesserung der eigenen Symptomatik, nachdem die Mütter an einem Elternteraining teilgenommen hatten. Kinder, welche Mütter mit niedriger oder mittlerer eigener ADHS-Symptomatik hatten, zeigten deutlich niedrigere ADHS-Symptome, nachdem die Mütter an einem Elternteraining teilgenommen hatten (Sonuga-Barke et al., 2002). Die Behandlung der elterlichen ADHS kann also eine Voraussetzung für den Erfolg psychosozialer Interventionen im Kindesalter sein (Steinhausen et al., 2013, Forehand et al., 2017). Beinhaltet das multimodale Therapiekonzept auch die Behandlung der Mütter, ergibt sich eine Verbesserung der mütterlichen ADHS (Jans et al., 2015). Ob eine ADHS der Eltern den Verlauf der Entwicklung der ADHS-Symptome der Kinder beeinflusst, ist noch nicht eindeutig geklärt. Untersuchungen derselben Arbeitsgruppe weisen zunächst darauf hin (Agha et al., 2013). In einer Folgestudie mit geringer Fallzahl der gleichen Arbeitsgruppe zeigten sich jedoch keine

Unterschiede in der Entwicklung der Symptomatik von Kindern mit ADHS, auch wenn die Mütter selbst ADHS hatten (Agha et al., 2017). In unserer Untersuchung wurden die Eltern nicht selbst auf ADHS-Symptome getestet. Eine mögliche ADHS-Diagnose der Eltern selbst sollte in weiterer Forschung betrachtet werden.

#### **4.10 Störungen des Sozialverhaltens (Hypothese 10)**

**Ad Hypothese 10: Nach Teilnahme der Eltern an NEFTA wird eine Reduktion des kindlichen oppositionell-aggressiven Verhaltens, des dissozial-aggressiven Verhaltens und ein Anstieg des prosozialen Verhaltens erwartet.**

Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Die überdurchschnittlich auffälligen Werte des Fragebogens (DISYPS FBB-SSV) waren zu erwarten, da aggressives Verhalten und oppositionelles Trotzverhalten als häufigste Komorbiditäten gelten können (Witthöft et al., 2010, Connor et al., 2010). Bei Kindern mit einem hohen Maß an Aggressivität in früher Kindheit persistiert diese häufiger auch im späteren Leben und ist mit einer ungünstigen Prognose vergesellschaftet (van Lier und Crijnen, 2005).

Der Gesamtwert des DISYPS FBB-SSV und die Skala *oppositionell-aggressives Verhalten* verbesserten sich mit einem Trend zur Signifikanz, sodass von einer Verbesserung des von Eltern als stark negativ beschriebenen Sozialverhaltens der Kinder ausgegangen werden kann. Diese Verbesserungen sind erfreulich, da ein oppositionell-aggressives Verhalten der Kinder mit ADHS eine geringe Eltern-Kind-Bindung und ein hohes Maß an elterlicher Belastung zur Folge haben können (Schwörer et al., 2018). Zudem korrelieren die oppositionelle Symptomatik der Kinder mit ADHS mit einer negativen Eltern-Kind-Beziehung, weniger mütterlicher Wärme und ablehnenden Kommentaren der Eltern (Schloß et al., 2015). Die elterliche Sorge den kindlichen Bedürfnisse nicht zu entsprechen scheinen mehr mit dem oppositionell-aggressiven, als mit dem unaufmerksamen oder hyperreaktiven Verhalten der Kinder zusammen zu hängen (Schwörer et al., 2018). 85,7 % der TeilnehmerInnen gaben nach den NEFTA-Gruppensitzungen an ihr Kind besser zu verstehen. Klinisch scheinen die Eltern nach Teilnahme an NEFTA die Bedürfnisse ihrer Kinder besser zu verstehen.

Es existiert eine aktuell durchgeführte Multicenter Studie aus Deutschland, in welcher prädiktive Faktoren auf das Behandlungsergebnis einer ADHS-Verhaltenstherapie untersucht wurden. Es nahmen von einer ADHS betroffene Mütter mit ihren Kindern teil und es zeigte sich, dass Kinder von Müttern mit einer komorbiden Depression weniger Behandlungserfolge zeigten, als Kinder von Müttern einer Kontrollgruppe. Selbst erkrankte Mütter brauchen also

deutlich mehr Unterstützung und im speziellen eine Behandlung ihrer eigenen psychiatrischen Erkrankung, um eine Verhaltensänderung ihrer Kinder zu bewirken (Jaite et al., 2019).

#### **4.11 Leistungsmaße der Kinder (Hypothese 11)**

**Ad Hypothese 11: Die Daueraufmerksamkeit und Flexibilität der Kinder wird nach Teilnahme der Eltern an NEFTA verbessert.**

Diese Hypothese konnte ebenfalls nicht bestätigt werden. Die kognitiven Leistungen der Kinder wurden mit der KiTAP gemessen. Leider existieren keine Normwerte. Eine Einschätzung der kindlichen Leistung in *Flexibilität* und *Daueraufmerksamkeit* präinterventionell ist somit nicht möglich. Postinterventionell zeigte sich keine Verbesserung in den gemessenen Maßen (Auslassungen, Fehler, Flexibilität). Eine Beurteilung der kognitiven Leistung und eine mögliche Veränderung durch Teilnahme an dem NEFTA-Training sind somit nicht möglich. Kinder mit ADHS zeigen oft schulische Leistungsschwächen. Es gibt erste Hinweise, dass dies hauptsächlich an der Unaufmerksamkeit und den kognitiven Defiziten liegt. Die Hyperaktivität und Impulsivität scheinen eine untergeordnete Rolle zu spielen (Daley und Birchwood, 2010). In zukünftiger Forschung sollte dieser Aspekt weiter untersucht werden. Die akademischen Leistungen von Kindern verbessern sich langfristig deutlich, wenn die Kinder multimodal behandelt werden. Dies ist bereits mit ähnlichen Leistungstestungen gezeigt worden (Arnold et al., 2020).

Es bleibt ungeklärt, ob die Kinder während der Messungen unter Medikation standen. Aktuell besteht ein Trend zur pharmakologischen Behandlung der ADHS, allerdings ohne verlässliche Daten zu Langzeitfolgen und Sicherheit (Franz, 2015, Groenman et al., 2017, Golmirzaei et al., 2016). Diese potenzielle Medikation während der Testung ist kritisch in der Beurteilung der Wirksamkeit des NEFTA-Trainings. Stimulanzien verbessern die Aufrechterhaltung von Aufmerksamkeit, die intellektuelle Kapazität und das Gedächtnis (Busardò et al., 2016, Elliott et al., 2017). Die Leistungen des Arbeitsgedächtnisses gleichen sich unter bestehender Medikation mit Stimulanzien denen einer Vergleichsgruppe an (Bilder et al., 2016, Maul und Advokat, 2013). Allgemein verbessert sich durch eine Medikation mit Stimulanzien die schulische Leistung. Es existiert wenig Literatur, ob diese Veränderungen auch langfristig aufrechterhalten werden (Baweja et al., 2015). Grundsätzlich ist eine potenzielle Medikation kritisch einzustufen, auch für das moralische Selbstverständnis der therapierten Kinder (Singh, 2007). Ein Elternpaar der Intervention umging dieses Problem konkret, indem sie ihrer Tochter erzählten, sie nähme jeden Tag Vitaminpräparate ein. Der Grad der elterlichen Belastung ist dabei unabhängig davon, ob Kinder unter Medikation stehen oder nicht. Die gegebene

Medikation vermindert zwar die Kernsymptome der ADHS, die Eltern stehen aber weiterhin unter Stress (Bauer et al., 2019).

Die Tests wurden überdies zu t1 und t2 nicht zeitgleich durchgeführt. Die Messungen fanden den gesamten Tag über statt. Es kann sein, dass Kinder zu t1 an einem Vormittag teilnahmen und zu t2 an einem Nachmittag. Die Aufmerksamkeitsspanne und Leistungsfähigkeit dieser Kinder im Allgemeinen könnte sich aufgrund der Tageszeit unterscheiden haben. Dies war aus organisatorischer Sicht nicht anders lösbar. Für die t1 und t2 Testungen wurden in Neuss Räume angemietet. Örtlich und zeitlich gab es nur eine begrenzte Kapazität für die Testungen, sodass die genaue Uhrzeit der t1 Testung nicht auf die t2 Testung repliziert werden konnte.

#### **4.12 Lebensqualität der Kinder (Hypothese 12)**

**Ad Hypothese 12: Nach Ende des NEFTA-Programms wird eine Verbesserung der kindlichen gesundheitsbezogenen Lebensqualität erwartet.**

Hypothese 12 konnte bestätigt werden. Präinterventionell zeigte sich eine unterdurchschnittliche Lebensqualität der Kinder ab dem siebten Lebensjahr, gemessen mit dem Kid-KINDL. Dies war zu erwarten, da die Lebensqualität von Kindern mit ADHS als reduziert gilt (Coghill und Hodgkins, 2016, Coghill et al., 2017, Houck et al., 2011). Postinterventionell ließen sich Verbesserungen der Skalen erkennen. Auf die Auswertung des Kiddy-KINDL für Kinder unter sieben Jahren wurde aufgrund der geringen Fallzahl (N=3) verzichtet.

Eine mit der Behandlung in Zusammenhang stehende Reduktion der ADHS-Symptomatik geht mit einer Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einher (Matza et al., 2004). Die erhobenen Ergebnisse unterstützen diese Befunde. Aus Sicht der Eltern reduzierten sich die Messwerte, welche eine kindliche Belastung darstellten, durch das NEFTA-Training signifikant. Die Skalen *Psychisches Wohlbefinden*, *Freunde* sowie der Gesamtwert des KINDL Fragebogens zeigen eine signifikante Steigerung des kindlichen Wohlbefindens auf. Insgesamt ist eine Verbesserungen auf sechs der acht Skalen erkennbar. Die Verbesserung der Skala *Freunde* ist insofern erfreulich, da soziale Interaktionen mit Gleichaltrigen als großes Problem von Kindern mit ADHS gelten. Regelmäßig resultieren Zurückweisung und schlussendlich soziale Isolation (De Boo und Prins, 2007). Soziale Probleme bei ADHS sind in erster Linie auf inkonsistente Leistungen und nicht auf mangelnde soziale Kenntnisse oder Fähigkeiten zurückzuführen. Die Kinder kennen die Normen, können sie aber nicht umsetzen (Aduen et al., 2018).

Die kindliche Lebensqualität muss jedoch nicht nur aus der Beurteilung der Eltern geschlossen werden. Die teilnehmenden Kinder wurden selbst befragt, da sich bereits valide Ergebnisse aus solch einer Betrachtung ergeben haben. Kinder konnten in anderen Studien Schwierigkeiten selbst erkennen und sie benennen (Lee et al., 2019). Nichtsdestotrotz ist die Aussagekraft dieser Selbstberichte eingeschränkt. Es scheint als gäbe es größere Gemeinsamkeiten in der Beurteilung durch Kinder und Eltern bei Themen, welche die körperliche Beeinträchtigung betreffen. Bei der Betrachtung der psychischen Gesundheit unterscheiden sich Kinder- und Elternurteil deutlich. Eltern bewerten die kindliche Lebensqualität schlechter als die Kinder selbst (Galloway und Newman, 2017, Al-Habib et al., 2019), was konsistent zu unseren Befunden ist.

Die Selbstbeurteilungsversion des KINDL zeigte bei unserer Messung eine Verbesserung des Gesamtwertes, war jedoch auf keiner Subskala signifikant. Erklärungen für diese Diskrepanz gibt es einige. An der NEFTA-Studie nahmen Eltern, Kinder und teilweise auch Fachkräfte teil. Einige Kinder hatten mit Eltern über die t1 Testung gesprochen, andere nicht. Möglicherweise waren Kinder besorgt, ihre Eltern oder Lehrer würden ihre Antworten sehen und beantworteten die Fragen nicht wahrheitsgemäß, um niemanden zu beunruhigen. Die Fragebögen wurden zusammen mit den Mitarbeitern des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Düsseldorf ausgefüllt. Eventuell schämten sich die Kinder auch oder antworteten aus Selbstschutz sozial erwünschter (Ohan und Johnston, 2002, Hoza et al., 2004). Kinder mit ADHS leiden unter Impulsivität, Aufmerksamkeitsdefiziten und Hyperaktivität. Zu der t1 und der t2 Testung mussten die Eltern eine große Anzahl an Items beantworten. Die Kinder warteten streckenweise. Bei einer Reihe von Aufmerksamkeitstests und zu beantwortenden Fragen erschien es den Kindern eventuell zweckdienlich die Fragen schnellstmöglich zu beantworten und nicht lange über einzelne Punkte nachzudenken. Ihre Konzentration könnte nachgelassen haben. Diese Antworttendenz könnte die Validität der erhobenen Ergebnisse reduzieren.

#### **4.13 Dropouts**

Insgesamt brachen 27 von 45 Müttern und 21 von 25 Vätern (zu Beginn des Screenings) die Gruppenteilnahme vorzeitig ab, wie der Stichprobenrekrutierung zu entnehmen ist. Auf Seiten der Väter gab es noch vier Einsteiger. Bei genauerer Betrachtung waren die TeilnehmerInnen im Mittel etwas jünger als die verbliebenen Eltern. Es fehlte häufiger an einer abgeschlossenen Berufsausbildung und die Schulbildung war im Mittel geringer als die der teilnehmenden Eltern. Ein möglicher Erklärungsansatz liegt in der Heritabilität der Erkrankung. Eltern sind oft selbst von der Erkrankung betroffen. Dies erschwert die Teilnahme in Kombination mit einer



geringen Bildung zunehmend (Pauli-Pott et al., 2017, Babinski et al., 2016). In anderen Studien zeigten sich ebenfalls hohe Dropout Raten. Bei einer telefonassistenten Untersuchung des Selbsthilfeprogramms „Wackelpeter & Trotzkopf“ (Döpfner et al., 2011) lag die Dropout Rate bei 30 % (Dose et al., 2017). Die Autoren schließen aus der Anzahl und der Analyse der Dropouts, dass ihr Programm eventuell eher für Eltern aus gehobenen Bildungsschichten angemessen ist. Auch bei der Untersuchung des wir2 Bindungstrainings (Franz, 2009) zeigte sich eine hohe Dropout Rate von 48 % (Franz et al., 2010).

Drei Familien schieden aus, weil weitere Diagnostik während der Gruppensitzungen erfolgte und bei den Kindern keine ADHS vorlag. Eine Erklärung liegt in der Rekrutierung für diese Studie. Unter anderem wurden Grundschulen und Kindertagesstätten des Rhein-Kreises Neuss informiert. Der erste Kontakt fand dort über LehrerInnen und ErzieherInnen statt. Würden die ADHS-Prävalenzraten in Deutschland basierend auf dem Lehrerurteil errechnet, würde bei 17,8 % aller Grundschulkindern eine ADHS diagnostiziert. Diese liegt weit über den tatsächlichen Raten (Baumgärtel et al., 1995). 90,7 % der teilnehmenden Personen wünschten sich tatsächlich auch Unterstützung bei der Erziehung des Kindes mit ADHS. Dies könnte ein weiterer Hinweis darauf sein, dass die Teilnahme an NEFTA in ungefähr 10 % der Eltern durch LehrerInnen und ErzieherInnen initiiert wurde.

Die ausgeschiedenen Eltern beurteilten die Verhaltensprobleme ihrer Kinder weniger auffällig als die Eltern der IG. Sie schätzten das dissozial-aggressive Verhalten ihrer Kinder als weniger problematisch ein. Der Gesamtwert des DISYPS-SVV war bei der IG höher als bei den ausgeschiedenen Eltern. Eventuell beurteilten sie die Notwendigkeit ihrer Teilnahme am NEFTA-Programm geringer. Der zeitliche Aufwand und die emotionale Arbeit, welche das Programm mit sich bringt waren ihnen eventuell zu groß.

Kinder von Eltern mit ADHS haben ein höheres Risiko ebenfalls auffällig zu sein. 64 % der Eltern mit ADHS hatten ein Kind mit ADHS, 15 % der Eltern hatten zwei oder mehr Kinder mit ADHS (Minde et al., 2003). Von einer ADHS betroffene Mütter haben größere Probleme mit dem Erkennen der kindlichen Bedürfnisse, sie zeigen weniger Disziplin in der Kindererziehung und sind weniger effektiv bei Problemlösungen, wie in einer Metaanalyse deutlich wird (Park et al., 2017). Grundsätzlich zeigen Eltern, welche selbst von einer ADHS betroffen sind, geringere Behandlungserfolge als gesunde Eltern (Murray und Johnston, 2006). Zudem sind ADHS-Betroffene selbst emotional instabil, was mit der Schwere der ADHS-Symptomatik korreliert (Sobanski et al., 2010). Wie bereits erwähnt, war es uns aus Kostengründen nicht möglich auch die Eltern selbst auf ADHS-Symptome zu testen.

Es gab signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich des Konsums von Suchtmitteln. Die ausgeschiedenen Eltern rauchten häufiger als die Eltern der IG. Erwachsene

mit ADHS zeigen höhere Raten an Substanzmissbrauch, Nikotin- und Alkoholmissbrauch als Vergleichsgruppen (Harstad und Levy, 2014, Dirks et al., 2017). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede der psychometrischen Testwerte zwischen der Interventionsgruppe und den Dropouts. Das Ausscheiden scheint nicht mit der psychischen Belastung der TeilnehmerInnen zusammen zu hängen.

In die endgültigen Datenanalysen wurden 18 Mütter und nur 8 Väter einbezogen, obwohl sich 88,9 % aller Teilnehmenden in einer festen Partnerschaft befanden. Die Vorbildfunktion des Vaters scheint bei Kindern mit ADHS jedoch eine ausdrückliche Rolle zu spielen. Väter bewerten ihre Reaktion auf die negativen Emotionen ihrer von einer ADHS betroffenen Kinder als weniger unterstützend, trotzdem bewerten sie ihr Verhalten wirksamer als Väter einer Vergleichsgruppe von Kindern ohne ADHS (Joseph et al., 2018). Es wäre wünschenswert gewesen, wenn beide Elternteile an NEFTA teilgenommen hätten. In der Konzeptionierungsphase des NEFTA-Manuals wurde zeitweise an einer Sitzung zum Thema Vater-Kind-Beziehung gearbeitet, diese Sitzung jedoch nicht eingeführt um den zeitlichen Rahmen (15 Sitzungen) einzuhalten. Diese Thematik könnte bei erneuter Durchführung des Gruppenprogramms implementiert werden.

Eine Optimierung der Paarbeziehung kann dafür sorgen, dass Kinder eine positive Modellvorstellung von elterlichen Beziehungen übernehmen. Ein positives Familienklima ist bei Konfliktlösungen förderlich und resultiert in einer kooperativen Erziehungsweise der Eltern. Eltern gehen insgesamt sensibler auf kindliche Bedürfnisse ein, wenn sie emotional nicht von einer konflikthaften Paarbeziehung belastet werden (Zemp, 2018).

#### **4.14 Kritische Betrachtung des methodischen Vorgehens**

Verschiedene Aspekte der durchgeführten Studie verdienen kritische Würdigung. Die durchgeführten Testungen beziehen trotz anfänglich zahlreicher ScreeningteilnehmerInnen leider nur eine geringe Anzahl an Teilnehmenden in die Berechnungen mit ein. Die TeilnehmerInnen entsprechen nicht den üblichen Eltern von Kindern mit ADHS, wie bereits in Punkt 4.6. erläutert wurde. Da multiple Testungen durchgeführt wurden, um verschiedene Zielgrößen zu erfassen, wurde eine Adjustierung des Alpha-Fehlers nach Jain (2007) durchgeführt. Diese reduzierte das Signifikanzniveau deutlich, sodass anfänglich signifikante Ergebnisse nicht standhalten konnten. Zusätzlich gab es eine unerwartet hohe Anzahl an Dropouts, welche aus verschiedenen Gründen das Training nicht beendeten. Außerdem fehlt eine randomisierte klinische Kontrollgruppe.

Die Teilnehmenden besaßen ein gewisses Maß an themenbezogener Vorbildung, wie den soziodemografischen Daten zu entnehmen ist. Es gibt Hinweise, dass Eltern mit einem höheren Wissensstandard über ADHS, das heißt Eltern die bereits Therapie erhalten haben, weniger gestresst sind als Eltern ohne Vorkenntnisse (Harrison und Sofronoff, 2002).

PädiaterInnen der Stadt Neuss wiesen uns im Rahmen des Qualitätszirkels ADHS, einem Arbeitskreis der KinderärztInnen und Kinder- und JugendpsychiaterInnen sowie kommunaler VertreterInnen im Rhein-Kreis Neuss darauf hin, dass Eltern mit ADHS die Screening Fragebögen intellektuell zu anspruchsvoll finden könnten und sie möglicherweise bereits deswegen abgeschreckt wurden. Insgesamt füllten die Eltern zahlreiche Fragebögen aus, sodass einige Eltern zum Ende der Befragung die Motivation verloren haben könnten.

Bei der Erhebung der Leistungsmaße der Kinder wurde nicht ausreichend differenziert, ob diese möglicherweise Pharmakotherapie erhalten hatten, welche im Zeitraum der Leistungstests wirkte. Ein Absetzen der Medikation zum Testzeitpunkt wäre ethisch allerdings nicht vertretbar gewesen. Eine Datenerhebung unter stationär behandelten ADHS betroffenen Kindern zeigte, dass nur rund 43 % der Probanden keine medikamentöse Therapie erhielten (Stegmann et al., 2015). Erziehungsberechtigte empfinden das Verhalten ihrer Kinder stabiler, wenn sie medikamentös behandelt werden (Johnston und Leung, 2001).

Mit jeder Methodik der Befunderhebung gehen Vorteile und Nachteile einher. Bei der Datenerhebung wurde Wert auf standardisierte und evaluierte Fragebögen gelegt. Die Auswertung ist einfach, die Vergleichbarkeit mit anderen Studien gegeben und es sind meist Normwerte vorhanden. Der DISYPS FBB-ADHS ist jedoch eigentlich für Kinder ab 11 Jahren gedacht, an unserer Studie nahmen allerdings jüngere Kinder teil. Diese Tatsache könnte die Auswertbarkeit der erhobenen Daten reduzieren.

Aus organisatorischen Gründen wurde auf die Durchführung einer Wartekontrollgruppe verzichtet. Dies ist dem Machbarkeitsdesign unter naturalistischen Bedingungen der Studie geschuldet. Die gemessenen Effekte können somit nicht eindeutig dem NEFTA-Training zugeordnet werden. Auf die Wartekontrollgruppe wurde auch verzichtet, um den Eltern schnellstmöglich die geforderte Hilfe zukommen zu lassen. Dies wurde von den Eltern positiv aufgenommen und im Sinne der Machbarkeitsstudie bzw. naturalistischen Interventionsstudie so akzeptiert.

Positiv zu erwähnen ist die Mitarbeit der Stadt Neuss und des Jugendamts der Stadt Neuss, welche an der Finanzierung und der Umsetzung des Projektes maßgeblich beteiligt waren. Die Durchführung der Studie in einem kommunalen Setting war durchaus möglich und kann weiter implementiert werden.

Die KinderärztInnen der Stadt Neuss zeigten sich interessiert an NEFTA und engagiert in der Rekrutierung der Teilnehmenden. Bei Bedarf erfolgte eine zügige Diagnosesicherung durch die PädiaterInnen. Die Zusammenarbeit mit dem Qualitätszirkel ADHS, einem Arbeitskreis der KinderärztInnen und Kinder- und JugendpsychiaterInnen sowie kommunaler VertreterInnen im Rhein-Kreis Neuss, kann auch in Zukunft noch vertieft werden. Regelmäßiger Austausch sollte implementiert werden.

Die Umsetzung der Gruppensitzung fand in Kitas statt, welche zeitgleich eine Kinderbetreuung anboten. Die Gruppenleitungen (SchulpsychologInnen, SchulsozialarbeiterInnen, einer Lehrerin und einer Kindertagesstätten-Gruppenleiterin) zeigten sich engagiert und eigenständig in der Durchführung der Sitzungen.

#### **4.15 Schlussfolgerungen und ein Ausblick in die Forschung**

Im Rahmen der durchgeführten Machbarkeitsstudie wurden einige organisatorische Implementierungsaspekte sichtbar, denen beim Umsetzen des Programms in die Praxis mit Aufmerksamkeit begegnet werden sollte. Ein Ansprechpartner der Stadt, an den sich Teilnehmende und Gruppenleitung bei Fragen und Problemen zum Beispiel bei organisatorischen Details wenden könnten, ist wünschenswert. Zudem scheint eine enge Kooperation mit den Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen sowie Erziehungs- und Familienberatungsstellen der Stadt sinnvoll, welche sich interessiert und hilfsbereit zeigten. Die Gruppengröße sollte 10 bis 12 TeilnehmerInnen nicht übersteigen (AWMF, 2017).

Bei der Gruppenplanung sollte die Kinderbetreuung bedacht werden. Hilfreich wäre die Betreuung durch geschulte PädagogInnen, welche bereits Erfahrung mit Kindern mit ADHS haben. Es sollte ausreichend Eingewöhnungszeit, besonders an dem ersten Gruppentermin geplant werden. Es zeigte sich, dass gerade zu Beginn der jeweiligen Sitzungen zahlreiche Störungen durch die Kinder erfolgten. In Zukunft könnte über ein kombiniertes Eltern-Kind-Training diskutiert werden. Eine weiterer Forschungspunkt wäre die Operationalisierung der Bindungsmuster der Teilnehmenden. Auf eine Klassifikation von Bindungsmustern musste in dieser Studie verzichtet werden, da der Aufwand verhältnismäßig groß geworden wäre.

Es wäre wünschenswert, wenn beide Elternteile, soweit dies möglich ist, an den Gruppensitzungen teilnehmen. In weiteren Durchläufen könnte spezieller geworben und die Väter könnten noch besser integriert werden. Es wurde bereits untersucht, dass Unstimmigkeiten der Erziehungsberechtigten untereinander mit einer unsicheren Bindungsrepräsentation der Kinder, Konflikten mit Gleichaltrigen und schulischen Problemen korreliert sind (Frosch und Mangelsdorf, 2001). Ein feindseliger Umgang der Eltern

miteinander kann zu externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten der Kinder führen (Fainsilber Katz und Gottman, 1993, Braune-Krickau et al., 2005). Einer Verhaltensstörung der Kinder folgen eine erhöhte Stressbelastung und Konflikte der Eltern. Destruktive Konflikte in der Paarbeziehung der Eltern können die kindliche Entwicklung langfristig einschränken, bieten sie doch die Basis für die Sozialisation der Kinder (McCoy et al., 2009). Eine unharmonische Paarbeziehung sorgt für eine emotionale Unsicherheit bei Kindern, welche Kinder auf die eigenen Vorstellungen einer Beziehung übertragen können. Eine destruktive Paarbeziehung der Eltern kann sich in einem emotional negativen und unsensiblen Erziehungsstil äußern. Die elterliche Gelassenheit nimmt ab, wenn eine negative Beziehung zum anderen Elternteil herrscht (Gao et al., 2019). Zudem bestehen erhöhte Scheidungsraten in Familien mit ADHS. Die Dauer der Ehe ist kürzer als in Vergleichsgruppen ohne Kinder mit ADHS (Kousgaard et al., 2018). Weitere Sitzungen zum Thema Paarbeziehung könnten implementiert werden.

Weitere Forschung mit mehr Studienteilnehmenden ist nötig. Es existieren multiple Risikofaktoren für die weitere kindliche Entwicklung. Die intellektuellen Ressourcen der Kinder mit ADHS bleiben ungenutzt und die Chancen für eine qualifizierte Ausbildung werden viel zu oft verpasst. Die großen psychischen Belastungen der Eltern mit dem Einfluss auf das gesamte Gesundheitssystem dürfen nicht vernachlässigt werden.

Zusammenfassend zeigen sich bei den Eltern erste Hinweise auf die Reduktion der mit der Elternrolle verbundenen Belastung sowie Hinweise auf eine gesteigerte Lebenszufriedenheit nach Teilnahme an dem NEFTA-Training. Zusätzlich zeigen sich Hinweise auf die Reduktion einiger ADHS typischer Symptome und die Steigerung der Lebensqualität der Kinder. Das elterliche Kompetenzgefühl wurde postinterventionell statistisch signifikant verbessert. Die Verbesserung der kindlichen Lebensqualität aus Elternsicht erwies sich als statistisch signifikant.

Die Durchführung eines bindungsorientierten Gruppenprogramms in einem kommunalen Setting war möglich, sodass die Machbarkeit von NEFTA gegeben ist. Eine feste Implementierung mit regelmäßiger Wiederholung des Trainings ist wünschenswert.

## 5. Literatur- und Quellenverzeichnis

- ABIDIN, R. R. 1995. *Parenting Stress Index. Professional Manual*, Odessa, Psychological Assessment Resources, Inc.
- ACHENBACH, T. M. & EDELBROCK, C. 1983. *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*, Burlington, Queen City Printers.
- ADUEN, P. A., DAY, T. N., KOFLER, M. J., HARMON, S. L., WELLS, E. L. & SARVER, D. E. 2018. Social Problems in ADHD: Is it a Skills Acquisition or Performance Problem? *J Psychopathol Behav Assess*, 40, 440–51.
- AGHA, S. S., ZAMMIT, S., THAPAR, A. & LANGLEY, K. 2013. Are parental ADHD problems associated with a more severe clinical presentation and greater family adversity in children with ADHD? *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22, 369–77.
- AGHA, S. S., ZAMMIT, S., THAPAR, A. & LANGLEY, K. 2017. Maternal psychopathology and offspring clinical outcome: a four-year follow-up of boys with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 26, 253–62.
- AINSWORTH, M. D. S. & BELL, S. 1970. *Bindung, Exploration und Trennung am Beispiel des Verhaltens einjähriger Kinder in einer „Fremden Situation“* In: Grossmann, K. E.; Grossmann, K. (Hrsg.): *Bindung und menschliche Entwicklung*. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Klett-Cotta, Stuttgart 2003, 2. Auflage 2009, 146–68.
- AL-HABIB, D. M., ALHAIDAR, F. A., ALZAYED, I. M. & YOUSSEF, R. M. 2019. Consistency of child self-reports with parent proxy reports on the quality of life of children with attention-deficit/hyperactivity disorder in Riyadh, 2016. *J Family Community Med*, 26, 9–16.
- AL-YAGON, M. 2018. Models of child-parent attachment in attention deficit hyperactivity disorder: Links to executive functions. *Pers Relatsh*, 25, 280–98.
- ANDRADE, E. M., GEHA, L. M., DURAN, P., SUWWAN, R., MACHADO, F. & DO ROSARIO, M. C. 2016. Quality of Life in Caregivers of ADHD Children and Diabetes Patients. *Front Psychiatry*, 7, 1–6.
- ANGOLD, A., COSTELLO, E. J. & ERKANLI, A. 1999. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiat*, 40, 57–87.
- APA 2013. *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition)*. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- ARNETT, A. B., PENNINGTON, B. F., WILLCUTT, E. G., DEFRIES, J. C. & OLSON, R. K. 2014. Sex differences in ADHD symptom severity. *J Child Psychol Psychiatry*, 56, 632–9.

- ARNOLD, L. E., HODGKINS, P., KAHLE, J., MADHOO, M. & KEWLEY, G. 2020. Long-Term Outcomes of ADHD: Academic Achievement and Performance. *J Atten Disord*, 24, 73–85.
- AWMF. 2017. *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“* [Online]. Available: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-045.html> [Accessed 25.10.2020].
- AZAZY, S., NOUR-ELDEIN, H., SALAMA, H. & ISMAIL, M. 2018. Quality of life and family function of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *EMHJ*, 24, 579–87.
- BABINSKI, D. E., PELHAM, W. E., JR., MOLINA, B. S., GNAGY, E. M., WASCHBUSCH, D. A., WYMBBS, B. T., SIBLEY, M. H., DEREFINKO, K. J. & KURIYAN, A. B. 2016. Maternal ADHD, Parenting, and Psychopathology Among Mothers of Adolescents With ADHD. *J Atten Disord*, 20, 458–68.
- BANASCHEWSKI, T., BECKER, K., DOPFNER, M., HOLTSMANN, M., ROSLER, M. & ROMANOS, M. 2017. Attention-deficit/hyperactivity disorder—a current overview. *Dtsch Arztebl Int*, 114, 149–59.
- BANASCHEWSKI, T., DÖPFNER, M., ROTHENBERGER, A. & STEINHAUSEN, H. 2008. Kommentar zu den Europäischen Leitlinien zum Einsatz langwirksamer Medikamente zur Behandlung der hyperkinetischen Störungen. *Z Kinder-Jugendpsychiatr Psychother*, 36, 77–9.
- BARKLEY, R. A. 2001. *Das große ADHS-Handbuch*, Bern, Hans Huber Verlag.
- BARKLEY, R. A. & FISCHER, M. 2018. Hyperactive Child Syndrome and Estimated Life Expectancy at Young Adult Follow-Up: The Role of ADHD Persistence and Other Potential Predictors. *J Atten Disord*, 1–17.
- BASTIAANSEN, D., KOOT, H. M., FERDINAND, R. F. & VERHULST, C. 2004. Quality of Life in Children With Psychiatric Disorders: Self-, Parent, and Clinician Report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43, 221–30.
- BATEMAN, A. & FONAGY, P. 1999. Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry*, 156, 1563–9.
- BAUER, N. S., MOORE, C., LYNCH, D., WIEHE, S. E., DOWNS, S. M., CARROLL, A. E. & KRONENBERGER, W. G. 2019. Assessment of the Effects of Pediatric Attention Deficit Hyperactivity Disorder on Family Stress and Well-Being: Development of the IMPACT 1.0 Scale. *Glob Pediatr Health*, 6, 1–12.

- BAUMGÄRTEL, A., WOLRAICH, M. & DIETRICH, M. 1995. Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34, 629–38.
- BAWEJA, R., MATTISON, R. E. & WAXMONSKY, J. G. 2015. Impact of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder on School Performance: What are the Effects of Medication? *Paediatr Drugs*, 17, 459–77.
- BEHBAHANI, M., ZARGAR, F., ASSARIAN, F. & AKBARI, H. 2018. Effects of Mindful Parenting Training on Clinical Symptoms in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Parenting Stress: Randomized Controlled Trial. *Iran J Med Sci*, 43, 596–604.
- BEHR, M. & BECKER, M. 2004. *Skalen zum Erleben von Emotionen*, Göttingen, Hogrefe.
- BÉRIAULT, M., TURGEON, L., LABROSSE, M., BERTHIAUME, C., VERREAULT, M., BERTHIAUME, C. & GODBOUT, R. 2018. Comorbidity of ADHD and Anxiety Disorders in School-Age Children: Impact on Sleep and Response to a Cognitive-Behavioral Treatment. *J Atten Disord*, 22, 414–24.
- BERNSTEIN, D. A., BORKOVEC, T. D. & KATTENBECK, M. 1992. *Entspannungs-Training: Handbuch der "progressiven Muskelentspannung" nach Jacobson*, München, Pfeiffer.
- BIEDERMAN, J. 1996. Predictors of Persistence and Remission of ADHD into Adolescence: Results from a Four-Year Prospective Follow-up Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35, 343–51.
- BIEDERMAN, J., MARTELON, M., WOODWORTH, K. Y., SPENCER, T. J. & FARAONE, S. V. 2017. Is Maternal Smoking During Pregnancy a Risk Factor for Cigarette Smoking in Offspring? A Longitudinal Controlled Study of ADHD Children Grown Up. *J Atten Disord*, 21, 975–85.
- BILDER, R. M., LOO, S. K., MCGOUGH, J. J., WHELAN, F., HELLEMANN, G., SUGAR, C., DEL'HOMME, M., STURM, A., COWEN, J., HANADA, G. & MCCRACKEN, J. T. 2016. Cognitive Effects of Stimulant, Guanfacine, and Combined Treatment in Child and Adolescent Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 55, 667–73.
- BLAKEMORE, B., SHINDLER, S. & CONTE, R. 1993. A Problem Solving Training Program for Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Can J Sch Psychol*, 9, 66–85.
- BOHLIN, G., ENINGER, L., BROCKI, K. C. & THORELL, L. B. 2012. Disorganized attachment and inhibitory capacity: predicting externalizing problem behaviors. *J Abnorm Child Psychol*, 40, 449–58.



- BONIFACCI, P., MASSI, L., PIGNATARO, V., ZOCCO, S. & CHIODO, S. 2019. Parenting Stress and Broader Phenotype in Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Dyslexia or Typical Development. *Int J Environ Res Public Health*, 16, 3–15.
- BOUZIANE, C., FILATOVA, O. G., SCHRANTEE, A., CAAN, M. W. A., VOS, F. M. & RENEMAN, L. 2019. White Matter by Diffusion MRI Following Methylphenidate Treatment: A Randomized Control Trial in Males with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Radiology*, 293, 186–92.
- BRAUNE-KRICKAU, K., STADELMANN, S., VON WYL, A., PERREN, S., BÜRGIN, D. & VON KLITZING, K. 2005. Elterliche psychische Belastung, konflikthafte Paarbeziehung und Verhaltensregulation dreijähriger Kinder. *Kindh Entwickl*, 14, 181–90.
- BROCKMANN, J. & KIRSCH, H. 2010. Konzept der Mentalisierung. *Psychotherapeut*, 55, 279–90.
- BUHRMESTER, D., CAMPARO, L. & CHRISTENSEN, A. 1992. Mothers and Fathers Interacting in Dyads and Triads With Normal and Hyperactive Sons. *Dev Psychol*, 28, 500–9.
- BUNDESÄRZTEKAMMER. 2005. *Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“ - Kurzfassung* - [Online]. Available: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/ADHSkurz.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/ADHSkurz.pdf) [Accessed 25.10.2020].
- BURGER, P. H., GOECKE, T. W., FASCHING, P. A., MOLL, G., HEINRICH, H., BECKMANN, M. W. & KORNHUBER, J. 2011. Einfluss des mütterlichen Alkoholkonsums während der Schwangerschaft auf die Entwicklung von ADHS beim Kind. *Fortschr Neurol Psychiat*, 79, 500–6.
- BUSARDÒ, F. P., KYRIAKOU, C., CIPOLLONI, L., ZAAMI, S. & FRATI, P. 2016. From Clinical Application to Cognitive Enhancement: The Example of Methylphenidate. *Curr Neuropsycharmacol*, 14, 17–27.
- CANALS, J., MORALES-HIDALGO, P., JANE, M. C. & DOMENECH, E. 2018. ADHD Prevalence in Spanish Preschoolers: Comorbidity, Socio-Demographic Factors, and Functional Consequences. *J Atten Disord*, 22, 143–53.
- CAPPE, E., BOLDUC, M., ROUGE, M. C., SAIAG, M. C. & DELORME, R. 2017. Quality of life, psychological characteristics, and adjustment in parents of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Qual Life Res*, 26, 1283–94.
- CASSIDY, J. 1994. Emotion Regulation: Influences of Attachment Relationships. *Monogr Soc Res Child Dev*, 59, 228–49.
- CHEN, Y. C., HWANG-GU, S. L., NI, H. C., LIANG, S. H., LIN, H. Y., LIN, C. F., TSENG, Y. H. & GAU, S. S. 2017. Relationship between parenting stress and informant

- discrepancies on symptoms of ADHD/ODD and internalizing behaviors in preschool children. *PLoS One*, 12, 1–16.
- CHEUNG, K., ABERDEEN, K., WARD, M. A. & THEULE, J. 2018. Maternal Depression in Families of Children with ADHD: A Meta-Analysis. *J Child Fam Stud*, 27, 1015–28.
- CHRONIS, A. M., JONES, H. A. & RAGGI, V. L. 2006. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev*, 26, 486–502.
- CIESIELSKI, H. A., LOREN, R. E. A. & TAMM, L. 2019. Behavioral Parent Training for ADHD Reduces Situational Severity of Child Noncompliance and Related Parental Stress. *J Atten Disord*, 0, 1–10.
- CLARKE, L., UNGERER, J., CHAHOUD, K., JOHNSON, S. & STIEFEL, I. 2002. Attention Deficit Hyperactivity Disorder is Associated with Attachment Insecurity. *J Child Psychol Psychiatry*, 7, 179–98.
- CLAVARINO, A. M., MAMUN, A. A., O'CALLAGHAN, M., AIRD, R., BOR, W., O'CALLAGHAN, F., WILLIAMS, G. M., MARRINGTON, S., NAJMAN, J. M. & ALATI, R. 2010. Maternal anxiety and attention problems in children at 5 and 14 years. *J Atten Disord*, 13, 658–67.
- COGHILL, D. & HODGKINS, P. 2016. Health-related quality of life of children with attention-deficit/hyperactivity disorder versus children with diabetes and healthy controls. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25, 261–71.
- COGHILL, D. R., BANASCHEWSKI, T., SOUTULLO, C., COTTINGHAM, M. G. & ZUDDAS, A. 2017. Systematic review of quality of life and functional outcomes in randomized placebo-controlled studies of medications for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 26, 1283–307.
- COLES, E. K., PELHAM, W. E. & GNAGY, E. M. 2010. Parental attributions for success in managing the behavior of children with ADHD. *J Atten Disord*, 14, 138–46.
- CONNOR, D. F., STEEBER, J. & MCBURNETT, K. 2010. A Review of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Complicated by Symptoms of Oppositional Defiant Disorder or Conduct Disorder. *J Dev Behav Pediatr*, 31, 427–40.
- CRAIG, F., OPERTO, F. F., DE GIACOMO, A., MARGARI, L., FROLLI, A., CONSON, M., IVAGNES, S., MONACO, M. & MARGARI, F. 2016. Parenting stress among parents of children with Neurodevelopmental Disorders. *Psychiatry Res*, 242, 121–9.
- CUIJPERS, P., BERKING, M., ANDERSSON, G., QUIGLEY, L., KLEIBOER, A. & DOBSON, K. S. 2013. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Can J Psychiatry*, 58, 376–85.

- CUSSEN, A., SCIBERRAS, E., UKOUMUNNE, O. C. & EFRON, D. 2011. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *Eur J Pediatr*, 171, 271–80.
- DADDS, M. R. & POWELL, M. B. 1991. The Relationship of Interparental Conflict and Global Marital Adjustment to Aggression, Anxiety, and Immaturity in Aggressive and Nonclinic Children. *J Abnorm Child Psychol*, 19, 553–67.
- DALEY, D. & BIRCHWOOD, J. 2010. ADHD and academic performance: why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom? *Child Care Health Dev*, 36, 455–64.
- DE BOO, G. M. & PRINS, P. J. 2007. Social incompetence in children with ADHD: possible moderators and mediators in social-skills training. *Clin Psychol Rev*, 27, 78–97.
- DEAULT, L. C. 2010. A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry Hum Dev*, 41, 168–92.
- DEMONTIS, D., WALTERS, R. K., MARTIN, J., MATTHEISEN, M., ALS, T. D., AGERBO, E., BALDURSSON, G., BELLIVEAU, R., BYBJERG-GRAUHOLM, J., BAEKVAD-HANSEN, M., CERRATO, F., CHAMBERT, K., CHURCHHOUSE, C., DUMONT, A., ERIKSSON, N., GANDAL, M., GOLDSTEIN, J. I., GRASBY, K. L., GROVE, J., GUDMUNDSSON, O. O., HANSEN, C. S., HAUBERG, M. E., HOLLEGAARD, M. V., HOWRIGAN, D. P., HUANG, H., MALLER, J. B., MARTIN, A. R., MARTIN, N. G., MORAN, J., PALLESEN, J., PALMER, D. S., PEDERSEN, C. B., PEDERSEN, M. G., POTERBA, T., POULSEN, J. B., RIPKE, S., ROBINSON, E. B., SATTERSTROM, F. K., STEFANSSON, H., STEVENS, C., TURLEY, P., WALTERS, G. B., WON, H., WRIGHT, M. J., CONSORTIUM, A. W. G. O. T. P. G., EARLY, L., GENETIC EPIDEMIOLOGY, C., ANDME RESEARCH, T., ANDREASSEN, O. A., ASHERSON, P., BURTON, C. L., BOOMSMA, D. I., CORMAND, B., DALSGAARD, S., FRANKE, B., GELERNTER, J., GESCHWIND, D., HAKONARSON, H., HAAVIK, J., KRANZLER, H. R., KUNTSI, J., LANGLEY, K., LESCH, K. P., MIDDELDORP, C., REIF, A., ROHDE, L. A., ROUSSOS, P., SCHACHAR, R., SKLAR, P., SONUGA-BARKE, E. J. S., SULLIVAN, P. F., THAPAR, A., TUNG, J. Y., WALDMAN, I. D., MEDLAND, S. E., STEFANSSON, K., NORDENTOFT, M., HOUGAARD, D. M., WERGE, T., MORS, O., MORTENSEN, P. B., DALY, M. J., FARAONE, S. V., BORGLUM, A. D. & NEALE, B. M. 2019. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nat Genet*, 51, 63–75.
- DENHAM, S. A., WORKMAN, E., COLE, P. M., WEISSBROD, C., KENDZIORA, K. T. & ZAHN-WAXLER, C. 2000. Prediction of externalizing behavior problems from early to

- middle childhood: The role of parental socialization and emotion expression. *Dev Psychopathol*, 12, 23–45.
- DEROGATIS, L. R. 1977. *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(revised) version*, Baltimore, Johns Hopkins University School of Medicine.
- DIRKS, H., SCHERBAUM, N., KIS, B. & METTE, C. 2017. ADHS im Erwachsenenalter und substanzbezogene Störungen – Prävalenz, Diagnostik und integrierte Behandlungskonzepte. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 85, 336–44.
- DOERNBERG, E. & HOLLANDER, E. 2016. Neurodevelopmental Disorders (ASD and ADHD): DSM-5, ICD-10, and ICD-11. *CNS Spectr*, 21, 295–9.
- DÖPFNER, M., GÖRTZ- DORTEN, A. & LEHMKUHL, G. 2008. *DISYPS- Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche II*, Göttingen, Hogrefe.
- DÖPFNER, M. & LEHMKUHL, G. 2002. Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 51, 419–40.
- DÖPFNER, M., PLÜCK, J. & KINNEN, C. 2014. *CBCL/6-18R, TRF/6-18R, YSR/11-18R. Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach*, Göttingen, Hogrefe.
- DÖPFNER, M., SCHÜRMAN, S. & FRÖLICH, J. 2013. *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)*, (5. Aufl.). Weinheim, Beltz.
- DÖPFNER, M., SCHÜRMAN, S. & LEHMKUHL, G. 2011. *Wackelpeter & Trotzkopf. Hilfen für Eltern bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten* (4. überarb. Aufl.). Weinheim, Beltz.
- DOSE, C., HAUTMANN, C., BUERGER, M., SCHUERMAN, S., WOITECKI, K. & DOEPFNER, M. 2017. Telephone-assisted self-help for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder who have residual functional impairment despite methylphenidate treatment: a randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry*, 58, 682–90.
- DRECHSLER, R., RIZZO, P. & STEINHAUSEN, H. 2009. Zur klinischen Validität einer computergestützten Aufmerksamkeitstestbatterie für Kinder (KITAP) bei 7- bis 10-jährigen Kindern mit ADHS. *Kindh Entwickl*, 18, 153–61.
- DREISÖRNER, T. 2006. Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Gruppenprogramme bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). *Kindh Entwickl*, 15, 255–66.

- DUONG, S., CHUNG, K. & WIGAL, S. 2012. Metabolic, toxicological, and safety considerations for drugs used to treat ADHD. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*, 8, 543–52.
- EFRON, D., BRYSON, H., LYCETT, K. & SCIBERRAS, E. 2016. Children referred for evaluation for ADHD: comorbidity profiles and characteristics associated with a positive diagnosis. *Child Care Health Dev*, 42, 718–24.
- EFRON, D., SCIBERRAS, E., ANDERSON, V., HAZELL, P., UKOUMUNNE, O. C., JONGELING, B., SCHILPZAND, E. J., BISSET, M. & NICHOLSON, J. M. 2014. Functional status in children with ADHD at age 6-8: a controlled community study. *Pediatrics*, 134, e992–e1000.
- EICHELBERGER, I., PLÜCK, J., HANISCH, C., HAUTMANN, C., JÄNEN, N. & DÖPFNER, M. 2010. Effekte universeller Prävention mit dem Gruppenformat des Elterntrainings Triple P auf das kindliche Problemverhalten, das elterliche Erziehungsverhalten und die psychische Belastung der Eltern. *Z Klin Psychol Psychother*, 39, 24–32.
- EICHELBERGER, I., PLUCKA, J., HAUTMANN, C., HANISCH, C. & DOPFNER, M. 2016. Effectiveness of the Prevention Program for Externalizing Problem Behavior (PEP) in Preschoolers with Severe and No or Mild ADHD Symptoms. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 44, 231–9.
- ELDER, T. E. 2010. The importance of relative standards in ADHD diagnoses: evidence based on exact birth dates. *J Health Econ*, 29, 641–56.
- ELLIOTT, G. R., BLASEY, C., REKSHAN, W., RUSH, A. J., PALMER, D. M., CLARKE, S., KOHN, M., KAPLAN, C. & GORDON, E. 2017. Cognitive Testing to Identify Children With ADHD Who Do and Do Not Respond to Methylphenidate. *J Atten Disord*, 21, 1151–60.
- ERDMAN, P. 1998. Conceptualizing adhd as a contextual response to parental attachment. *Am J Fam Ther*, 26, 177–85.
- ERNST, M., ZAMETKIN, A., MATOCHIK, J., PASCUALVACA, D., JONS, P. & COHEN, R. 1999. High Midbrain [18F]DOPA Accumulation in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry*, 156, 1209–15.
- 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, e364–9.
- EULER, S. & SCHULTZ-VENRATH, U. 2014. Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT). *PiD*, 3, 40–3.

- FAHRENBERG, J., MYRTEK, M., SCHUMACHER, J. & BRÄHLER, E. 2000. *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Handanweisung*, Göttingen, Hogrefe.
- FAINSILBER KATZ, L. & GOTTMAN, J. M. 1993. Patterns of Marital Conflict Predict Children's Internalizing and Externalizing Behaviors. *Dev Psychol*, 29, 940–50.
- FALLER, H. 2003. Verhaltensgenetik. *Psychotherapeut*, 48, 80–92.
- FARAONE, S. V., ASHERSON, P., BANASCHEWSKI, T., BIEDERMAN, J., BUITELAAR, J. K., RAMOS-QUIROGA, J. A., ROHDE, L. A., SONUGA-BARKE, E. J., TANNOCK, R. & FRANKE, B. 2015. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*, 1, 1–23.
- FARAONE, S. V., PERLIS, R. H., DOYLE, A. E., SMOLLER, J. W., GORALNICK, J. J., HOLMGREN, M. A. & SKLAR, P. 2005. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 57, 1313–23.
- FARAONE, S. V., SERGEANT, J., GILLBERG, C. & BIEDERMAN, J. 2003. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2, 104–13.
- FAYYAD, J., SAMPSON, N. A., HWANG, I., ADAMOWSKI, T., AGUILAR-GAXIOLA, S., AL-HAMZAWI, A., ANDRADE, L. H., BORGES, G., DE GIROLAMO, G., FLORESCU, S., GUREJE, O., HARO, J. M., HU, C., KARAM, E. G., LEE, S., NAVARRO-MATEU, F., O'NEILL, S., PENNELL, B. E., PIAZZA, M., POSADA-VILLA, J., TEN HAVE, M., TORRES, Y., XAVIER, M., ZASLAVSKY, A. M., KESSLER, R. C. & COLLABORATORS, W. H. O. W. M. H. S. 2017. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord*, 9, 47–65.
- FINZI-DOTTAN, R., MANOR, I. & TYANO, S. 2006. ADHD, temperament, and parental style as predictors of the child's attachment patterns. *Child Psychiatry Hum Dev*, 37, 103–14.
- FORD-JONES, P. C. 2015. Misdiagnosis of attention deficit hyperactivity disorder: 'Normal behaviour' and relative maturity. *J Paediatr Child Health*, 20, 200–2.
- FOREHAND, R., PARENT, J., PEISCH, V. D., SONUGA-BARKE, E., LONG, N., BRESLEND, N. L. & ABIKOFF, H. B. 2017. Do parental ADHD symptoms reduce the efficacy of parent training for preschool ADHD? A secondary analysis of a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*, 97, 163–9.
- FRAME, K., KELLY, L. & BAYLEY, E. 2003. Increasing Perceptions of Self- Worth in Preadolescents Diagnosed with ADHD. *J Nurs Scholarsh*, 35, 225–9.
- FRANKE, C., FEGERT, J. M., KRUGER, U. & KOLCH, M. 2016. Verordnungshäufigkeiten von Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 44, 259–74.

- FRANKE, G. H. 2002. *Scl-90-r, Symptom-Checkliste scl-90-r von L.R. Derogatis –Deutsches Manual*, Göttingen, Beltz Test GmbH.
- FRANKE, S. & KISSGEN, R. 2018. Bindungsrepräsentation und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten von Grundschulkindern mit ADHS. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 67, 315–32.
- FRANZ, M. 2009. *PALME*, Göttingen, Vandhoek & Ruprecht.
- FRANZ, M. 2015. ADHS- löst Methylphenidat das Problem? *Lehrer nrw*, 2, 7.
- FRANZ, M., WEIHRAUCH, L., BUDDENBERG, T., GÜTTGEMANNS, J., HAUBOLD, S. & SCHÄFER, R. 2010. Effekte eines bindungstheoretisch fundierten Gruppenprogramms für alleinerziehende Mütter und ihre Kinder: PALME. *Kindh Entwickl*, 19, 90–101.
- FRANZ, M., WEIHRAUCH, L., BUDDENBERG, T. & SCHÄFER, R. 2009. Palme. *Psychotherapeut*, 54, 357–69.
- FROSCH, C. A. & MANGELSDORF, S. C. 2001. Marital Behavior, Parenting Behavior, and Multiple Reports of Preschoolers' Behavior Problems: Mediation or Moderation. *Dev Psychol*, 37, 502–19.
- GALLOWAY, H. & NEWMAN, E. 2017. Is there a difference between child self-ratings and parent proxy-ratings of the quality of life of children with a diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)? A systematic review of the literature. *ADHD Atten Def Hyp Disord*, 9, 11–29.
- GAO, M. M., DU, H., DAVIES, P. T. & CUMMINGS, E. M. 2019. Marital Conflict Behaviors and Parenting: Dyadic Links Over Time. *Fam Relat*, 68, 135–49.
- GHIRARDI, L., CHEN, Q., CHANG, Z., KUJA-HALKOLA, R., SKOGLUND, C., QUINN, P. D., D'ONOFRIO, B. M. & LARSSON, H. 2020. Use of medication for attention-deficit/hyperactivity disorder and risk of unintentional injuries in children and adolescents with co-occurring neurodevelopmental disorders. *J Child Psychol Psychiatry*, 61, 140–7.
- GIBAUD-WALLSTON, J. & WANDERSMAN, L. P. 1978. *Development and utility of the Parenting Sense of Competence Scale*, Toronto, Paper presented at the meeting of American Psychological Association.
- GIEDD, J. N. 2019. The Enigma of Neuroimaging in ADHD. *Am J Psychiatry*, 176, 503–4.
- GOLMIRZAEI, J., MAHBOOBI, H., YAZDANPARAST, M., MUSHTAQ, G., KAMAL, M. A. & HAMZEI, E. 2016. Psychopharmacology of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Effects and Side Effects. *Curr Pharm Des*, 22, 590–4.
- GOODMAN, R. 1997. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38, 581–6.
- GOODMAN, R. 2001. Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40, 1337–45.

- GÖRTZ-DORTEN, A. & DÖPFNER, M. 2009. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen von Kindern und Jugendlichen im Elternurteil. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 37, 183–94.
- GRIMM, D., BLUM, H. E. & THIMME, R. 2011. Genomweite Assoziationsstudien. *Dtsch Med Wochenschr*, 136, 95–8.
- GRIMM, K. & MACKOWIAK, K. 2006. Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder (KES). *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 55, 363–83.
- GROENMAN, A. P., SCHWEREN, L. J., DIETRICH, A. & HOEKSTRA, P. J. 2017. An update on the safety of psychostimulants for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Opin Drug Saf*, 16, 455–64.
- GROSS, J. J. 2015. Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychol Inq*, 26, 1–26.
- GROSSMANN, K., GROSSMANN, K. E., SPANGLER, G., SUESS, G. & UNZNER, L. 1985. Maternal sensitivity and newborns' orientation responses as related to quality of attachment in northern Germany. *Monogr Soc Res Child Dev*, 50, 233–56.
- GROSSMANN, K. E. & GROSSMANN, K. 2003. *Bindung und menschliche Entwicklung*. Stuttgart, Klett-Cotta.
- HÄNGGI, Y., SCHWEINBERGER, K., GUGGER, N. & PERREZ, M. 2010. Situations-Reaktions-Fragebogen zur Messung elterlicher Sensitivität (PS-SRQ). *Z Entwicklungspsychol Padagog Psychol*, 42, 1–14.
- HANISCH, C., HAUTMANN, C., PLÜCK, J., EICHELBERGER, I. & DÖPFNER, M. 2014. The prevention program for externalizing problem behavior (PEP) improves child behavior by reducing negative parenting: analysis of mediating processes in a randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry*, 55, 473–84.
- HARRISON, C. & SOFRONOFF, K. 2002. ADHD and Parental Psychological Distress: Role of Demographics, Child Behavioral Characteristics, and Parental Cognitions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, 703–11.
- HARSTAD, E. & LEVY, S. 2014. Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Pediatrics*, 134, e293–301.
- HIMMERICH, H. & ERBGUTH, F. 2014. Ernährung und Nahrungsergänzungsmittel bei psychiatrischen Erkrankungen. *Nervenarzt*, 85, 1512–20.
- HINOJOSA, M. S., HINOJOSA, R., FERNANDEZ-BACA, D., KNAPP, C. & THOMPSON, L. A. 2012. Parental strain, parental health, and community characteristics among children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Acad Pediatr*, 12, 502–8.
- HOLMES, J. 1993. *John Bowlby and Attachment Theory*, New York, Routledge.



- HOUCK, G., KENDALL, J., MILLER, A., MORRELL, P. & WIEBE, G. 2011. Self-concept in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *J Pediatr Nurs*, 26, 239–47.
- HOZA, B., GERDES, A. C., HINSHAW, S. P., ARNOLD, L. E., PELHAM, W. E., JR., MOLINA, B. S., ABIKOFF, H. B., EPSTEIN, J. N., GREENHILL, L. L., HECHTMAN, L., ODBERT, C., SWANSON, J. M. & WIGAL, T. 2004. Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *J Consult Clin Psychol*, 72, 382–91.
- HUANG, Y., XU, H., AU, W., XU, C. & WU, K. 2018. Involvement of family environmental, behavioral, and social functional factors in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychol Res Behav Manag*, 11, 447-457.
- INMACULADA, I. P., MIGUEL, A. M., FERNANDEZ, M. C., TEJERINA, M. E., GOMEZ GONZALEZ, C. L. & ALDA, J. A. 2020. ADHD Symptoms, Academic and Social Difficulties in Parents of Children with ADHD. *Psychiatry*, 83, 231–43.
- JAIN, A. 2007. Die umgekehrte alpha-Adjustierung. Ein Vorschlag zur Erhöhung der Teststärke bei mehrfachen Signifikanztests. *Vortrag auf der 49. Tagung experimentell arbeitender Psychologen*. Trier.
- JAITE, C., VAN NOORT, B. M., VLOET, T. D., GRAF, E., KAPPEL, V., GEISSLER, J., WARNKE, A., JACOB, C., GROSS-LESCH, S., HENNIGHAUSEN, K., HAACK-DEES, B., SCHNEIDER-MOMM, K., PHILIPSEN, A., MATTHIES, S., ROSLER, M., RETZ, W., HANIG, S., VON GONTARD, A., SOBANSKI, E., ALM, B., HOHMANN, S., HAGE, A., POUSTKA, L., COLLA, M., GENTSCHOW, L., FREITAG, C. M., BECKER, K. & JANS, T. 2019. A multicentre randomized controlled trial on trans-generational attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in mothers and children (AIMAC): an exploratory analysis of predictors and moderators of treatment outcome. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 47, 49–65.
- JANS, T. 2010. Buchbesprechungen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 38, 234–5.
- JANS, T., JACOB, C., WARNKE, A., ZWANZGER, U., GROSS-LESCH, S., MATTHIES, S., BOREL, P., HENNIGHAUSEN, K., HAACK-DEES, B., ROSLER, M., RETZ, W., VON GONTARD, A., HANIG, S., SOBANSKI, E., ALM, B., POUSTKA, L., HOHMANN, S., COLLA, M., GENTSCHOW, L., JAITE, C., KAPPEL, V., BECKER, K., HOLTSMANN, M., FREITAG, C., GRAF, E., IHORST, G. & PHILIPSEN, A. 2015. Does intensive multimodal treatment for maternal ADHD improve the efficacy of parent training for children with ADHD? A randomized controlled multicenter trial. *J Child Psychol Psychiatry*, 56, 1298–313.

- JANS, T., KREIKER, S. & WARNKE, A. 2008. Multimodale Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyper-aktivitätsstörung im Kindesalter. *Nervenarzt*, 79, 791–800.
- JOHNSTON, C. & LEUNG, D. W. 2001. Effects of medication, behavioral, and combined treatments on parents' and children's attributions for the behavior of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Consult Clin Psychol*, 69, 67–76.
- JOHNSTON, C. & MASH, E. 1989. A measure of parenting Satisfaction and Efficiency. *J Clin Child Psychol*, 18, 167–75.
- JOHNSTON, C. & MASH, E. 2001. Families of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and Recommendations for Future Research. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 4, 183–205.
- JOHNSTON, C., MASH, E. J., MILLER, N. & NINOWSKI, J. E. 2012. Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clin Psychol Rev*, 32, 215–28.
- JOSEPH, H. M., KENNEDY, T. M., GNAGY, E. M., PERLMAN, S. B., PELHAM, W. E. & MOLINA, B. S. G. 2018. Fathers with Childhood ADHD, Parenting, and Their Young Children's Behavior: Offspring of the Pittsburgh ADHD Longitudinal Study (PALS). *Child Psychiatry Hum Dev*, 50, 35–44.
- KAHN, R. S., KHOURY, J., NICHOLS, W. C. & LANPHEAR, B. P. 2003. Role of dopamine transporter genotype and maternal prenatal smoking in childhood hyperactive-impulsive, inattentive, and oppositional behaviors. *J Pediatr*, 143, 104–10.
- KAIDAR, I., WIENER, J. & TANNOCK, R. 2003. The attributions of children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder for their problem behaviors. *J Atten Disord*, 6, 99–109.
- KAISER, N. M., MCBURNETT, K. & PFIFFNER, L. J. 2011. Child ADHD severity and positive and negative parenting as predictors of child social functioning: evaluation of three theoretical models. *J Atten Disord*, 15, 193–203.
- KARABEKIROĞLU, M. & RODOPMAN-ARMAN, A. 2011. Parental Attachment Style and Severity of Emotional/Behavioral Problems in Toddlerhood. *Archives of Neuropsychiatry*, 48, 147–54.
- KEBIR, O. & JOOBER, R. 2011. Neuropsychological endophenotypes in attention-deficit/hyperactivity disorder: a review of genetic association studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 261, 583–94.
- KENDALL, J. 1999. Sibling accounts of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Fam Process*, 38, 117–36.
- KENDALL, J., LEO, M. C., PERRIN, N. & HATTON, D. 2016. Service Needs of Families With Children With ADHD. *J Fam Nurs*, 11, 264–88.
- KEOWN, L. 2010. Fathering and mothering of preschool boys with hyperactivity. *Int J Behav Dev*, 35, 161–8.

- KIERFELD, F., ISE, E., HANISCH, C., GÖRTZ-DORTEN, A. & DÖPFNER, M. 2013. Effectiveness of telephone-assisted parent-administered behavioural family intervention for preschool children with externalizing problem behaviour: a randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22, 553–65.
- KIFF, C. J., LENGUA, L. J. & ZALEWSKI, M. 2011. Nature and nurturing: parenting in the context of child temperament. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 14, 251–301.
- KIM, M. J., PARK, I., LIM, M. H., PAIK, K. C., CHO, S., KWON, H. J., LEE, S. G., YOO, S. J. & HA, M. 2017. Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and its Comorbidity among Korean Children in a Community Population. *J Korean Med Sci*, 32, 401–6.
- KISSGEN, R. & FRANKE, S. 2016. An attachment research perspective on ADHD. *Neuropsychiatry*, 30, 63–8.
- KLASEN, H., WOERNER, W., ROTHENBERGER, A. & GOODMAN, R. 2003. Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Prax Kinderpsychol K*, 52, 491–502.
- KLORA, M., ZEIDLER, J., LUBLOW, D., LINDER, R., VERHEYEN, F. & VON DER SCHULENBURG, J. M. 2016. Alters- und geschlechtsspezifische Kosten sowie die Versorgung mit medikamentösen Therapien von ADHS-Patienten. *Gesundheitswesen*, 78, e23–9.
- KNUDSON-MARTIN, C. 2000. Gender, Family Competence, and Psychological Symptoms. *J Marital Fam Ther*, 26, 317–28.
- KOHN, J. & ESSER, G. 2008. ADHS im Jugend- und Erwachsenenalter. *Monatsschr Kinderheilkd*, 156, 748–56.
- KOUSGAARD, S. J., BOLDSSEN, S. K., MOHR-JENSEN, C. & LAURITSEN, M. B. 2018. The effect of having a child with ADHD or ASD on family separation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 53, 1391–9.
- KRÖGER, C., HAHLEWEG, K., HEINRICHS, N., DÖPFNER, M. & PLÜCK, J. 2009. Erziehungskonfliktskala (EKS): Reliabilität und Validität. *Diagnostica*, 55, 201–10.
- LANGE, G., SHEERIN, D., CARR, A., DOOLEY, B., BARTON, V., MARSHALL, D., MULLIGAN, A., LAWLOR, M., BELTON, M. & DOYLE, M. 2005. Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *J Fam Ther*, 27, 76–96.
- LANSBERGEN, M. M., VAN DONGEN-BOOMSMA, M., BUITELAAR, J. K. & SLAATS-WILLEMSE, D. 2011. ADHD and EEG-neurofeedback: a double-blind randomized placebo-controlled feasibility study. *J Neural Transm*, 118, 275–84.

- LEBOWITZ, M. S. 2016. Stigmatization of ADHD: A Developmental Review. *J Atten Disord*, 20, 199–205.
- LEE, P. C., NIEW, W. I., YANG, H. J., CHEN, V. C. & LIN, K. C. 2012. A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil*, 33, 2040–9.
- LEE, Y. C., YANG, H. J., LEE, W. T. & TENG, M. J. 2019. Do parents and children agree on rating a child's HRQOL? A systematic review and Meta-analysis of comparisons between children with attention deficit hyperactivity disorder and children with typical development using the PedsQL(TM). *Disabil Rehabil*, 41, 265–75.
- LIBUTZKI, B., LUDWIG, S., MAY, M., JACOBSEN, R. H., REIF, A. & HARTMAN, C. A. 2019. Direct medical costs of ADHD and its comorbid conditions on basis of a claims data analysis. *Eur Psychiatry*, 58, 38–44.
- LINDERKAMP, F. 2006. Komorbidität und elterliche Psychopathologie bei externalisierenden Verhaltensstörungen im Kindesalter. *Z Entwicklungspsychol Pädagog Psychol*, 38, 43–52.
- MADSEN, K. B., RAVN, M. H., ARNFRED, J., OLSEN, J., RASK, C. U. & OBEL, C. 2018. Characteristics of undiagnosed children with parent-reported ADHD behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 27, 149–58.
- MANOLIO, T. 2010. Genomewide Association Studies and Assessment of the Risk of Disease. *N Engl J Med*, 363, 166–7.
- MARTIN, C. A., PAPADOPOULOS, N., CHELLEW, T., RINEHART, N. J. & SCIBERRAS, E. 2019. Associations between parenting stress, parent mental health and child sleep problems for children with ADHD and ASD: Systematic review. *Res Dev Disabil*, 93, 1–15.
- 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. *J Dev Behav Pediatr*, 25, 166–74.
- MAUL, J. & ADVOKAT, C. 2013. Stimulant medications for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) improve memory of emotional stimuli in ADHD-diagnosed college students. *Pharmacol Biochem Behav*, 105, 58–62.
- MCCOY, K., CUMMINGS, E. M. & DAVIES, P. T. 2009. Constructive and destructive marital conflict, emotional security and children's prosocial behavior. *J Child Psychol Psychiatry*, 50, 270–9.
- MEYER, S. 2014. *EvaSys. Survey Automation Suite*, Lüneburg, Electric Paper Evaluationssysteme GmbH.

- MILL, J., SAGVOLDEN, T. & ASHERSON, P. 2005. Sequence analysis of Drd2, Drd4, and Dat1 in SHR and WKY rat strains. *Behav Brain Funct*, 1, 1–5.
- MILLER, Y. 2001. *Erziehung von Kindern im Kindergartenalter. Erziehungsverhalten und Kompetenzüberzeugungen von Eltern und der Zusammenhang zu kindlichen Verhaltensstörungen*. Gemeinsame Naturwissenschaftliche Fakultät. Technischen Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig.
- MINDE, K., EAKIN, L., HECHTMAN, L., OCHS, E., BOUFFARD, R., GREENFIELD, B. & LOOPER, K. 2003. The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*, 44, 637–46.
- MONTOYA, A., COLOM, F. & FERRIN, M. 2011. Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *Eur Psychiatry*, 26, 166–75.
- MORAWSKA, A. & THOMPSON, E. 2009. Parent Problem Checklist: measure of parent conflict. *Aust N Z J Psychiatry*, 43, 260–9.
- MULRANEY, M., SCHILPZAND, E. J., HAZELL, P., NICHOLSON, J. M., ANDERSON, V., EFRON, D., SILK, T. J. & SCIBERRAS, E. 2016. Comorbidity and correlates of disruptive mood dysregulation disorder in 6-8-year-old children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25, 321–30.
- MURRAY, C. & JOHNSTON, C. 2006. Parenting in Mothers With and Without Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *J Abnorm Psychol*, 115, 52–61.
- NEALE, B. M., MEDLAND, S. E., RIPKE, S., ASHERSON, P., FRANKE, B., LESCH, K. P., FARAONE, S. V., NGUYEN, T. T., SCHAFFER, H., HOLMANS, P., DALY, M., STEINHAUSEN, H. C., FREITAG, C., REIF, A., RENNER, T. J., ROMANOS, M., ROMANOS, J., WALITZA, S., WARNKE, A., MEYER, J., PALMASON, H., BUITELAAR, J., VASQUEZ, A. A., LAMBREGTS-ROMMELSE, N., GILL, M., ANNEY, R. J., LANGELY, K., O'DONOVAN, M., WILLIAMS, N., OWEN, M., THAPAR, A., KENT, L., SERGEANT, J., ROEYERS, H., MICK, E., BIEDERMAN, J., DOYLE, A., SMALLEY, S., LOO, S., HAKONARSON, H., ELIA, J., TODOROV, A., MIRANDA, A., MULAS, F., EBSTEIN, R. P., ROTHENBERGER, A., BANASCHEWSKI, T., OADES, R. D., SONUGA-BARKE, E., MCGOUGH, J., NISENBAUM, L., MIDDLETON, F., HU, X., NELSON, S. & PSYCHIATRIC, G. C. A. S. 2010. Meta-analysis of genome-wide association studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49, 884–97.
- NEUHAUS, C., TROTT, G. E., BERGER-ECKERT, A., SCHWAB, S. & TOWNSON, S. 2009. *Neuropsychotherapie der ADHS: Das Elterntaining für Kinder und Jugendliche (ETKJ ADHS) unter Berücksichtigung des selbst betroffenen Elternteils*, Stuttgart, Kohlhammer Verlag.

- OHAN, J. L. & JOHNSTON, C. 2002. Are the performance overestimates given by boys with ADHD self-protective? *J Clin Child Adolesc Psychol*, 31, 230–41.
- OLSEN, S. L., BATES, J. E., SANDY, J. M. & LANTHIER, R. 2000. Early Developmental Precursors of Externalizing Behavior in Middle Childhood and Adolescence. *J Abnorm Child Psychol*, 28, 119–33.
- OLSEN, S. L., SAMEROFF, A. J., KERR, D. C., LOPEZ, N. L. & WELLMAN, H. M. 2005. Developmental foundations of externalizing problems in young children: The role of effortful control. *Dev Psychopathol*, 17, 25–45.
- OSLAND, S. T., STEEVES, T. D. & PRINGSHEIM, T. 2018. Pharmacological treatment for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children with comorbid tic disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, 6, Art. No. CD007990.
- PARK, J. L., HUDEC, K. L. & JOHNSTON, C. 2017. Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 56, 25–39.
- PARKES, A., SWEETING, H. & WIGHT, D. 2015. Parenting stress and parent support among mothers with high and low education. *J Fam Psychol*, 29, 907–18.
- PAULI-POTT, U. 2008. Mothers with depressive symptoms: cross-situational consistency and temporal stability of their parenting behavior. *Infant Behav Dev*, 31, 679–87.
- PAULI-POTT, U., REINHARDT, A., BAGUS, E., WOLLENBERG, B., SCHROER, A., HEINZEL-GUTENBRUNNER, M. & BECKER, K. 2017. Psychosocial risk factors underlie the link between attention deficit hyperactivity symptoms and overweight at school entry. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 26, 67–73.
- PEASGOOD, T., BHARDWAJ, A., BIGGS, K., BRAZIER, J. E., COGHILL, D., COOPER, C. L., DALEY, D., DE SILVA, C., HARPIN, V., HODGKINS, P., NADKARNI, A., SETYAWAN, J. & SONUGA-BARKE, E. J. 2016. The impact of ADHD on the health and well-being of ADHD children and their siblings. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25, 1217–31.
- PEREZ ALGORTA, G., KRAGH, C. A., ARNOLD, L. E., MOLINA, B. S. G., HINSHAW, S. P., SWANSON, J. M., HECHTMAN, L., COPLEY, L. M., LOWE, M. & JENSEN, P. S. 2014. Maternal ADHD Symptoms, Personality, and Parenting Stress: Differences Between Mothers of Children With ADHD and Mothers of Comparison Children. *J Atten Disord*, 22, 1266–77.
- PETERMANN, F. & KULLIK, A. 2011. Frühe Emotionsdysregulation: Ein Indikator für psychische Störungen im Kindesalter? *Kindh Entwickl*, 20, 186–96.
- PETERSEN, R., PETERMANN, F. & PETERMANN, U. 2017. Feinfühliges Elternverhalten und kindliche Emotionsregulation. *Kindh Entwickl*, 26, 147–56.
- PISULA, A., BRYŃSKA, A., WÓJTOWICZ, S., SREBNICKI, T. & WOLAŃCZYK, T. 2019. The change in general health, sense of coherence and coping styles in parents

- participating in Workshops for Parents of Hyperactive Children. *Psychiatr Pol*, 53, 419–32.
- PLÜCK, J., WIECZORREK, E., WOLFF METTERNICH, T. & DÖPFNER, M. 2006. *Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP). Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen*, Göttingen, Hogrefe.
- PODOLSKI, C.-L. & NIGG, J. T. 2001. Parent Stress and Coping in Relation to Child ADHD Severity and Associated Child Disruptive Behavior Problems. *J Clin Child Psychol*, 30, 503–13.
- POLANCZYK, G., DE LIMA, M., HORTA, B., BIEDERMAN, J. & ROHDE, L. 2007. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry*, 164, 942–8.
- POPOW, C. & OHMANN, S. 2020. ADHS im Kindes- und Jugendalter. Update 2020. *Pädiatrie & Pädologie*, 55, 1–22.
- PSOUNI, E. 2019. The influence of attachment representations and co-parents' scripted knowledge of attachment on fathers' and mothers' caregiving representations. *Attach Hum Dev*, 21, 485–509.
- PSYCHOTHERAPIE, D. G. F. R. K.-J. P. U. 3. überarbeitete Auflage 2007. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. In: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDER-, J., PSYCHOSOMATIK, & PSYCHOTHERAPIE (ed.). Deutscher Ärzte Verlag.
- RAVENS-SIEBERER, U. & BULLINGER, M. 1998. Assessing health related quality of life in chronically ill children with the german KINDL: first psychometric and content analytical results. *Child Care Health Dev*, 7, 399–407.
- RAVENS-SIEBERER, U. & BULLINGER, M. 2000. *KINDL-R - Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, revidierte Form: Manual*, Berlin, Robert-Koch-Institut.
- RAVENS-SIEBERER, U., ERHART, M., WILLE, N. & BULLINGER, M. 2008. Health-related quality of life in children and adolescents in Germany: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17 Suppl 1, 148–56.
- REALE, L., BARTOLI, B., CARTABIA, M., ZANETTI, M., COSTANTINO, M. A., CANEVINI, M. P., TERMINE, C., BONATI, M. & LOMBARDY, A. G. 2017. Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 26, 1443–57.
- RENNER, G., LESSING, T., KRAMPEN, G. & IRBLICH, D. 2012. Reliabilität und Retest-Stabilität der „Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung für Kinder“ (KITAP) bei 6- bis 7-jährigen Kindern. *Zeitschrift für Neuropsychol*, 23, 27–36.

- RIECHMANN, E., SATTLER, F. A., CHRISTIANSEN, H. & CHAVANON, M.-L. 2017. Emotionsregulation. *Lernen und Lernstörungen*, 6, 145–55.
- ROSEN, H. & PHILIPSEN, A. 2019. Multimodale Ansätze bei ADHS. *DNP*, 20, 105–12.
- ROSKAM, I., STIEVENART, M., TESSIER, R., MUNTEAN, A., ESCOBAR, M. J., SANTELICES, M. P., JUFFER, F., VAN IJZENDOORN, M. H. & PIERREHUMBERT, B. 2014. Another way of thinking about ADHD: the predictive role of early attachment deprivation in adolescents' level of symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49, 133–44.
- ROTHENBERGER, A., DANCKAERTS, M., DÖPFNER, M., SERGEANT, J. & STEINHAUSEN, H. C. 2004. EINAQ - a European educational initiative on Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and associated problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13 Suppl 1, 31–5.
- ROWLAND, A. S., SKIPPER, B. J., RABINER, D. L., QEADAN, F., CAMPBELL, R. A., NAFTEL, A. J. & UMBACH, D. M. 2018. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Interaction between socioeconomic status and parental history of ADHD determines prevalence. *J Child Psychol Psychiatr*, 59, 213–22.
- RUSSELL, A. E., FORD, T., WILLIAMS, R. & RUSSELL, G. 2016. The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev*, 47, 440–58.
- SALARI, R., BOHLIN, G., RYDELL, A.-M. & THORELL, L. B. 2016. Neuropsychological Functioning and Attachment Representations in Early School Age as Predictors of ADHD Symptoms in Late Adolescence. *Child Psychiatry Hum Dev*, 48, 370–84.
- SANDERS, M. R., MARKIE-DADDS, C. & TURNER, K. M. T. 2006. *Trainermanual für das Triple P Einzeltraining*, PAG Institut für Psychologie AG (Hrsg. dt. Aufl.). Münster, Verlag für Psychotherapie.
- SCHILLING, V., PETERMANN, F. & HAMPEL, P. 2006. Psychosoziale Situation bei Familien von Kindern mit ADHS. *Z Psychiatr Psychol Psychother*, 54, 293–301.
- SCHLACK, R., MAUZ, E., HEBEBRAND, J., HOLLING, H. & GROUP, K. S. 2014. Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003–2006 und 2009–2012 zugenommen? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 57, 820–9.
- SCHLOS, S., SCHRAMM, M., CHRISTIANSEN, H., SCHOLZ, K.-K., SCHUH, L. C., DÖPFNER, M., BECKER, K. & PAULI-POTT, U. 2015. Expressed Emotion, Mutter-Kind-Beziehung und ADHS-Symptome im Vorschulalter. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 43, 425–31.



- SCHMIDT, A.-C., GABLONSKI, T.-C., WLADIKA, W., OBERLERCHNER, H., LEX, C. & ANDREAS, S. 2018. ADHS im Erwachsenenalter und Borderline-Persönlichkeitsstörung: Eine Pilotstudie zu den Unterschieden im Bindungsstil und frühkindlichen Traumatisierungen. *Z Psychosom Med Psychother*, 64, 262–80.
- SCHMIDT-TROSCHKE, S. O., OSTERMANN, T., MELCHER, D., SCHUSTER, R., ERBEN, C. M. & MATTHIESSEN, P. F. 2004. Der Einsatz von Methylphenidat im Kindesalter: Analyse des Verordnungsverhaltens auf der Basis von Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen zu Arzneimittelverordnungen. *Gesundheitswesen*, 66, 387–92.
- SCHÖFFSKI, O., SOHN, S. & HAPPICH, M. 2008. Die gesamtgesellschaftliche Belastung durch die hyperkinetische Störung (HKS) bzw. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Gesundheitswesen*, 70, 398–403.
- SCHOLTENS, S., RYDELL, A. M., BOHLIN, G. & THORELL, L. B. 2014. ADHD symptoms and attachment representations: considering the role of conduct problems, cognitive deficits and narrative responses in non-attachment-related story stems. *J Abnorm Child Psychol*, 42, 1033–42.
- SCHUCHARDT, K., FISCHBACH, A., BALKE-MELCHER, C. & MAHLER, C. 2015. Die Komorbidität von Lernschwierigkeiten mit ADHS-Symptomen im Grundschulalter. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 43, 185–93.
- SCHULTE-KÖRNE, G. 2008. Diagnostik des ADHS. *Monatsschr Kinderheilkd*, 156, 740–7.
- SCHULZ VON THUN, F. 2011. *Miteinander reden/Bd.1: Störungen und Klärungen: allgemeine Psychologie der Kommunikation*, Reinbek, Rowohlt Taschenbuch.
- SCHWÖRER, M. C., NITKOWSKI, D., PETERMANN, F. & PETERMANN, U. 2018. Kinder mit ADHS: Psychosoziale Belastungen bei Eltern. *Z Psychiatr Psychol Psychother*, 66, 248–52.
- SCIBERRAS, E., EFRON, D. & ISER, A. 2011. The child's experience of ADHD. *J Atten Disord*, 15, 321–7.
- SCIBERRAS, E., LUCAS, N., EFRON, D., GOLD, L., HISCOCK, H. & NICHOLSON, J. M. 2013. Health Care Costs Associated With Parent- Reported ADHD: A Longitudinal Australian Population-Based Study. *J Atten Disord*, 21, 1063–72.
- SEIDLER, E. 2004. „Zappelphilipp“ und ADHS: Von der Unart zur Krankheit. *Dtsch Arztebl*, 101, A239–43.
- SHAFFER, A. & OBRADOVIC, J. 2017. Unique contributions of emotion regulation and executive functions in predicting the quality of parent-child interaction behaviors. *J Fam Psychol*, 31, 150–9.
- SHAW, P., STRINGARIS, A., NIGG, J. & LEIBENLUFT, E. 2014. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 171, 276–93.

- SHENAAR-GOLAN, V., WALD, N. & YATZKAR, U. 2017. Patterns of emotion regulation and emotion-related behaviors among parents of children with and without ADHD. *Psychiatry Res*, 258, 494–500.
- SINGH, I. 2007. Clinical implications of ethical concepts: moral self-understandings in children taking methylphenidate for ADHD. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 12, 167–82.
- SMOLLER, J. W., CRADDOCK, N., KENDLER, K., LEE, P. H., NEALE, B. M., NURNBERGER, J. I., RIPKE, S., SANTANGELO, S. & SULLIVAN, P. F. 2013. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet*, 381, 1371–9.
- SOBANSKI, E., BANASCHEWSKI, T., ASHERSON, P., BUITELAAR, J., CHEN, W., FRANKE, B., HOLTSMANN, M., KRUMM, B., SERGEANT, J., SONUGA-BARKE, E., STRINGARIS, A., TAYLOR, E., ANNEY, R., EBSTEIN, R. P., GILL, M., MIRANDA, A., MULAS, F., OADES, R. D., ROEYERS, H., ROTHENBERGER, A., STEINHAUSEN, H. C. & FARAONE, S. V. 2010. Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence. *J Child Psychol Psychiatry*, 51, 915–23.
- SOCHOS, A. & YAHYA, F. 2015. Attachment Style and Relationship Difficulties in Parents of Children with ADHD. *J Child Fam Stud*, 24, 3711–22.
- SONUGA-BARKE, E. J., DALEY, D. & THOMPSON, M. 2002. Does Maternal ADHD Reduce the Effectiveness of Parent Training for Preschool Children's ADHD? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, 696–702.
- SPRICH, S., BIEDERMAN, J., HARDING CRAWFORD, M., MUNDY, E. & FARAONE, S. V. 2000. Adoptive and Biological Families of Children and Adolescents With ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39, 1432–7.
- STEGMANN, B., REXROTH, C. A., WENZEL-SEIFERT, K. & HAEN, E. 2015. Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 43, 101–14.
- STEINHAUSEN, H. C., DÖPFNER, M. & SCHUBERT, I. 2016. Zeitliche Trends bei den Häufigkeiten für Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und Stimulanzienbehandlung. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 44, 275–84.
- STEINHAUSEN, H. C., GOLLNER, J., BRANDEIS, D., MULLER, U. C., VALKO, L. & DRECHSLER, R. 2013. Psychopathology and personality in parents of children with ADHD. *J Atten Disord*, 17, 38–46.
- STOREBO, O. J., RASMUSSEN, P. D. & SIMONSEN, E. 2016. Association Between Insecure Attachment and ADHD: Environmental Mediating Factors. *J Atten Disord*, 20, 187–96.
- STOREBO, O. J., SKOOG, M., RASMUSSEN, P. D., WINKEL, P., GLUUD, C., PEDERSEN, J., THOMSEN, P. H. & SIMONSEN, E. 2015. Attachment Competences in Children

- With ADHD During the Social-Skills Training and Attachment (SOSTRA) Randomized Clinical Trial. *J Atten Disord*, 19, 865–71.
- STROHSCHHEIN, L. A. 2007. Prevalence of methylphenidate use among Canadian children following parental divorce. *CMAJ*, 176, 1711–4.
- STRÜBER, N. 2016. *Die erste Bindung*, Stuttgart, Klett-Cotta.
- TAYLOR, E., DÖPFNER, M., SERGEANT, J., ASHERSON, P., BANASCHEWSKI, T., BUITELAAR, J., COGHILL, D., DANCKAERTS, M., ROTHENBERGER, A., SONUGA-BARKE, E., STEINHAUSEN, H. C. & ZUDDAS, A. 2004. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder - first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13 Suppl 1, 7–30.
- TELMAN, L. G. E., VAN STEENSEL, F. J. A., MARIC, M. & BOGELS, S. M. 2017. Are Anxiety Disorders in Children and Adolescents Less Impairing Than ADHD and Autism Spectrum Disorders? Associations with Child Quality of Life and Parental Stress and Psychopathology. *Child Psychiatry Hum Dev*, 48, 891–902.
- TRÖSTER, H. 2011. *Eltern-Belastungs-Inventar*, Göttingen, Hogrefe.
- VAN LIER, P. A. & CRIJNEN, A. A. 2005. Trajectories of peer-nominated aggression: risk status, predictors and outcomes. *J Abnorm Child Psychol*, 33, 99–112.
- VON GONTARD, A. & EQUIT, M. 2015. Comorbidity of ADHD and incontinence in children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 24, 127–40.
- WAGNER, P., RODE, S., DIETRICH, G. & BRAUNIG, P. 2006. Psychotherapie und Psychoedukation bei bipolaren Störungen - manualisierte Therapieprogramme. *Psychiatr Prax*, 33 Suppl 1, 71–6.
- WEBER-BORGMANN, I., BURDACH, S., BARCHFELD, P. & WURMSER, H. 2014. ADHS und das Ausmaß der elterlichen Stressbelastung bei mangelnder Spielfähigkeit im Säuglings- und Kleinkindalter. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 42, 147–55.
- WEHMEIER, P. M., SCHACHT, A. & BARKLEY, R. A. 2010. Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *J Adolesc Health*, 46, 209–17.
- WEIHRAUCH, L., SCHÄFER, R. & FRANZ, M. 2014. Long-term efficacy of an attachment-based parental training program for single mothers and their children: a randomized controlled trial. *J Public Health*, 22, 139–53.
- WEYERS, L., ZEMP, M. & ALPERS, G. W. 2019. Impaired Interparental Relationships in Families of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Z Psychol*, 227, 31–41.
- WHO 2017. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. World Health organisation.

- WIENER, J., BIONDIC, D., GRIMBOS, T. & HERBERT, M. 2016. Parenting Stress of Parents of Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *J Abnorm Child Psychol*, 44, 561–74.
- WILLIAMS, N. M., ZAHARIEVA, I., MARTIN, A., LANGLEY, K., MANTRIPRAGADA, K., FOSSDAL, R., STEFANSSON, H., STEFANSSON, K., MAGNUSSON, P., GUDMUNDSSON, O. O., GUSTAFSSON, O., HOLMANS, P., OWEN, M. J., O'DONOVAN, M. & THAPAR, A. 2010. Rare chromosomal deletions and duplications in attention-deficit hyperactivity disorder: a genome-wide analysis. *Lancet*, 376, 1401–8.
- WITTHÖFT, J., KOGLIN, U. & PETERMANN, F. 2010. Zur Komorbidität von aggressivem Verhalten und ADHS. *Kindh Entwickl*, 19, 218–27.
- WOLRAICH, M. L. 2006. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Can It be Recognized and Treated in Children Younger Than 5 Years? *Infants Young Child*, 19, 86–93.
- WYMBS, B. T., DAWSON, A. E., EGAN, T. E., SACCHETTI, G. M., TAMS, S. T. & WYMBS, F. A. 2017. ADHD and Depression Symptoms in Parent Couples Predict Response to Child ADHD and ODD Behavior. *J Abnorm Child Psychol*, 45, 471–84.
- XIANG, Y.-T., LUK, E. S. L. & LAI, K. Y. C. 2009. Quality of life in parents of children with attention-deficit. *Aust N Z J Psychiatry*, 43, 731–8.
- ZEMP, M. 2018. Die elterliche Paarbeziehung in Familien mit Kindern mit ADHS: Wechselwirkungen zwischen Partnerschaftsstörungen und kindlicher Symptomatik. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 46, 285–97.
- ZHOU, K., DEMPFE, A., ARCOS-BURGOS, M., BAKKER, S., BANASCHEWSKI, T. B., B., BUITELAAR, J., CASTELLANOS, F., DOYLE, A., EBSTEIN, R., EKHOLM, J., FORABOSCO, P. F., B., FREITAG, C., FRIEDEL, S., GILL, M., HEBEBRAND, J., HINNEY, A., JACOB, C., LESCH, K., LOO, S., LOPERA, F., MCCRACKEN, J. M., J., MEYER, J., MICK, E., MIRANDA, A., MUENKE, M., MULAS, F., NELSON, S., NGUYEN, T., OADES, R., OGDIE, M., PALACIO, J., PINEDA, D., REIF, A., RENNER, T., ROEYERS, H., ROMANOS, M., ROTHENBERGER, A., SCHÄFER, H., SERGEANT, J., SINKE, R., SMALLEY, S., SONUGA-BARKE, E., STEINHAUSEN, H. C., VAN DER MEULEN, E., WALITZA, S., WARNKE, A. L., C., FARAONE, S. & ASHERSON, P. 2008. Meta-Analysis of Genome-Wide Linkage Scans of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 147B, 1392–8.
- ZIEGENHAIN, U., FEGERT, J. M., PETERMANN, F., SCHNEIDER-HASSLOF, H. & KÜNSTER, A. K. 2014. Inobhutnahme und Bindung. *Kindh Entwickl*, 23, 248–59.
- ZIMMERMANN, P., GONDAN, M. & FIMM, B. 2002. *KITAP Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung für Kinder*, Herzogenrath, Psytest.

- ZIMMERMANN, P., SUESS, G., SCHEUERER-ENGLISCH, H. & GROSSMANN, K. E. 1999. Bindung und Anpassung von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter. *Kindh Entwickl*, 8, 36–48.
- ZULAUF LOGOZ, M. 2012. Bindung, Vertrauen und Selbstvertrauen. *ZfPäd*, 58, 784–98.
- ZWI, M., JONES, H., THORGAARD, C., YORK, A. & DENNIS, J. A. 2011. Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Rev*, Art. No. CD003018.

## 6. Anhang

Alle genutzten Fragebögen

<h1>MUSTER</h1>		<input checked="" type="checkbox"/> Electric Paper
EvaSys	ADHS-Screening [Copy]	
Stadt Neuss Heinrich Heine Universität Düsseldorf	Neusser Eltern-Fachkräfte-Training ADHS - NEFTA NEFTA-Screening	

Markieren Sie so:     Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.  
Korrektur:     Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

### 1. Unsere/Meine Kontaktdaten

Wir interessieren uns/ich interessiere mich für die Teilnahme an einem wissenschaftlich begleiteten Gruppentraining für Eltern von Kindern mit ADHS.  
Bitte nehmen Sie Kontakt zu uns/mir auf und informieren uns/mich über die weiteren Projektschritte.

Unsere/meine Kontaktdaten:

1.1 Name, Vorname(n)

1.2 Straße, Hausnummer

1.3 Postleitzahl, Ort

1.4 Telefon

1.5 E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

# MUSTER

EvaSys

ADHS-Screening [Copy]

Electric Paper

## 2. Allgemeines

2.1 Ich/wir würde/n gerne an einem **Gruppenkurs für Eltern von Kindern mit ADHS** teilnehmen.

- Ja  Nein

2.2 Ich/wir haben die Möglichkeit an einem solchen Gruppenkurs teilzunehmen:

- als Elternpaar  als einzelner Elternteil

2.3 Wo sollte der Kurs am besten stattfinden?

- In einer KiTa  In einer Schule  Ist mir egal

2.4 Zu welcher Zeit können Sie am ehesten an einem Gruppenkurs für Eltern von Kindern mit ADHS teilnehmen? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- vormittags  nachmittags  abends

2.5 Während des Kurses benötigen wir/benötige ich eine Betreuung für unser(e)/mein(e) Kind/er

- Ja  Nein

2.6 Der Fragebogen wird ausgefüllt von

- Mutter  Vater

2.7 Geburtsdatum:

2.8 Nationalität:

2.9 Deutschkenntnisse

- Muttersprache  sehr gut  gut  
 etwas  schlecht

2.10 höchster Schulabschluss

- kein Abschluss  Hauptschule  Mittlere Reife  
 Abitur  Hochschule

2.11 Beruf:

# MUSTER

EvaSys

ADHS-Screening [Copy]

Electric Paper

## 2. Allgemeines [Fortsetzung]

2.12 Ich lebe in einer festen Partnerschaft

Ja

Nein

2.13 Ich bin alleinerziehend

Ja

Nein

2.14 Wieviele Kinder haben Sie?

2.15 Wie alt ist Ihr Kind/sind Ihre Kinder?

2.16 Bei mindestens einem meiner Kinder liegt

eine gesicherte ADHS-Diagnose vor

ein Verdacht auf ADHS vor

2.17 Falls bereits ADHS bei Ihrem Kind diagnostiziert wurde, nennen Sie bitte ggf. Name und Anschrift des Arztes/Psychotherapeuten:

2.18 Da noch **keine** ADHS-Diagnose gestellt wurde, möchte/n ich/wir

die Diagnose vor Beginn der Studie bei einem uns bekannten Arzt/Psychotherapeuten stellen lassen

Kontaktdaten von Ärzten/Psychotherapeuten erhalten, die die Diagnose vor Beginn der Studie stellen können



# MUSTER

EvaSys

ADHS-Screening [Copy]

Electric Paper

## 4. DISYPS

Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung die Zahl an, die angibt, wie zutreffend diese Beschreibung auf ihr Kind ist.  
Wenn nicht bekannt, bitte 0 ankreuzen.

0 - gar nicht  
1 - ein wenig  
2 - weitgehend  
3 - besonders

4.1 Beachtet bei den Schularbeiten, bei anderen Tätigkeiten oder bei der Arbeit häufig Einzelheiten nicht oder macht häufig Flüchtigkeitsfehler.

4.2 Hat bei Aufgaben oder Spielen oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit längere Zeit aufrecht zu erhalten (dabei zu bleiben).

4.3 Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere sie/ihn ansprechen.

4.4 Kann häufig Aufträge von anderen nicht vollständig durchführen und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz häufig nicht zu Ende bringen.

4.5 Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.

4.6 Hat eine Abneigung gegen Aufgaben, bei denen sie/er sich länger konzentrieren und anstrengen muss (z. B. Hausaufgaben). Vermeidet diese Aufgaben oder macht sie nur widerwillig.

4.7 Verliert häufig Gegenstände, die sie/er für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).

F2517U0P6PLOV0

21.01.2014, Seite 6/13

# MUSTER

# MUSTER

## 4. DISYPS [Fortsetzung]

	0 - gar nicht	1 - ein wenig	2 - weitgehend	3 - besonders
4.8 Lässt sich oft durch ihre/seine Umgebung (äußere Reize) leicht ablenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9 Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich (z.B. vergisst Schulsachen oder Kleidungsstücke).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10 Zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht häufig auf dem Stuhl herum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11 Steht oft im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.12 Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten zu beschäftigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.13 Lläuft herum oder klettert permanent, wenn es unpassend ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.14 Beschreibt ein häufig auftretendes starkes Gefühl der inneren Unruhe (besonders bei Jugendlichen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.15 Zeigt durchgängig eine extreme Unruhe, die durch die Umgebung oder durch Aufforderungen nicht dauerhaft beeinflussbar ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.16 Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oft, als wäre sie/er angetrieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# MUSTER

EvaSys

ADHS-Screening [Copy]

Electric Paper

## 4. DISYPS [Fortsetzung]

0 - gar nicht  
1 - ein wenig  
2 - weitgehend  
3 - besonders

4.17 Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor Fragen zu Ende gestellt sind.

4.18 Kann häufig nur schwer warten, bis sie/er an der Reihe ist (z.B. beim Spielen oder in einer Gruppe).

4.19 Unterbricht oder stört andere häufig (z.B. platzt in die Unterhaltung oder Spiele anderer hinein).

4.20 Redet häufig übermäßig viel.

# MUSTER

EvaSys

ADHS-Screening [Copy]

Electric Paper

## 4. DISYPS [Fortsetzung]

Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung die Zahl an, die angibt, wie zutreffend diese Beschreibung für ihr Kind ist. Wenn nicht bekannt, bitte 0 ankreuzen. Dieser Fragebogen wird zur Beurteilung von Kindern und Jugendlichen eingesetzt. Beantworten Sie bitte alle Fragen, auch wenn Ihnen einige Fragen dem Alter des Kindes/Jugendlichen nicht angemessen erscheinen.

### Teil A:

	0 - gar nicht	1 - ein wenig	2 - weitgehend	3 - besonders
4.21 Hat für sein Alter ungewöhnlich häufige oder schwere Wutanfälle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.22 Wird schnell wütend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.23 Streitet häufig mit Erwachsenen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.24 Widersetzt sich häufig aktiv den Anweisungen oder Regeln von Erwachsenen oder weigert sich, diese zu befolgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.25 Ärgert andere häufig absichtlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.26 Schiebt häufig die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.27 Ist leicht reizbar oder lässt sich von anderen leicht ärgern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.28 Ist häufig zornig und ärgert sich schnell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.29 Ist häufig boshaft oder rachsüchtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F2517U0P9PLOV0

21.01.2014, Seite 9/13

# MUSTER

# MUSTER

EvaSys

ADHS-Screening [Copy]

Electric Paper

## 5. SDQ

Dieser Fragebogen beschäftigt sich mit dem **Verhalten Ihres (NEFTA-) Kindes**. Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "nicht zutreffend", "teilweise zutreffend" oder "eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten des Kindes in den letzten sechs Monaten beziehungsweise in diesem Kindergarten-/ Schuljahr.

Mein Kind war in den letzten sechs Monaten...	nicht zutreffend	teilweise zutreffend	eindeutig zutreffend
5.1 Rücksichtsvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5 Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6 Einzelgänger; spielt meist alleine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7 Im Allgemeinen folgsam: macht meist, was Erwachsene verlangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8 Hat viele Sorgen, erscheint häufig bedrückt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F2517U0P11PLOV0

21.01.2014, Seite 11/13

# MUSTER

# MUSTER

EvaSys

ADHS-Screening [Copy]

Electric Paper

## 5. SDQ [Fortsetzung]

	<i>nicht zutreffend</i>	<i>teilweise zutreffend</i>	<i>eindeutig zutreffend</i>
5.9 Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10 Ständig zappelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11 Hat mindestens einen guten Freund oder eine gute Freundin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12 Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.13 Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.14 Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.15 Leicht ablenkbar, unkonzentriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.16 Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.17 Lieb zu jüngeren Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.18 Lügt oder mogelt häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F2517U0P12PL0V0

21.01.2014, Seite 12/13

# MUSTER

# MUSTER

EvaSys

ADHS-Screening [Copy]

Electric Paper

## 5. SDQ [Fortsetzung]

	<i>nicht zutreffend</i>	<i>teilweise zutreffend</i>	<i>eindeutig zutreffend</i>
5.19 Wird von anderen gehänselt oder schikaniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.20 Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern, Erziehern oder anderen Kindern).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.21 Denkt nach, bevor er/sie handelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.22 Stiehlt zu Hause, in der Schule/Kindergarten oder anderswo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.23 Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.24 Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.25 Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentration.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank!

# MUSTER

## 5. EKS

Auf dieser Seite finden Sie eine Reihe von Schwierigkeiten bei der Kindererziehung, die von Eltern oft diskutiert werden. Bitte geben Sie jedesmal an, **ob (JA/NEIN)** und **in welchem Ausmaß (1 bis 7)** diese Punkte für Sie und Ihren Partner **während der letzten vier Wochen** ein Problem dargestellt haben.

Bearbeiten Sie bitte die einzelnen Punkte der Reihe nach und lassen Sie keinen aus. Halten Sie sich bei den einzelnen Aussagen nicht zu lange auf, sondern kreuzen Sie immer die Antwortmöglichkeit an, die am ehesten auf Sie zutrifft. Es gibt auch hier keine richtigen oder falschen Antworten, sondern es geht um Ihre persönliche Meinung.

- |      |  |           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |            |
|------|--|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| 5.1  | Meinungsverschiedenheiten über Regeln im Haus (z. B. über die Schlafenszeit oder darüber wo gespielt werden darf). | Ja        | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | Nein                     |                          |                          |                          |            |
| 5.2  | In welchem Ausmaß ist dieser Punkt ein Problem für Sie und Ihren Partner?  | gar nicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr stark |
| 5.3  | Meinungsverschiedenheiten über die Art der Bestrafung der Kinder.  | Ja        | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | Nein                     |                          |                          |                          |            |
| 5.4  | In welchem Ausmaß ist dieser Punkt ein Problem für Sie und Ihren Partner?  | gar nicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr stark |
| 5.5  | Meinungsverschiedenheiten darüber, wer die Kinder bestrafen sollte.  | Ja        | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | Nein                     |                          |                          |                          |            |
| 5.6  | In welchem Ausmaß ist dieser Punkt ein Problem für Sie und Ihren Partner?  | gar nicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr stark |
| 5.7  | Streit in Gegenwart der Kinder.  | Ja        | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | Nein                     |                          |                          |                          |            |
| 5.8  | In welchem Ausmaß ist dieser Punkt ein Problem für Sie und Ihren Partner?  | gar nicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr stark |
| 5.9  | Unterschiede im Verhalten zwischen Vater und Mutter.   | Ja        | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | Nein                     |                          |                          |                          |            |
| 5.10 | In welchem Ausmaß ist dieser Punkt ein Problem für Sie und Ihren Partner?  | gar nicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr stark |





### 5. EKS [Fortsetzung]

5.11 Eltern haben wegen der Kinder kaum Zeit, für sich alleine zu sein. Ja   Nein

5.12 In welchem Ausmaß ist dieser Punkt ein Problem für Sie und Ihren Partner? gar nicht         sehr stark

5.13 Meinungsverschiedenheiten darüber, wie das Pensum der Kinderbetreuung aufgeteilt wird. Ja   Nein

5.14 In welchem Ausmaß ist dieser Punkt ein Problem für Sie und Ihren Partner? gar nicht         sehr stark

5.15 Unfähigkeit, die Unstimmigkeiten bezüglich der Kindererziehung zu lösen. Ja   Nein

5.16 In welchem Ausmaß ist dieser Punkt ein Problem für Sie und Ihren Partner? gar nicht         sehr stark

5.17 Diskussionen über die Erziehung der Kinder endet häufig im Streit. Ja   Nein

5.18 In welchem Ausmaß ist dieser Punkt ein Problem für Sie und Ihren Partner? gar nicht         sehr stark

5.19 Sich gegenseitig in den Rücken fallen. Ja   Nein

5.20 In welchem Ausmaß ist dieser Punkt ein Problem für Sie und Ihren Partner? gar nicht         sehr stark

5.21 Bevorzugung eines Kindes vor einem anderen durch ein Elternteil. Ja   Nein

5.22 In welchem Ausmaß ist dieser Punkt ein Problem für Sie und Ihren Partner? gar nicht         sehr stark



### 5. EKS [Fortsetzung]

5.23 Mangel an Austausch der Partner über die Kindererziehung. Ja   Nein

5.24 In welchem Ausmaß ist dieser Punkt ein Problem für Sie und Ihren Partner? gar nicht         sehr stark

5.25 Mangel an Austausch der Partner über andere Dinge. Ja   Nein

5.26 In welchem Ausmaß ist dieser Punkt ein Problem für Sie und Ihren Partner? gar nicht         sehr stark

5.27 Ein Elternteil ist nachsichtig, der andere eher streng. Ja   Nein

5.28 In welchem Ausmaß ist dieser Punkt ein Problem für Sie und Ihren Partner? gar nicht         sehr stark

5.29 Die Kinder benehmen sich bei einem Elternteil "schlimmer" als beim anderen. Ja   Nein

5.30 In welchem Ausmaß ist dieser Punkt ein Problem für Sie und Ihren Partner? gar nicht         sehr stark

5.31 Meinungsverschiedenheiten darüber, was ungezogenes Verhalten ist. Ja   Nein

5.32 In welchem Ausmaß ist dieser Punkt ein Problem für Sie und Ihren Partner? gar nicht         sehr stark



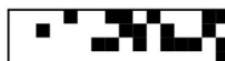
## 6. EBI

Die Erziehung eines Kindes bringt eine Vielzahl von Herausforderungen mit sich, die täglich bewältigt werden müssen. Dabei gibt es sicher auch Zeiten, in denen besondere Belastungen in der Erziehung auftreten, bei denen gerade Sie als Mutter oder Vater sehr gefordert sind. Mit den folgenden Fragen möchten wir näheren Aufschluss darüber gewinnen, wie Sie die zahlreichen Anforderungen erleben und wie sich diese auf Ihre persönliche Lebensführung und Ihre Familie auswirken.

Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und kreuzen Sie die Antwort an, die am ehesten für Sie zutrifft. Überlegen Sie nicht lange, sondern antworten Sie spontan. Es geht um Ihr persönliches Empfinden, es gibt also keine "richtigen" oder "falschen" Antworten! Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Der Fragebogen enthält einige Fragen zum Kind. Beantworten Sie bitte diese Fragen in Bezug auf das "NEFTA-Kind".

	<i>trifft genau zu</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>nicht sicher</i>	<i>trifft eher nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
6.1 Mein Kind ist wesentlich aktiver als andere Kinder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Seit ich mein Kind habe, bin ich öfter krank.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Ich fühle mich durch die Verantwortung als Mutter/ Vater manchmal eingeengt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 Mein Kind ist oft unkonzentriert und leicht ablenkbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Um meinem Kind gerecht zu werden, muss ich mich stärker einschränken, als ich mir vorgestellt hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6 In der letzten Zeit fühle ich mich nicht mehr so fit und leistungsfähig wie früher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7 Seit ich Mutter/Vater bin, ist es schwieriger für mich, neue Kontakte zu knüpfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8 Mein Kind hat mehr Schwierigkeiten als andere Kinder, sich zu konzentrieren und aufzupassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.9 Seit ich Mutter/Vater bin, habe ich weniger Gelegenheiten, meine Freunde oder Freundinnen zu treffen und neue Freundschaften zu schließen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 6. EBI [Fortsetzung]

	<i>trifft genau zu</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>nicht sicher</i>	<i>trifft eher nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
6.10 Ich habe nicht mehr so viel Energie, Dinge zu tun, die mir früher Spaß gemacht haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.11 Ich habe nicht mehr so viel Interesse an anderen Menschen wie früher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.12 Im letzten halben Jahr war ich körperlich sehr erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.13 Ich fühle mich oft auf mich allein gestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.14 Ich habe das Gefühl, als Mutter/Vater auf vieles verzichten zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.15 Ich fühle mich oft erschöpft, weil mein Kind so aktiv ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.16 Seit das Kind da ist, habe ich kaum noch Zeit für mich selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.17 Mein Kind gerät schon bei Kleinigkeiten schnell aus der Fassung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.18 Einige Dinge in der Erziehung meines Kindes fallen mir schwerer als ich erwartet hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.19 Mein Kind braucht im Allgemeinen etwas länger als andere Kinder, um neue Dinge zu lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.20 Wenn mein Kind etwas nicht bekommen kann, ist es oft nur schwer zu beruhigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.21 Es fällt mir manchmal schwer, mich in mein Kind einzufühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 6. EBI [Fortsetzung]

	<i>trifft genau zu</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>nicht sicher</i>	<i>trifft eher nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
6.22 Mein Kind macht einige Dinge, die mich stören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.23 Es fällt mir manchmal schwer herauszufinden, was mein Kind braucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.24 Ich bin mir manchmal nicht sicher, ob ich den Anforderungen als Mutter/Vater wirklich gewachsen bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.25 In manchen Situationen wünschte ich mir, ich könnte besser nachempfinden, was in meinem Kind vorgeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.26 Meinem Kind fällt es manchmal schwer, sich an Veränderungen im Tagesablauf oder in der häuslichen Umgebung zu gewöhnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.27 Es dauert manchmal länger, bis Eltern ein Gefühl der Nähe und Wärme für ihr Kind entwickeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.28 Ich habe manchmal den Eindruck, dass mein Kind nicht so offen auf andere Menschen zugeht wie andere Kinder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.29 Ich habe manchmal den Eindruck, dass ich mit einigen Dingen nicht besonders gut zurechtkomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.30 Manchmal scheint mein Kind Dinge vergessen zu haben, die es schon einmal gelernt hatte, und zeigt Verhaltensweisen, die eher typisch für jüngere Kinder sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.31 Mein Kind reagiert oft sehr heftig, wenn etwas passiert, das es nicht mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.32 Mutter/Vater zu sein ist schwieriger als ich dachte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 6. EBI [Fortsetzung]

	trifft genau zu	trifft eher zu	nicht sicher	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
6.33 Seit das Kind da ist, verbringen mein Partner/meine Partnerin und ich nicht so viel Zeit gemeinsam wie ich mir wünsche. <i>(Lassen Sie die Frage bitte aus, wenn Sie zurzeit nicht in einer festen Partnerschaft leben)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.34 Mein Kind wacht oft bereits schlecht gelaunt auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.35 Es bedrückt mich, wenn ich merke, dass ich gereizt auf mein Kind reagiere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.36 Seit das Kind da ist, habe ich weniger Interesse an Sexualität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.37 Ich denke manchmal, dass ich etwas falsch mache, wenn mein Kind sich schlecht benimmt oder zu viel quengelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.38 Einige Verhaltensweisen meines Kindes (z.B. trödeln, quengeln, nicht gehorchen, widersprechen) kosten mich viel Energie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.39 Ich habe den Eindruck, dass mein Kind mehr Zuwendung und Fürsorge braucht als andere Kinder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.40 Es bedrückt mich, wenn ich darüber nachdenke, was man in der Erziehung alles falsch machen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.41 Seit ich das Kind habe, unternehme ich nicht mehr so viel gemeinsam mit meinem Partner/meiner Partnerin. <i>(Lassen Sie diese Frage bitte aus, wenn Sie zurzeit nicht in einer festen Partnerschaft leben.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.42 Ich habe manchmal das Gefühl, es ist eigentlich meine Schuld, wenn mein Kind etwas verkehrt gemacht hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 6. EBI [Fortsetzung]

	trifft genau zu	trifft eher zu	nicht sicher	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
6.43 Mein Kind tut einige Dinge, die mich stark fordern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.44 Mein Kind ist oft launisch und leicht erregbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.45 Mein Kind nörgelt und quengelt häufiger als andere Kinder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.46 Durch das Kind sind einige Probleme in meiner Partnerschaft entstanden. <i>(Lassen Sie diese Frage bitte aus, wenn Sie zurzeit nicht in einer festen Partnerschaft leben.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.47 Ich habe bisweilen das Gefühl, dass mich mein Kind pausenlos in Anspruch nimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.48 Beim Spielen ist mein Kind oft ungeduldig und wird schnell wütend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 7. FLZ

Kreuzen Sie bitte bei jeder der Feststellungen auf den folgenden Seiten jeweils jene Zahl an, die am ehesten Ihrer Zufriedenheit in Bezug auf die betreffende Feststellung entspricht.

Beispiel:

sehr unzufrieden  
eher unzufrieden  
weder/nach  
eher zufrieden  
sehr zufrieden

1 2 3 4 5 6 7  
□ □ □ □ □ □ □

7.1 Mit dem Wetter bin ich...

Wenn Sie - in diesem Beispiel - mit dem Wetter also weder zufrieden noch unzufrieden sind, dann kreuzen Sie bitte die 4 an.

Bitte kreuzen Sie zu jeder Feststellung nur ein Kästchen an.

sehr unzufrieden  
eher unzufrieden  
weder/nach  
eher zufrieden  
sehr zufrieden

1 2 3 4 5 6 7

## GESUNDHEIT

7.2 Mit meinem körperlichen Gesundheitszustand bin ich ...

□ □ □ □ □ □ □

7.3 Mit meiner seelischen Verfassung bin ich ...

□ □ □ □ □ □ □

7.4 Mit meiner körperlichen Verfassung bin ich ...

□ □ □ □ □ □ □

7.5 Mit meiner geistigen Leistungsfähigkeit bin ich ...

□ □ □ □ □ □ □

7.6 Mit meiner Widerstandskraft gegen Krankheit bin ich ...

□ □ □ □ □ □ □

7.7 Wenn ich daran denke, wie häufig ich Schmerzen habe, dann bin ich ...

□ □ □ □ □ □ □





## 7. FLZ [Fortsetzung]

7.8 Wenn ich daran denke, wie oft ich bisher krank  
gewesen bin, dann bin ich ...

sehr zufrieden - 7  
zufrieden - 6  
eher zufrieden - 5  
weder/noch - 4  
eher unzufrieden - 3  
unzufrieden - 2  
sehr unzufrieden - 1

### ARBEIT UND BERUF

(Personen im Ruhestand: bitte ehemaligen Beruf bewerten)

7.9 Mit meiner Position an meiner Arbeitsstelle bin ich ...

sehr zufrieden - 7  
zufrieden - 6  
eher zufrieden - 5  
weder/noch - 4  
eher unzufrieden - 3  
unzufrieden - 2  
sehr unzufrieden - 1

7.10 Wenn ich daran denke, wie sicher mir meine  
berufliche Zukunft ist, dann bin ich ...

7.11 Mit den Erfolgen, die ich in meinem Beruf habe, bin  
ich ...

7.12 Mit den Aufstiegsmöglichkeiten, die ich an meinem  
Arbeitsplatz habe, bin ich ...

7.13 Mit dem Betriebsklima an meinem Arbeitsplatz bin ich  
...

7.14 Was das Ausmaß meiner beruflichen Anforderungen  
und Belastungen betrifft, bin ich ...

7.15 Mit der Abwechslung, die mir mein Beruf bietet, bin  
ich ...


## 7. FLZ [Fortsetzung]

sehr zufrieden - 7  
 zufrieden - 6  
 eher zufrieden - 5  
 weder/noch - 4  
 eher unzufrieden - 3  
 unzufrieden - 2  
 sehr unzufrieden - 1

**FINANZIELLE LAGE**

7.16 Mit meinem Einkommen/Lohn bin ich ...

7.17 Mit dem, was ich besitze bin ich ...

7.18 Mit meinem Lebensstandard bin ich ...

7.19 Mit der Sicherung meiner wirtschaftlichen Existenz  
bin ich ...

7.20 Mit meinen zukünftigen Verdienstmöglichkeiten bin  
ich ...

7.21 Mit den Möglichkeiten, die ich meiner Familie  
aufgrund meiner finanziellen Lage bieten kann, bin  
ich ...

7.22 Mit meiner voraussichtlichen (finanziellen)  
Alterssicherung bin ich ...

sehr zufrieden - 7  
 zufrieden - 6  
 eher zufrieden - 5  
 weder/noch - 4  
 eher unzufrieden - 3  
 unzufrieden - 2  
 sehr unzufrieden - 1

**FREIZEIT**

7.23 Mit der Länge meines Jahresurlaubs bin ich ...

7.24 Mit der Länge meines Feierabends und meiner  
Wochenenden bin ich ...

7.25 Mit dem Erholungswert meines Jahresurlaubs bin ich  
...



## 7. FLZ [Fortsetzung]

- 7.26 Mit dem Erholungswert meiner Feierabende und meiner Wochenenden bin ich ...
- 7.27 Mit der Menge der Zeit, die ich für meine Hobbies zur Verfügung habe, bin ich ...
- 7.28 Mit der Zeit, die ich den mir nahestehenden Personen widmen kann, bin ich ...
- 7.29 Mit der Abwechslung in meiner Freizeit bin ich ...

sehr unzufrieden - 1  
 eher unzufrieden - 2  
 weder/noch - 3  
 eher zufrieden - 4  
 zufrieden - 5  
 sehr zufrieden - 6  
 sehr zufrieden - 7

**EHE UND PARTNERSCHAFT**

(Bitte nur ausfüllen, wenn Sie eine(n) feste(n) Partner(in) haben)

- 7.30 Mit den Anforderungen, die meine Ehe/Partnerschaft an mich stellt, bin ich ...
- 7.31 Mit unseren gemeinsamen Unternehmungen bin ich ...
- 7.32 Mit der Ehrlichkeit und Offenheit meines/meiner (Ehe-) Partners/Partnerin bin ich ...
- 7.33 Mit dem Verständnis, das mir mein(e) (Ehe-) Partner(in) entgegenbringt, bin ich ...
- 7.34 Mit der Zärtlichkeit und Zuwendung, die mir mein(e) (Ehe-) Partner(in) entgegenbringt, bin ich ...

sehr unzufrieden - 1  
 eher unzufrieden - 2  
 weder/noch - 3  
 eher zufrieden - 4  
 zufrieden - 5  
 sehr zufrieden - 6  
 sehr zufrieden - 7



**7. FLZ [Fortsetzung]**

7.35 Mit der Geborgenheit, die mir mein(e) (Ehe-) Partner  
(in) gibt, bin ich ...

sehr unzufrieden - 1  
 eher unzufrieden - 2  
 weder zufrieden - 3  
 eher zufrieden - 4  
 zufrieden - 5  
 sehr zufrieden - 6  
 sehr zufrieden - 7

7.36 Mit der Hilfsbereitschaft, die mir mein(e) (Ehe-)  
Partner(in) entgegenbringt, bin ich ...

7.37 Wenn ich daran denke, wie meine Kinder und ich  
miteinander auskommen, bin ich ...

sehr unzufrieden - 1  
 eher unzufrieden - 2  
 weder zufrieden - 3  
 eher zufrieden - 4  
 zufrieden - 5  
 sehr zufrieden - 6  
 sehr zufrieden - 7

**BEZIEHUNG ZU DEN EIGENEN KINDERN**  
 (nur dann ausfüllen, wenn Sie eigene Kinder haben)

7.38 Wenn ich an das schulische und berufliche  
Fortkommen meiner Kinder denke, bin ich ...

7.39 Wenn ich daran denke, wie viel Freude ich mit  
meinen Kindern habe, bin ich ...

7.40 Wenn ich an die Mühen und Kosten denke, die mich  
meine Kinder gekostet haben, bin ich ...

7.41 Mit dem Einfluss, den ich auf meine Kinder habe, bin  
ich ...

7.42 Mit der Anerkennung, die mir meine Kinder  
entgegenbringen, bin ich ...

7.43 Mit unseren gemeinsamen Unternehmungen bin ich  
...



## 7. FLZ [Fortsetzung]

sehr zufrieden - 7  
 zufrieden - 6  
 weder/noch - 4  
 eher zufrieden - 3  
 unzufrieden - 2  
 sehr unzufrieden - 1

## EIGENE PERSON

7.44 Mit meinen Fähigkeiten und Fertigkeiten bin ich ...

7.45 Mit der Art, wie ich mein Leben bisher gelebt habe,  
bin ich ...

7.46 Mit meiner äußeren Erscheinung bin ich ...

7.47 Mit meinem Selbstvertrauen und meiner  
Selbstsicherheit bin ich ...

7.48 Mit der charakterlichen Eigenart/meinem Wesen bin  
ich ...

7.49 Mit meiner Vitalität (d.h. Lebensfreude und  
Lebenskraft) bin ich ...

7.50 Wenn ich daran denke, wie ich mit anderen  
Menschen auskomme, bin ich ...

sehr zufrieden - 7  
 zufrieden - 6  
 weder/noch - 4  
 eher zufrieden - 3  
 unzufrieden - 2  
 sehr unzufrieden - 1

## SEXUALITÄT

7.51 Mit meiner körperlichen Attraktivität bin ich ...

7.52 Mit meiner sexuellen Leistungsfähigkeit bin ich ...



## 7. FLZ [Fortsetzung]

	sehr unzufrieden - 1 eher unzufrieden - 2 weder/noch - 3 eher zufrieden - 4 zufrieden - 5 sehr zufrieden - 6 sehr zufrieden - 7
7.53 Mit der Häufigkeit meiner sexuellen Kontakte bin ich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.54 Mit der Häufigkeit, mit der mein(e) (Ehe-) Partner(in) sich mir körperlich zuwendet (streichelt, berührt), bin ich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.55 Mit meinen sexuellen Reaktionen, bin ich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.56 Wenn ich daran denke, wie unbefangen ich über den sexuellen Bereich sprechen kann, bin ich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.57 Wenn ich daran denke, inwiefern mein Partner und ich in der Sexualität harmonieren, bin ich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

sehr unzufrieden - 1  
 eher unzufrieden - 2  
 weder/noch - 3  
 eher zufrieden - 4  
 zufrieden - 5  
 sehr zufrieden - 6  
 sehr zufrieden - 7

## FREUNDE, BEKANNTE, VERWANDTE

7.58 Wenn ich an meinen Freundes- und Bekanntenkreis denke, bin ich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.59 Mit dem Kontakt zu meinen Verwandten bin ich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



## 7. FLZ [Fortsetzung]

	<i>sehr unzufrieden - 1</i> <i>eher unzufrieden - 2</i> <i>weder zufrieden - 3</i> <i>eher zufrieden - 4</i> <i>zufrieden - 5</i> <i>sehr zufrieden - 6</i> <i>sehr zufrieden - 7</i>
7.60 Mit dem Kontakt zu meinen Nachbarn bin ich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.61 Mit der Hilfe und Unterstützung durch Freunde und Bekannte bin ich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.62 Mit meinen Außen- und gemeinschaftlichen Aktivitäten (Verein, Kirche, etc.) bin ich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.63 Mit meinem gesellschaftlichen Engagement bin ich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.64 Wenn ich daran denke, wie oft ich unter die Leute komme, bin ich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

*sehr unzufrieden - 1*  
*eher unzufrieden - 2*  
*weder zufrieden - 3*  
*eher zufrieden - 4*  
*zufrieden - 5*  
*sehr zufrieden - 6*  
*sehr zufrieden - 7*

## WOHNUNG

7.65 Mit der der Größe meiner Wohnung bin ich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.66 Mit dem Zustand meiner Wohnung bin ich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.67 Mit den Ausgaben (Miete bzw. Abzahlung) für meine Wohnung bin ich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.68 Mit der Lage meiner Wohnung bin ich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.69 Mit der Anbindung an Verkehrsmittel bin ich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



7. FLZ [Fortsetzung]

sehr unzufrieden - 1  
eher unzufrieden - 2  
unzufrieden - 3  
weder/noch - 4  
eher zufrieden - 5  
zufrieden - 6  
sehr zufrieden - 7

7.70 Wenn ich an den Grad der Lärmbelästigung denke,  
bin ich mit meiner Wohnung ...

7.71 Mit dem Standard meiner Wohnung bin ich ...





## 8. SCL-90R

Sie finden nachstehend eine Liste von **Problemen und Beschwerden**, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar **während der vergangenen 7 Tage bis heute**. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort den besten Eindruck machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage ein Kreuz in das Kästchen unter der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten bitte dick durch, und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an. **Bitte beantworten Sie jede Frage!**

Wie sehr litten Sie unter...	<i>überhaupt nicht</i>	<i>ein wenig</i>	<i>ziemlich</i>	<i>sehr stark</i>
8.1 Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Nervosität oder innerem Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht aus dem Kopf gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4 Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5 Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6 allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7 der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8 dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.9 Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.10 Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 8. SCL-90R [Fortsetzung]

	<i>überhaupt nicht</i>	<i>ein wenig</i>	<i>ziemlich</i>	<i>stark</i>	<i>sehr stark</i>
8.11 dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.12 Herz- und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.13 Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.14 Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.15 Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.16 Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.17 Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.18 dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.19 schlechtem Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.20 Neigung zum Weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.21 Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.22 der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 8. SCL-90R [Fortsetzung]

	<i>überhaupt nicht</i>	<i>ein wenig</i>	<i>ziemlich</i>	<i>sehr stark</i>
8.23 plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.24 Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.25 Befürchtungen, wenn Sie allein aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.26 Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.27 Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.28 dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.29 Einsamkeitsgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.30 Schwermut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.31 dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.32 dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.33 Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.34 Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.35 der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.36 dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 8. SCL-90R [Fortsetzung]

	<i>überhaupt nicht</i>	<i>ein wenig</i>	<i>ziemlich</i>	<i>stark</i>	<i>sehr stark</i>
8.37 dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.38 der Notwendigkeit alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.39 Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.40 Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.41 Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.42 Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.43 dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.44 Einschlafschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.45 dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.46 Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.47 Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.48 Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.49 Hitzewallungen oder Kälteschauern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 8. SCL-90R [Fortsetzung]

	<i>überhaupt nicht</i>	<i>ein wenig</i>	<i>ziemlich</i>	<i>sehr stark</i>
8.50 der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.51 Leere im Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.52 Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.53 dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.54 einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.55 Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.56 Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.57 dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.58 Schweregefühl in Armen und Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.59 Gedanken an den Tod und ans Sterben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.60 dem Drang, sich zu überessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.61 einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.62 dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.63 dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 8. SCL-90R [Fortsetzung]

	<i>überhaupt nicht</i>	<i>ein wenig</i>	<i>ziemlich</i>	<i>stark</i>	<i>sehr stark</i>
8.64 frühem Erwachen am Morgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.65 zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeiten wie Berühren, Zählen, Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.66 unruhigem oder gestörtem Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.67 dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.68 Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.69 starker Befangenheit im Umgang mit anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.70 Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.71 einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.72 Schreck- oder Panikanfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.73 Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.74 der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.75 Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.76 mangelnde Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 8. SCL-90R [Fortsetzung]

	<i>überhaupt nicht</i>	<i>ein wenig</i>	<i>ziemlich</i>	<i>stark</i>	<i>sehr stark</i>
8.77 Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.78 so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.79 dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.80 dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.81 dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.82 der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.83 dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.84 sexuelle Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.85 dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.86 schreckerregende Gedanken und Vorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.87 dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.88 dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 8. SCL-90R [Fortsetzung]

überhaupt nicht  
ein wenig  
ziemlich  
sehr stark

8.89 Schuldgefühlen

    8.90 dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem  
Verstand nicht in Ordnung ist    



Markieren Sie so:     Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.  
 Korrektur:     Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

### 1. KidKindl

1.1 Screening-Nummer der Mutter (001-999):

--	--	--

1.2 Fragebogen-Nr. T1 ZH der Mutter (001-999):

--	--	--

1.3 Bist du ein Mädchen oder ein Junge? Mädchen   Junge

1.4 Wie alt bist du?  7  8  9  
 10  11

1.5 Wie viele Geschwister hast du?  0  1  2  
 3  4  5  
 über 5

1.6 Welche Schule besuchst Du?  Grundschule  weiterführende Schule

### BEISPIEL

**Zuerst möchten wir etwas über deinen Körper wissen.**  
 In der letzten Woche...

		<i>manchmal</i>	<i>immer</i>
	<i>selten</i>	<i>oft</i>	
	<i>nie</i>		
1.7 ... habe ich mich krank gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 ... hatte ich Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9 ... war ich müde und schlapp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10 ... hatte ich viel Kraft und Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### 1. KidKindl [Fortsetzung]

**Dann etwas darüber, wie du dich fühlst**  
In der letzten Woche...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
1.11 ... habe ich viel gelacht und Spaß gehabt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.12 ... war mir langweilig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.13 ... habe ich mich allein gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.14 ... habe ich Angst gehabt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Und was du selbst von dir hältst.**  
In der letzten Woche...

1.15 ... war ich stolz auf mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.16 ... fand ich mich gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.17 ... mochte ich mich selbst leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.18 ... hatte ich viele gute Ideen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**In den nächsten Fragen geht es um deine Familie**  
In der letzten Woche...

1.19 ... habe ich mich gut mit meinen Eltern verstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.20 ... habe ich mich zu Hause wohl gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.21 ... hatten wir schlimmen Streit zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.22 ... haben mir meine Eltern Sachen verboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Und danach um Freunde**  
In der letzten Woche...

1.23 ...habe ich mit Freunden gespielt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.24 ... mochten mich die anderen Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.25 ... habe ich mich mit meinen Freunden gut verstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.26 ... hatte ich das Gefühl, dass ich anders bin als die anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nun möchten wir noch etwas über die Schule wissen**  
In der letzten Woche, in der ich in der Schule war...

1.27 ... habe ich die Schulaufgaben gut geschafft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.28 ...hat mir der Unterricht Spaß gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.29 ... habe ich mir Sorgen um meine Zukunft gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.30 ... habe ich Angst vor schlechten Noten gehabt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VIELEN DANK FÜR DEINE MITARBEIT!**



Markieren Sie so:     Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.  
 Korrektur:     Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

### 1. Fragen zu Ihrer Lebenssituation

- |  |  |  |
|--|--|--|
| 1.1 Der Fragebogen wird ausgefüllt von   | <input type="checkbox"/> Mutter                              | <input type="checkbox"/> Vater                                     |
|  |  |  |
| 1.2 Hat sich Ihr <b>Familienstand</b> seit der ersten Befragung geändert?                                  | <input type="checkbox"/> nein                                | <input type="checkbox"/> ja  |
| 1.3 <b>Falls ja</b> , was ist Ihr <b>jetziger</b> Familienstand?   | <input type="checkbox"/> in eheähnlicher Gemeinschaft lebend | <input type="checkbox"/> ledig alleinerziehend                     |
|  | <input type="checkbox"/> getrennt lebend                     | <input type="checkbox"/> verheiratet                               |
|  | <input type="checkbox"/> geschieden                          | <input type="checkbox"/> verwitwet                                 |
|  |  |  |
| 1.4 Hat sich Ihre <b>Erwerbstätigkeit</b> seit der ersten Messung verändert?                               | <input type="checkbox"/> nein                                | <input type="checkbox"/> ja  |
| 1.5 <b>Falls ja</b> , wie?   | <input type="checkbox"/> jetzt nicht mehr erwerbstätig       | <input type="checkbox"/> jetzt erwerbstätig                        |
|  | <input type="checkbox"/> jetzt Vollzeit erwerbstätig         | <input type="checkbox"/> jetzt Teilzeit erwerbstätig               |
|  | <input type="checkbox"/> andere Arbeitsstelle Teilzeit       | <input type="checkbox"/> andere Arbeitsstelle Vollzeit             |
|  |  |  |
| 1.6 Fall Sie <b>erwerbstätig</b> sind: wie <b>zufrieden</b> sind Sie insgesamt mit Ihrer Erwerbstätigkeit? | <input type="checkbox"/> sehr zufrieden                      | <input type="checkbox"/> zufrieden                                 |
|  | <input type="checkbox"/> unzufrieden                         | <input type="checkbox"/> sehr unzufrieden                          |
| 1.7 Falls Sie <b>nicht erwerbstätig</b> sind: sind Sie   | <input type="checkbox"/> arbeitslos                          | <input type="checkbox"/> Schüler(in)/ Auszubildende(r)/Student(in) |
|  | <input type="checkbox"/> Rentner(in)/im Ruhestand            | <input type="checkbox"/> Mutterschutz/ Erziehungs-/ Elternzeit     |
|  | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                    |  |
| 1.8 Falls Sie <b>nicht erwerbstätig</b> sind: wie <b>zufrieden</b> sind Sie mit dieser Situation?          | <input type="checkbox"/> sehr zufrieden                      | <input type="checkbox"/> zufrieden                                 |
|  | <input type="checkbox"/> unzufrieden                         | <input type="checkbox"/> sehr unzufrieden                          |
|  |  | <input type="checkbox"/> weder noch                                |



### 1. Fragen zu Ihrer Lebenssituation [Fortsetzung]

- 1.9 Haben sich Ihre **Einkommensquellen** seit der ersten Messung verändert?  nein  ja
- 1.10 **Falls ja:** Was sind Ihre **jetzigen** Einkommensquellen? Bitte kreuzen Sie **alle** zutreffenden Antworten an!
- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> eigenes Erwerbseinkommen             | <input type="checkbox"/> Unterhaltszahlungen d. anderen Elternteils | <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss nach UVG  |
| <input type="checkbox"/> Krankengeld                          | <input type="checkbox"/> Kindergeld                                 | <input type="checkbox"/> Wohngeld                      |
| <input type="checkbox"/> ALG I                                | <input type="checkbox"/> ALG II / Hartz IV                          | <input type="checkbox"/> Bafög                         |
| <input type="checkbox"/> Ausbildungsvergütung                 | <input type="checkbox"/> Einkommen aus eigenem Vermögen             | <input type="checkbox"/> Unterstützung durch Verwandte |
| <input type="checkbox"/> Einkommen des Partners/der Partnerin | <input type="checkbox"/> Sonstige _____                             |  |
- 1.11 Hat sich Ihre finanzielle Situation **seit der ersten Messung** verändert?  nein  ja, meine finanzielle Situation ist jetzt besser  ja, meine finanzielle Situation ist jetzt schlechter
- 1.12 Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer **finanziellen Situation**?  sehr zufrieden  zufrieden  weder noch  
 unzufrieden  sehr unzufrieden

#### Falls Sie alleinerziehend sind (sonst weiter mit Frage 1.18)

- 1.13 Gibt es **seit der ersten Messung** außer Ihnen und dem leiblichen Vater/der leiblichen Mutter noch eine **weitere Bezugsperson**, die sich um Ihr Kind/Ihre Kinder kümmert und Ihnen bei der Versorgung des Kindes hilft?  nein  ja
- Falls ja, wer?** \_\_\_\_\_
- 1.14 Hat sich **seit der ersten Messung** die **Häufigkeit der Kontakte** Ihres Kindes zum leiblichen Vater/zur leiblichen Mutter verändert?  nein  ja
- 1.15 **Falls ja:** wie häufig hat Ihr Kind **zur Zeit** Kontakt zu seinem leiblichen Vater/zur seiner leiblichen Mutter?  
 nie oder seltener als einmal im Jahr  mindestens einmal im Jahr  mindestens einmal im Monat  
 mindestens einmal in der Woche  (fast) täglich
- 1.16 Hat sich **seit der ersten Messung** das **Ausmaß der Verantwortung** verändert, das der leibliche Vater/die leibliche Mutter für Ihr gemeinsames Kind übernimmt?  nein  ja
- 1.17 **Falls ja:** wie viel Verantwortung übernimmt der leibliche Vater/die leibliche Mutter **zur Zeit** für Ihr gemeinsames Kind?  (fast) keine  weniger als ich  gleich viel  
 mehr als ich



## 1. Fragen zu Ihrer Lebenssituation [Fortsetzung]

Welche Art von Hilfestellung wünschen Sie sich **aktuell** als Eltern eines Kindes mit ADHS (**für sich, nicht für Ihr Kind**) oder **haben Sie bereits genutzt/nutzen Sie bereits?** (mehrere Antworten möglich)

- |   |                                    |                                       |
|---|------------------------------------|---------------------------------------|
| 1.18 Familien-/Erziehungsberatungsstelle    | <input type="checkbox"/> gewünscht | <input type="checkbox"/> genutzt      |
| 1.19 Psychotherapeutische Unterstützung     | <input type="checkbox"/> gewünscht | <input type="checkbox"/> genutzt      |
| 1.20 Ärztliche Hilfe                        | <input type="checkbox"/> gewünscht | <input type="checkbox"/> genutzt      |
| 1.21 Selbsthilfegruppe                      | <input type="checkbox"/> gewünscht | <input type="checkbox"/> genutzt      |
| 1.22 Elterntaining                          | <input type="checkbox"/> gewünscht | <input type="checkbox"/> genutzt      |
| 1.23 andere (welche? : _____)               | <input type="checkbox"/> gewünscht | <input type="checkbox"/> genutzt      |
| 1.24 Ich/wir benötige/n keine Unterstützung | <input type="checkbox"/> stimmt    | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |

## Reaktionen auf die ADHS-Symptome Ihres Kindes

- |  |                          |                                |                              |                            |                               |                                  |
|--|--------------------------|--------------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
|  |                          | <i>trifft voll und ganz zu</i> | <i>trifft überwiegend zu</i> | <i>trifft eher noch zu</i> | <i>trifft überw. nicht zu</i> | <i>trifft überhaupt nicht zu</i> |
| 1.25 Ich fühle mich durch die ADHS-Symptome meines Kindes in eine Schublade gesteckt                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>         |
| 1.26 Ich fühle mich durch die ADHS-Symptome meines Kindes ungerecht behandelt                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>         |
| 1.27 Manche Menschen reagieren wegen der ADHS-Symptome meines Kindes anders auf mich als vorher                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>         |
| 1.28 Ich fühle mich durch die ADHS-Symptome meines Kindes ausgeschlossen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>         |
| 1.29 Ich spüre, dass die Erzieher/innen bzw. Lehrer/innen Vorurteile wegen der ADHS-Symptome meines Kindes haben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>         |

- |  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| 1.30 Leiden Sie <b>zur Zeit</b> unter <b>seelischen Beeinträchtigungen</b> (z.B. Ängste, Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen)? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 1.31 <b>Falls ja:</b> Sind Sie deswegen in Behandlung?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |



**1. Fragen zu Ihrer Lebenssituation [Fortsetzung]**

1.32 **Rauchen** Sie **zur Zeit** mehr oder weniger als bei der ersten Messung?

ich rauche nicht

ich rauche genauso viel wie bei der ersten Messung

ich rauche jetzt mehr

ich rauche jetzt weniger

ich habe seit der ersten Messung aufgehört zu rauchen

1.33 Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig **Medikamente** ein?

nein

ja

Falls ja: welche? \_\_\_\_\_

1.34 Wie häufig trinken Sie **zur Zeit Alkohol**?

nie

ca. 1x im Monat

ca. 1x pro Woche

mehrmals pro Woche

täglich



## 2. Fragen zur Lebenssituation Ihres Kindes

2.1 Hat Ihr Kind **seit der ersten Messung** ein **Hobby** neu aufgenommen?  nein  ja  
**Falls ja**, welches? \_\_\_\_\_

2.2 Ist Ihr Kind **seit der ersten Messung** einem **Verein** neu beigetreten?  nein  ja  
**Falls ja**, welchem? \_\_\_\_\_

2.3 Hat Ihr Kind **seit der ersten Messung** die **Gruppe** (in der Kita) / **Klasse** gewechselt?  nein  ja

2.4 **Falls ja**: Sind die ADHS-Symptome Ihres Kindes mitverantwortlich für den Wechsel?  nein  ja

2.5 Hat Ihr Kind **seit der ersten Messung** die **Kita/Schule** gewechselt?  nein  ja

2.6 **Falls ja**: Sind die ADHS-Symptome Ihres Kindes mitverantwortlich für den Wechsel?  nein  ja

2.7 Hat sich **seit der ersten Messung** etwas an der **ADHS-Therapie** Ihres Kindes verändert?  nein  ja

2.8 **Falls ja**: Welche Therapie/n bekommt Ihr Kind **zur Zeit** aufgrund seiner ADHS-Symptome?  
 Psychotherapie  Ergotherapie  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Medikation  
 Name des Medikamentes: \_\_\_\_\_

Wird eingenommen seit: \_\_\_\_\_

Dosierung (z.B. 2 mal täglich 5mg): \_\_\_\_\_

2.9 Wer hat das Medikament verschrieben?

Kinderarzt  Kinder- u. Jugendlichen Psychiater  Sonstiges: \_\_\_\_\_



## 2. Fragen zur Lebenssituation Ihres Kindes [Fortsetzung]

### Reaktionen auf die ADHS-Symptome Ihres Kindes

- |  |  |  |
|--|--|--|
|  | trifft überhaupt nicht zu<br>trifft überw. nicht zu<br>trifft eher nicht zu<br>trifft gerade noch zu<br>trifft überwiegend zu<br>trifft voll und ganz zu |  |
| 2.10 <b>Mein Kind</b> fühlt sich durch seine ADHS-Symptome in eine Schublade gesteckt                                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    |  |
| 2.11 <b>Mein Kind</b> fühlt sich durch seine ADHS-Symptome ungerecht behandelt                                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    |  |
| 2.12 Manche Menschen reagieren wegen der ADHS-Symptome meines Kindes anders <b>auf es</b> als vorher                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    |  |
| 2.13 <b>Mein Kind</b> fühlt sich durch seine ADHS-Symptome ausgeschlossen  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    |  |
| 2.14 <b>Mein Kind</b> spürt, dass seine Erzieher/innen bzw. Lehrer/innen Vorurteile wegen seiner ADHS-Symptome haben | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    |  |





### 3. SEE

Sie finden auf den folgenden Seiten Aussagen über die Wahrnehmung von und den Umgang mit Gefühlen. Bei jeder Aussage können Sie ankreuzen, wie sehr diese für Sie persönlich stimmt. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – wichtig ist, was für Sie individuell zutrifft.

Bitte versuchen Sie nicht, die Antwort zu suchen, die den "besten Eindruck" macht, sondern antworten Sie nach Ihrem persönlichen Empfinden. Auch wenn einmal eine Fragestellung nicht exakt auf Sie persönlich zugeschnitten ist, bitte kreuzen Sie jede Frage bestmöglich an.

	<i>stimmt gar nicht</i>	<i>stimmt kaum</i>	<i>stimmt mittelmäßig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt völlig</i>
3.1 Durch meine Träume werden mir meine Gefühle klarer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Ich kenne schon Möglichkeiten, wie ich meinen Gefühlszustand steuern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Ich habe einige Gefühle, die ich besser nicht hätte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Meine Gefühle spiegeln sich oft auch in Körperempfindungen wider.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Meine Selbstbeherrschung lässt zu wünschen übrig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6 Bei der Bewältigung von Vergangenem helfen mir meine Phantasien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 Ich stehe zu allen meinen Empfindungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8 Meine Körpersignale bemerke ich schnell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9 Gottseidank habe ich meine Gefühle gut im Griff.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10 Die Wahrnehmung von inneren Verkrampfungen, Entspannungen usw. hilft mir bei Entscheidungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11 Ich wünschte, ich würde nicht immer so von meinen Emotionen hin und her geworfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 3. SEE [Fortsetzung]

	<i>stimmt gar nicht</i>	<i>stimmt kaum</i>	<i>stimmt mittelmäßig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt völlig</i>
3.12 Mein inneres Erleben fühle ich oft nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.13 Oft hilft es mir, mich bei Belastungen Träumereien hinzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.14 Wenn ich in eine bessere, lebendigere Stimmung kommen will, kann ich mich gut selbst beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.15 Auch wenn ich innerlich brodele, kann ich nach außen hin ruhig wirken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.16 Ich fühle, was ich fühle, und das ist ok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.17 Oft wünsche ich, ich könnte meine Gefühle besser wahrnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.18 Ich finde Tagträume nützlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.19 Mein körperliches Befinden entspricht meist meinem seelischen Befinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.20 Ich bin so voller Gefühle, dass ich mich oft damit nicht ausstehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.21 Wenn ich aufgeregt bin, weiß ich meist, wie ich mich beruhigen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.22 Bei Entscheidungen verlasse ich mich auf meine leiblichen Empfindungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.23 Es ist für mich keine Frage, dass ich ein Recht auf alle meine Gefühle habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.24 Ich habe mich selbst immer unter Kontrolle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 3. SEE [Fortsetzung]

	<i>stimmt gar nicht</i>	<i>stimmt kaum</i>	<i>stimmt mittelmäßig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt völlig</i>
3.25 Manchmal ärgere ich mich über meine Empfindungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.26 Meine Tagträume geben mir Hinweise auf meine Bedürfnisse und Wünsche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.27 Empfindungen wie Herzklopfen, Magendrücken, Hautkrabbeln sind für mich eine gute Orientierung für das, was ich will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.28 Ich wünschte, ich könnte meine Gedanken manchmal abstellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.29 Ich würde gerne innerlich mehr erleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.30 Für meine Gefühle schäme ich mich nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.31 Ich habe viele Gefühle in mir, die ich am liebsten beseitigen würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.32 Wenn ich mich in einer Situation unwohl fühle, dann merke ich dies z.B. im Magen, an der Haut, an Verspannungen o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.33 Wenn ich innerlich brodele, merkt meine Umwelt das leider sofort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.34 Alle meine Gefühle dürfen genauso sein, wie sie sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.35 Körperliche Beschwerden empfinde ich oft als Ausdruck seelischen Unbehagens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.36 Die Signale meines Körpers spüre ich oft nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 3. SEE [Fortsetzung]

	<i>stimmt gar nicht</i>	<i>stimmt kaum</i>	<i>stimmt mittelmäßig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt völlig</i>
3.37 Zu oft werde ich von meinen Gefühlen überschwemmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.38 Meine Beziehungen zu anderen verstehe ich durch meine Träume besser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.39 Wenn ich will, kann ich meine Emotionen durchaus manipulieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.40 Andere können mir in der Regel nicht ansehen, was in mir los ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.41 Meine Intuition hat für mich viel mit der Wahrnehmung meines Lebens zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.42 Was bei mir an Gefühlen hochkommt, kann ich immer zunächst auch annehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 4. FKE

Auf dieser Seite finden Sie eine Reihe von Aussagen und Meinungen, die sich auf Ihre Gefühle als Eltern beziehen. Bitte geben Sie jedes Mal an, ob und in welchem Maße Sie diesen Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dazu die jeweils passende Antwortmöglichkeit (von 1 bis 6) an. Bearbeiten Sie bitte die einzelnen Äußerungen der Reihe nach und lassen Sie keine aus. Es gibt dabei keine richtigen und falschen Antworten, sondern es geht um Ihre persönliche Meinung.

	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>stimme nicht zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme völlig zu</i>	
	1	2	3	4	5	6
4.1 Seit ich verstanden habe, wie mein Handeln meine Kinder beeinflusst, kann ich Schwierigkeiten bei der Erziehung leichter lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Obwohl Elternschaft sehr erfüllend sein kann, bin ich beim jetzigen Alter meines Kindes sehr frustriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Ich gehe abends genauso zu Bett, wie ich morgens aufwache - mit dem Gefühl, eine ganze Menge nicht bewältigt zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Ich weiß nicht warum, aber manchmal fühle ich mich in Situationen manipuliert, in denen ich eigentlich die Kontrolle haben sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 Meine Eltern waren besser als ich darauf vorbereitet, gute Eltern zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 Ich würde ein gutes Vorbild für andere Eltern abgeben, die lernen wollen, gute Eltern zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7 Erziehung ist zu schaffen und auftretende Probleme sind leicht zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 4. FKE [Fortsetzung]

stimme überhaupt nicht zu  
 stimme nicht zu  
 stimme eher zu  
 stimme zu  
 stimme völlig zu

1 2 3 4 5 6

4.8 Für Eltern besteht ein großes Problem darin, dass sie nicht wissen, ob sie ihre Aufgabe gut oder schlecht erfüllen.

4.9 Manchmal fühle ich mich so, als ob ich nichts schaffen würde.

4.10 Ich bin mit meinem Wissen über Kindererziehung zufrieden.

4.11 Wenn irgendjemand eine Antwort darauf weiß, was mit meinem Kind los ist, dann bin ich es.

4.12 Meine Begabungen und Interessen liegen auf anderen Gebieten als in der Kindererziehung.

4.13 Wenn ich bedenke, wie lange ich schon Mutter/Vater bin, fühle ich mich mit dieser Rolle sehr vertraut.

4.14 Wenn Elternschaft interessanter wäre, wäre ich motivierter, meine Aufgabe als Mutter/Vater besser zu machen.

4.15 Ich bin fest davon überzeugt, dass ich über alle notwendigen Fertigkeiten verfüge, um meinem Kind eine gute Mutter/ein guter Vater zu sein.

4.16 Mutter bzw. Vater zu sein macht mich ängstlich und angespannt.



## 6. PS-SRQ

Auf den folgenden Seiten werden Ihnen drei Situationen dargestellt, die Sie wahrscheinlich aus Ihrem Alltag kennen und die häufiger auftreten. In diesen Situationen möchte Ihr Kind Ihre Aufmerksamkeit haben. Bitte kreuzen Sie jeweils an, wie häufig Sie die angegebenen Reaktionen zeigen würden.

**Sie haben Ihr Kind vor einer Stunde ins Bett gebracht. Nun hören Sie, wie Ihr Kind leise wimmert.**

In dieser Situation würde ich...

	nie - 1	selten - 2	ab und zu - 3	oft - 4	immer - 5
6.1 ...mich bemühen, mein Kind zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 ...versuchen, die Gefühle meines Kindes zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 ...versuchen, mich in die Lage meines Kindes hineinzusetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 ...versuchen, die Gründe für das Verhalten meines Kindes zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 ...mich durch das Verhalten meines Kindes aufgefordert fühlen, zu reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6 ...unmittelbar auf das Verhalten meines Kindes reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7 ...sofort zu meinem Kind hingehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8 ...zuerst das erledigen, womit ich gerade beschäftigt bin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.9 ...Körperkontakt suchen, mein Kind in den Arm nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.10 ...meinem Kind eine Geschichte erzählen oder etwas vorsingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.11 ...mit meinem Kind schmusen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 6. PS-SRQ [Fortsetzung]

	ab und zu selten - 2 nie - 1	- 3	oft - 4	immer - 5
6.12 ...versuchen, mein Kind zum Lachen zu bringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.13 ...mit meinem Kind schimpfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.14 ...mein Kind bestrafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.15 ...mein Kind anschreien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sie sind gerade mit etwas beschäftigt, das dringend erledigt werden muss. Erst vor wenigen Minuten haben Sie sich um Ihr Kind gekümmert. Doch nun macht sich Ihr Kind wieder lautstark bemerkbar.**

In dieser Situation würde ich...

	ab und zu selten - 2 nie - 1	- 3	oft - 4	immer - 5
6.16 ...mich bemühen, mein Kind zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.17 ...versuchen, die Gefühle meines Kindes zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.18 ...versuchen, mich in die Lage meines Kindes hineinzusetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.19 ...versuchen, die Gründe für das Verhalten meines Kindes zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.20 ...mich durch das Verhalten meines Kindes aufgefordert fühlen, zu reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.21 ...unmittelbar auf das Verhalten meines Kindes reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.22 ...sofort zu meinem Kind hingehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## 6. PS-SRQ [Fortsetzung]

	<i>ab und zu - selten - 2 nie - 1</i>	<i>3</i>	<i>immer - 5 oft - 4</i>	
6.23 ...zuerst das erledigen, womit ich gerade beschäftigt bin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.24 ...Körperkontakt suchen, mein Kind in den Arm nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.25 ...meinem Kind eine Geschichte erzählen oder etwas vorsingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.26 ...mit meinem Kind schmusen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.27 ...versuchen, mein Kind zum Lachen zu bringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.28 ...mit meinem Kind schimpfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.29 ...mein Kind bestrafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.30 ...mein Kind anschreien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sie lassen Ihr Kind für einen kurzen Moment alleine im Wohnzimmer. Plötzlich beginnt Ihr Kind laut zu schreien.**

In dieser Situation würde ich...

	<i>ab und zu - selten - 2 nie - 1</i>	<i>3</i>	<i>immer - 5 oft - 4</i>	
6.31 ...mich bemühen, mein Kind zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.32 ...versuchen, die Gefühle meines Kindes zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.33 ...versuchen, mich in die Lage meines Kindes hineinzusetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 6. PS-SRQ [Fortsetzung]

	<i>ab und zu selten - 2 nie - 1</i>	<i>zu - 3</i>	<i>oft - 4</i>	<i>immer - 5</i>
6.34 ...versuchen, die Gründe für das Verhalten meines Kindes zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.35 ...mich durch das Verhalten meines Kindes aufgefordert fühlen, zu reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.36 ...unmittelbar auf das Verhalten meines Kindes reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.37 ...sofort zu meinem Kind hingehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.38 ...zuerst das erledigen, womit ich gerade beschäftigt bin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.39 ...Körperkontakt suchen, mein Kind in den Arm nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.40 ...meinem Kind eine Geschichte erzählen oder etwas vorsingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.41 ...mit meinem Kind schmusen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.42 ...versuchen, mein Kind zum Lachen zu bringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.43 ...mit meinem Kind schimpfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.44 ...mein Kind bestrafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.45 ...mein Kind anschreien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 7. Kiddy-Kindl

Dieser Fragebogen beschäftigt sich mit dem Verhalten Ihres (NEFTA-) Kindes. Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen folgende Hinweise:  
 Lesen Sie den Fragebogen genau durch.  
 Überlegen Sie, wie sich Ihr Kind in der letzten Woche gefühlt hat.  
 Kreuzen Sie in jeder Zeile die Antwort an, die für Ihr Kind am besten zutrifft.

### Körperliches Wohlbefinden

In der letzten Woche...

	nie	manchmal selten	manchmal oft	immer oft	immer
7.1 ... hat mein Kind sich krank gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 ...hatte mein Kind Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 ...war mein Kind müde und schlapp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4 ...hatte mein Kind viel Kraft und Ausdauer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Seelisches Wohlbefinden

In der letzten Woche...

	nie	manchmal selten	manchmal oft	immer oft	immer
7.5 ...hat mein Kind viel gelacht und Spaß gehabt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6 ...hatte mein Kind zu nichts Lust.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.7 ...hat mein Kind sich allein gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.8 ...hat mein Kind sich ängstlich oder unsicher gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 7. Kiddy-Kindl [Fortsetzung]

### Selbstwert

In der letzten Woche...

	nie	manchmal selten	immer oft	
7.9 ...war mein Kind stolz auf sich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.10 ...fühlte mein Kind sich wohl in seiner Haut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.11 ...mochte mein Kind sich selbst leiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.12 ...hatte mein Kind viele gute Ideen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Familie

In der letzten Woche...

	nie	manchmal selten	immer oft	
7.13 ...hat mein Kind sich gut mit uns als Eltern verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.14 ...hat sich mein Kind zu Hause wohl gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.15 ...hatten wir schlimmen Streit zu Hause.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.16 ...fühlte mein Kind sich durch mich bevormundet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 7. Kiddy-Kindl [Fortsetzung]

### Freunde

In der letzten Woche...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
7.17 ...hat mein Kind mit Freunden gespielt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.18 ...ist mein Kind bei anderen "gut angekommen".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.19 ...hat mein Kind sich mit seinen Freunden verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.20 ...hatte mein Kind das Gefühl, dass es anders ist als die anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Kindergarten/Schule

In der letzten Woche, in der mein Kind im Kindergarten/in der Schule war,...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
7.21 ...hat mein Kind die Aufgaben im Kindergarten/in der Schule gut geschafft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.22 ...hat meinem Kind der Kindergarten/die Schule Spaß gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.23 ...hat mein Kind sich auf den Kindergarten/ die Schule gefreut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.24 ...hat mein Kind bei kleineren Aufgaben oder Hausaufgaben viele Fehler gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 7. Kiddy-Kindl [Fortsetzung]

### Weitere wichtige Fragen In der letzten Woche...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
7.25 ...war mein Kind schlecht gelaunt und quengelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.26 ...hat mein Kind mit Appetit gegessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.27 ...konnte ich geduldig und verständnisvoll mit meinem Kind umgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.28 ...war mein Kind anstrengend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.29 ...konnte mein Kind gut schlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.30 ...ist mein Kind viel herumgetobt und hat sich bewegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.31 ...hat mein Kind schnell geweint.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.32 ...war mein Kind fröhlich und gut gelaunt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.33 ...konnte sich mein Kind gut konzentrieren und war aufmerksam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.34 ...ließ sich mein Kind leicht ablenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.35 ...war mein Kind gerne mit anderen Kindern zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.36 ...habe ich mit meinem Kind geschimpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.37 ...habe ich mein Kind gelobt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 7. Kiddy-Kindl [Fortsetzung]

	nie	selten	manchmal	oft	immer
7.38 ...hatte mein Kind Schwierigkeiten mit Lehrern, Kindergärtnern oder anderen Betreuungspersonen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.39 ...war mein Kind nervös und zappelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.40 ...war mein Kind frisch und munter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.41 ...hat mein Kind wegen Schmerzen gejamert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.42 ...war mein Kind kontaktfreudig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.43 ...klappte alles, was mein Kind anging.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.44 ...war mein Kind schnell unzufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.45 ...hat mein Kind geweint.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.46 ...wurde mein Kind leicht wütend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.47 Ist Ihr Kind gerade im Krankenhaus oder hat es eine längere Krankheit?	<input type="checkbox"/> ja - bitte beantworten Sie die nächsten sechs Fragen		<input type="checkbox"/> nein - bitte weiter mit Frage 8.1		
In der letzten Woche...					
7.48 ...hatte mein Kind Angst, die Erkrankung könnte schlimmer werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.49 ...war mein Kind wegen der Erkrankung traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 7. Kiddy-Kindl [Fortsetzung]

	nie	selten	manchmal	oft	immer
7.50 ...kam mein Kind mit der Erkrankung gut zurecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.51 ...habe ich mein Kind wegen der Erkrankung so behandelt, als ob es jünger wäre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.52 ...wollte mein Kind, dass keiner etwas von der Erkrankung merkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.53 ...hat mein Kind wegen der Erkrankung in der Schule/ im Kindergarten etwas verpasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## 8. DISYPS FBB-ADHS

Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung die Zahl an, die angibt, wie zutreffend diese Beschreibung für das Kind bzw. die/den Jugendliche/-n ist.

Wenn nicht bekannt, bitte 0 ankreuzen.

	Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
	gar nicht - 0	ein wenig - 1	weitgehend - 2	besonders - 3
8.1 Beachtet bei den Schularbeiten, bei anderen Tätigkeiten oder bei der Arbeit häufig Einzelheiten nicht oder macht häufig Flüchtigkeitsfehler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Hat bei Aufgaben oder Spielen oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit längere Zeit aufrechtzuerhalten (dabeizubleiben).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere sie/ihn ansprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4 Kann häufig Aufträge von anderen nicht vollständig durchführen und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz häufig nicht zu Ende bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5 Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6 Hat eine Abneigung gegen Aufgaben, bei denen sie/er sich länger konzentrieren und anstrengen muss (z. B. Hausaufgaben), vermeidet diese Aufgaben oder macht sie nur widerwillig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7 Verliert häufig Gegenstände, die sie/er für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8 Lässt sich oft durch ihre/seine Umgebung (äußere Reize) leicht ablenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.9 Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich (z.B. vergisst Schulsachen oder Kleidungsstücke).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 8. DISYPS FBB-ADHS [Fortsetzung]

Wie zutreffend ist die Beschreibung?

	gar nicht - 0	ein wenig - 1	weitgehend - 2	besonders - 3
8.10 Zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht häufig auf dem Stuhl herum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.11 Steht oft im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.12 Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.13 Lläuft häufig herum oder klettert permanent, wenn es unpassend ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.14 Beschreibt ein häufig auftretendes starkes Gefühl der inneren Unruhe (besonders bei Jugendlichen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.15 Zeigt durchgängig eine extreme Unruhe, die durch die Umgebung oder durch Aufforderung nicht dauerhaft beeinflussbar ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.16 Ist häufig "auf Achse" oder handelt oft, als wäre sie/er angetrieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.17 Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.18 Kann häufig nur schwer warten, bis sie/er an der Reihe ist (z.B. bei Spielen oder in einer Gruppe).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.19 Unterbricht oder stört andere häufig (z.B. platzt in die Unterhaltung oder Spiele anderer hinein).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.20 Redet häufig übermäßig viel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 8. DISYPS FBB-ADHS [Fortsetzung]

Wie zutreffend ist die Beschreibung?

gar nicht - 0    ein wenig - 1    weitgehend - 2    besonders - 3

8.21 Die beschriebenen Verhaltensprobleme sind insgesamt sehr belastend. (Falls keine Probleme, bitte 0 ankreuzen.)

8.22 Bei **Schulkindern** oder **berufstätigen Jugendlichen**: Die beschriebenen Verhaltensprobleme beeinträchtigen die schulische oder berufliche Leistungsfähigkeit erheblich.  
Bei **Vorschulkindern**: Die beschriebenen Verhaltensprobleme beeinträchtigen die Fähigkeit des Kindes erheblich, intensiv und ausdauernd zu spielen oder sich selbst zu beschäftigen. (Falls keine Probleme, bitte 0 ankreuzen.)

8.23 Die beschriebenen Verhaltensprobleme beeinträchtigen die Beziehungen zu Erwachsenen (Eltern, Erziehern, Lehrern) erheblich. (Falls keine Probleme, bitte 0 ankreuzen.)

8.24 Die beschriebenen Verhaltensprobleme beeinträchtigen die Beziehungen zu anderen Kindern bzw. Jugendlichen erheblich. (Falls keine Probleme, bitte 0 ankreuzen.)

**Bitte beantworten Sie zusätzlich folgende Fragen, wenn zumindest eines der beschriebenen Verhaltensprobleme für das Kind bzw. die/den Jugendliche/-n zutrifft.**

8.25 Die beschriebenen Verhaltensprobleme treten in der Familie auf.

8.26 Die beschriebenen Verhaltensprobleme treten im Kindergarten bzw. in der Schule auf.

8.27 Die beschriebenen Verhaltensprobleme treten außerhalb der Familie und des Kindergartens bzw. der Schule auf (z.B. Freizeitgruppen oder wenn das Kind zu Besuch ist).



### 8. DISYPS FBB-ADHS [Fortsetzung]

8.28 Die beschriebenen Verhaltensprobleme haben vor dem Alter von 7 Jahren begonnen.  0 - stimmt nicht  1 - stimmt

8.29 Die beschriebenen Verhaltensprobleme bestehen seit mindestens 6 Monaten.  0 - stimmt nicht  1 - stimmt

**Bitte beantworten Sie abschließend noch die folgenden 6 Fragen.**

Wie zutreffend ist die Beschreibung?

gar nicht - 0  
ein wenig - 1  
weitgehend - 2  
besonders - 3

8.30 Achtet bei Hausaufgaben auf die Details. Ist sehr exakt und genau.

8.31 Kann sich gut in etwas festbeißen, bis es erledigt ist.

8.32 Hat Spaß an Beschäftigungen, bei denen sie/er sich konzentrieren muss.

8.33 Bringt ihre/seine Aufgaben zügig zu Ende.

8.34 Kann sich ruhig, intensiv und lange mit einer Sache beschäftigen.

8.35 Überlegt, bevor sie/er handelt.



### 9. DISYPS FBB-SSV

Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung die Zahl an, die angibt, wie zutreffend diese Beschreibung für das Kind bzw. die/den Jugendliche/-n ist.

Wenn nicht bekannt, bitte 0 ankreuzen.

Dieser Fragebogen wird zur Beurteilung von Kindern und Jugendlichen eingesetzt. Beantworten Sie bitte alle Fragen, auch wenn Ihnen einige Fragen dem Alter des Kindes/Jugendlichen nicht angemessen erscheinen.

Teil A:

	Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
	gar nicht - 0	ein wenig - 1	weitgehend - 2	besonders - 3
9.1 Hat für sein Alter ungewöhnlich häufige oder schwere Wutausbrüche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 Wird schnell wütend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3 Streitet häufig mit Erwachsenen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4 Widersetzt sich häufig aktiv den Anweisungen oder Regeln von Erwachsenen oder weigert sich, diese zu befolgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5 Ärgert andere häufig absichtlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6 Schiebt häufig die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.7 Ist leicht reizbar oder lässt sich von anderen leicht ärgern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8 Ist häufig zornig oder ärgert sich schnell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.9 Ist häufig boshaft oder rachsüchtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### 9. DISYPS FBB-SSV [Fortsetzung]

- 9.10 Bestehen diese in Teil A genannten Verhaltensprobleme seit mindestens 6 Monaten? (Falls keine Verhaltensprobleme vorhanden, diese Frage bitte durchstreichen.)
- 0 - nein       1 - ja

#### Teil B:

Wie zutreffend ist die Beschreibung?

gar nicht - 0      ein wenig - 1      weitgehend - 2      besonders - 3

- 9.11 Beginnt mit Geschwistern häufig Streit. (Wenn keine Geschwister, bitte 0 ankreuzen.)

- 9.12 Beginnt mit anderen Kindern häufig Streit.

- 9.13 Bedroht, schikaniert oder schüchtert andere ein.

- 9.14 Quält Tiere.

- 9.15 Lügt oft, um sich Güter oder Vorteile zu verschaffen oder um Verpflichtungen zu entgehen.

- 9.16 Stiehlt heimlich Geld oder Wertgegenstände.

- 9.17 Wie lange bestehen diese in Teil B genannten Verhaltensprobleme? (Falls keine Verhaltensprobleme bestehen, diese Frage bitte durchstreichen.)

0 - weniger als 6 Monate       1 - 6 bis 11 Monate       2 - 12 Monate oder länger



### 9. DISYPS FBB-SSV [Fortsetzung]

Teil C und D bitte erst für Kinder ab dem Schulalter beurteilen.  
Für Vorschulkinder weiter mit Teil E.

#### Teil C:

		Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
		gar nicht - 0	ein wenig - 1	weitgehend - 2	besonders - 3
9.18	Bleibt trotz Verbotes häufig nach Einbruch der Dunkelheit draußen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.19	Schwänzt häufig die Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.20	Haben diese in Teil C genannten Verhaltensprobleme vor dem Alter von 13 Jahren begonnen? (Wenn keine Verhaltensprobleme vorhanden, diese Frage bitte durchstreichen.)	<input type="checkbox"/> 0 - nein	<input type="checkbox"/> 1 - ja		
9.21	Wie lange bestehen diese in Teil C genannten Verhaltensprobleme? (Wenn keine Verhaltensprobleme vorhanden, diese Frage bitte durchstreichen.)	<input type="checkbox"/> 2 - weniger als 6 Monate	<input type="checkbox"/> 3 - 6 bis 11 Monate	<input type="checkbox"/> 4 - 12 Monate oder länger	

#### Teil D:

		Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
		gar nicht - 0	ein wenig - 1	weitgehend - 2	besonders - 3
9.22	Hat eine Waffe benutzt, die anderen schweren Schaden zufügen kann (z.B. Messer, Schlagstock).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.23	War körperlich grausam zu Menschen (z.B. hat jemanden gefesselt oder durch Feuer oder mit einem Messer verletzt).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.24	Hat jemanden in dessen Anwesenheit bestohlen (z.B. Überfall, Taschendiebstahl, Erpressung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**9. DISYPS FBB-SSV [Fortsetzung]**

Wie zutreffend ist die Beschreibung?

gar nicht - 0    ein wenig - 1    weitgehend - 2    besonders - 3

9.25 Hat andere zu sexuellen Aktivitäten gezwungen.

9.26 Hat vorsätzlich Feuer gelegt, mit der Absicht, schweren Schaden anzurichten.

9.27 Hat vorsätzlich fremdes Eigentum zerstört (außer durch Feuerlegen).

9.28 Ist in fremde Wohnungen, Gebäude und Autos eingebrochen.

9.29 Ist mindestens zweimal über Nacht oder einmal länger als eine Nacht weggelaufen.

9.30 In welchem Zeitraum sind diese in Teil D genannten Verhaltensprobleme zuletzt aufgetreten? (Wenn keine Verhaltensprobleme vorhanden, diese Frage bitte durchstreichen.)

 0 - zuletzt i.d. letzten 6 Monaten

 1 - zuletzt vor 7 bis 12 Monaten

 2 - zuletzt vor mehr als 1 Jahr

**Bitte umkreisen Sie jetzt jene Beschreibungen, die Probleme beschreiben, welche Sie als besonders belastend erleben!**

Teil E (wenn überhaupt keine Probleme, Teil E bitte durchstreichen):

9.31 Die genannten Verhaltensprobleme beeinträchtigen die Beziehung zu anderen Menschen oder die schulische bzw. die berufliche Leistungsfähigkeit erheblich.

 0 - stimmt nicht

 1 - stimmt

9.32 Sie/er hat eindeutig wenig Beziehungen zu Gleichaltrigen, ist isoliert oder wird von Gleichaltrigen zurückgewiesen oder ist unbeliebt. Länger andauernde gegenseitige Freundschaften fehlen.

 0 - stimmt nicht

 1 - stimmt

9.33 Die beschriebenen Probleme haben vor dem Alter von 10 Jahren begonnen.

 0 - stimmt nicht

 1 - stimmt




**9. DISYPS FBB-SSV [Fortsetzung]**

9.34 Die in Teil B, C und D genannten Verhaltensprobleme treten nur in der Familie auf.

0 - stimmt nicht

1 - stimmt

**Bitte beantworten Sie abschließend noch die folgenden 12 Fragen.**

Wie zutreffend ist die Beschreibung?

gar nicht - 0  
ein wenig - 1  
weitgehend - 2  
besonders - 3

9.35 Ist anderen gegenüber freundlich und zuvorkommend.

9.36 Ist fähig, Konflikte zu bewältigen, ohne aggressiv zu werden.

9.37 Tut niemandem etwas zu Leide.

9.38 Respektiert andere.

9.39 Nimmt Rücksicht auf die Bedürfnisse und Wünsche anderer.

9.40 Ist anderen gegenüber aufrichtig.

9.41 Hält was sie/er verspricht.

9.42 Kennt gut den Unterschied zwischen dein und mein.

9.43 Geht mit den Sachen anderer vorsichtig um.

9.44 Beachtet Regeln, die von Erwachsenen aufgestellt wurden.

9.45 Ist bereit, etwas zu erledigen, wenn ein Erwachsener sie/ihn darum bittet.

9.46 Kann sich gut wieder vertragen.



## **7. Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Dissertation unterstützt haben.

An erster Stelle gilt mein Dank meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Matthias Franz für die Möglichkeit der Promotion im Institut für Psychosomatische Medizin. Vielen Dank für die fachliche und beständige Unterstützung in allen Phasen der Dissertation.

Ganz Besonders herzlich möchte ich mich auch bei meinem Betreuer Herrn Dr. Ralf Schäfer für die Geduld, die ausgezeichnete Betreuung und die stetige Ermutigung danken.

Vielen Dank allen Mitarbeitern des NEFTA-Teams für die gute Zusammenarbeit und die vielen Anregungen im Verlauf der Studie und danach.

Meinen Eltern und meiner Familie gilt mein herzlichster Dank. Sie ermöglichten mir das Studium und unterstützen mich stets bedingungslos. Ohne sie wäre die Anfertigung dieser Promotionschrift niemals zustande gekommen.

Dank gilt allen Kindern, Eltern und GruppenleiterInnen, welche an NEFTA teilnahmen, mich in ihre Gruppensitzungen mitnahmen mir stets größtes Vertrauen schenkten.