

Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar
Direktor: Prof. Dr. Alexander von Gontard
Betreuung durch PD Dr. med. C.M. Freitag

**Das Erziehungsverhalten der Eltern aus der Sicht von Kindern mit und ohne
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung**

Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

der Medizinischen Fakultät

der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

2008

vorgelegt von: Desiree Tina Ekundayo

geb. am: 14.02.1982, in Saarbrücken

Meinen Eltern und meinem Ehemann gewidmet

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	5
1.1. Deutsche Zusammenfassung	5
1.2. Abstract	6
2. Einleitung, eigene Fragestellung	8
2.1. Erziehung	8
2.1.1. Allgemeine Zusammenhänge	8
2.1.2. Zürcher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten (ZKE) und Erziehungsstil-Inventar (ESI)	9
2.2. Erziehung und Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	14
2.2.1. Das Krankheitsbild ADHS	14
2.2.2. Aktuelle Literatur zum Erziehungsverhalten der Eltern von Kindern mit ADHS	19
3. Material und Methodik	23
3.1. Stichprobe und Untersuchungsinstrumente	23
3.1.1. Die Stichprobe	23
3.1.2. Die Untersuchungsinstrumente	24
3.2. Statistik	27
4. Ergebnisse	29
4.1. Deskriptive Statistik	29
4.2. Darstellung der Auswertungen der Fragebögen ZKE, ZKEE, ESI und der Korrelationen bei den Kindern mit ADHS und den Kontrollkindern	30
4.3. Darstellung der Auswertungen der Fragebögen ZKE, ZKEE und ESI bei den Kindern mit ADHS ohne komorbide Störungen, ADHS mit ODD und ADHS mit CD	38
5. Diskussion	44
5.1. Erziehungsdimensionen	44
5.2. Korrelationen	46
5.3. Einfluss von Alter, Geschlecht und Berufsausbildungsstatus	48

5.4. Einfluss der Komorbiditäten	49
5.5. Mögliche Zuordnung der Einteilung des Erziehungsverhaltens der Eltern von ADHS-Kindern zu einem bestimmten Erziehungstyp	50
5.6. Bedeutungen der Ergebnisse in Zusammenhang mit kindlicher Erziehung	51
5.7. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und bedeutende Aspekte der Studie	52
6. Literaturverzeichnis	54
7. Publikationen/Dank	64
8. Lebenslauf	65

1. Zusammenfassung

1.1. Deutsche Zusammenfassung

Einleitung: Es wurden viele Studien zum Thema Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung und Erziehung durchgeführt, die ihre Daten hauptsächlich anhand von Elternfragebögen oder durch Beobachtung bestimmter Situationen durch eine qualifizierte dritte Person erhoben, während die Sichtweise der Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung unberücksichtigt blieb. Aus diesem Grund wurde die folgende Studie durchgeführt, die besonderes Augenmerk auf die Darstellung des Erziehungsverhaltens aus Sicht der Kinder legte. Dabei wurden zwei Fragestellungen untersucht: Zum einen, ob Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (Fallgruppe) im Vergleich zu Kindern ohne Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (Kontrollgruppe) die Erziehung ihrer Eltern negativer erlebten; zum anderen, ob es größere Unterschiede zwischen den Aussagen der Kinder der Fallgruppe und ihren Eltern als zwischen den Kindern der Kontrollgruppe und ihren Eltern bezüglich der elterlichen Erziehung gab. Des Weiteren wurde die Fallgruppe explorativ auf Unterschiede des elterlichen Erziehungsverhaltens bei Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung mit und ohne externalen komorbiden Störungen untersucht.

Methodik: Hierzu wurden 44 Kinder mit und 35 Kinder ohne Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Alter von 8 bis 12 Jahren, sowie deren Eltern befragt unter Verwendung des Zürcher Kurzfragebogens zum Erziehungsverhalten (für Kinder und Eltern) und des Erziehungsstil-Inventars. Die Angaben der Kinder wurden im direkten Interview erhoben, während die Eltern ihre Fragebögen selbstständig ausfüllten.

Ergebnisse: Es zeigte sich, dass die Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung die Erziehung ihrer Eltern in vielen Punkten negativer empfanden als die Kinder der Kontrollgruppe. Allerdings gab es sowohl bei den Kindern der Fall- als auch bei den Kindern der Kontrollgruppe nur wenige Übereinstimmungen mit den Eltern bezüglich der Einschätzung des elterlichen Erziehungsverhaltens. Des Weiteren ließen sich beim Vergleich von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung mit und ohne externalen komorbiden Störungen für einige Erziehungsdimensionen Unterschiede bezüglich des elterlichen Erziehungsverhaltens feststellen.

Diskussion: Die Studie zeigte also, dass Eltern von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung insgesamt einen eher negativen Erziehungsstil praktizieren, was mit den Ergebnissen früherer Studien weitestgehend übereinstimmt. Anders als bei diesen Studien ließ man hier aber auch die Kinder selbst zu Wort kommen, und gewann so

wertvolle Einblicke in das Erziehungsverhalten der Eltern aus der Sicht der Kinder. Dieser Aspekt der Studie ist so wichtig, da die kindliche Entwicklung laut verschiedener Studien u.a. davon beeinflusst wird, wie die Kinder das elterliche Erziehungsverhalten empfinden. Außerdem war es möglich, die Aussagen von Eltern und Kind bezüglich einer bestimmten Situation direkt zu vergleichen, wobei zeigte sich, dass es hierbei nur selten Übereinstimmungen gab. Auf diese Weise lieferte die durchgeführte Studie einen bedeutenden Beitrag dazu, die Beziehung zwischen Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung und ihren Eltern besser zu verstehen, und lässt erkennen, dass für eine positive Entwicklung dieser Kinder ein ausgeglicheneres Eltern-Kind-Verhältnis erstrebenswert ist.

1.2. Abstract

“Parents’ parenting abilities from the perspective of children with and without attention-deficit hyperactivity disorder”

Introduction: Many studies have examined the subject attention-deficit hyperactivity disorder and parenting by collecting data through parents’ questionnaires or by observing certain situations using a qualified third person while the perspective of children with attention-deficit hyperactivity disorder was ignored. However, the following study was accomplished to highlight the children’s perspective on their parents’ parenting abilities. Two questions have been examined in this study: First, if children with attention-deficit hyperactivity disorder (case group) judged the perceived parenting more negatively compared to children without attention-deficit hyperactivity disorder (control group); second, if there were a lot more differences between the case group’s and their parents’ statements when compared to the control group’s and their parents’ statements on parenting methods. In addition this study examined existence of parenting differences within the case group for attention-deficit hyperactivity disorder with and without external comorbid disorders.

Methods: To accomplish this, 44 children with and 35 children without attention-deficit hyperactivity disorder age 8 to 12 years and their parents were questioned using the Zurich Brief Questionnaire for Assessment of Parental Behaviors (for children and parents) and the Erziehungsstil-Inventar. The children were interviewed, while the parents filled out their questionnaires on their own.

Results: It was shown that children with attention-deficit hyperactivity disorder judged their parents’ parenting methods more negatively in many ways than the children of the control group. However there were only little agreements between the children and the parents

concerning parents' parenting methods in both the case and the control group. Furthermore, certain differences concerning parenting style were found between children with attention-deficit hyperactivity disorder with external comorbid disorders and children with attention-deficit hyperactivity disorder without external comorbid disorders.

Discussion: The study showed that parents of children with attention-deficit hyperactivity disorder execute rather negative parenting methods overall which conforms to the results of former studies. Unlike those former studies, the children's point of view was heard in this research which provided a valuable view on the children's perspective on their parents' parenting abilities. This aspect of the study is crucial, because prior studies showed the child's development to be influenced among other things by the child's perception of the parents' parenting. Furthermore, it was possible to compare the parents' and child's statements about a certain situation directly, thereby showing there were only very few agreements. As a result, the study contributes to a better understanding of the relationship between children with attention-deficit hyperactivity disorder and their parents and highlights the importance of a well-balanced parent-child-relation for the development of these children.

2. Einleitung; eigene Fragestellung

In der vorliegenden Studie sollte aufgezeigt werden, wie Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Vergleich zu Kindern ohne ADHS das Erziehungsverhalten ihrer Eltern beurteilten.

Die Einleitung beschäftigt sich im ersten Teil mit grundsätzlichen Aspekten der Erziehung und stellt zwei Fragebögen zur Erfassung des elterlichen Erziehungsverhaltens aus Sicht der Kinder vor. Im zweiten Teil wird das Krankheitsbild ADHS sowie aktuelle Literatur zum Thema ADHS und Erziehung erläutert. Am Ende der Einleitung steht die Formulierung der beiden Hypothesen.

2.1. Erziehung

2.1.1. Allgemeine Zusammenhänge

Meyers Lexikon online (2007) definierte Erziehung als „Unterstützung und Förderung des heranwachsenden Menschen, die ihn in seiner geistigen und charakterlichen Entwicklung befähigen soll, sich sozial zu verhalten und als selbstständiger Mensch eigenverantwortlich zu handeln“, wobei „der zu Erziehende die Verhaltenserwartungen (d.h. Normen oder Erziehungsziele) seiner Umwelt kennen, beurteilen, ggf. als begründet anerkennen und erfüllen lernen“ soll. Schaut man sich diese Definition genauer an, lassen sich die Schlüsselwörter herauslesen, die die drei verschiedenen Dimensionen der Erziehung in Anlehnung an die Erziehungsmodelle von Baumrind (1991b) und Gray & Steinberg (1999) repräsentieren: „Unterstützung und Förderung“ spiegeln die Dimension Wärme/Unterstützung wider, „ein selbstständiger Mensch“ steht in gegensätzlichem Zusammenhang mit der Dimension psychologische Kontrolle, und „Verhaltenserwartungen“ entsprechen der Dimension Regeln/Kontrolle (Schaefer, 1965a). In mehreren Studien konnte ein Zusammenhang zwischen jeder dieser drei Dimensionen und der kindlichen Entwicklung und Anpassung gezeigt werden. Barber & Olsen (1997) und Pettit et al. (2001) beschrieben, dass ein hohes Maß an Regeln und Kontrolle wenig externalisierende Probleme wie antisoziales Verhalten und schlechtes Benehmen zur Folge hatten, und laut Gray & Steinberg (1999) und Siequeland et al. (1996) förderte Wärme/Unterstützung die Anpassung des Kindes. Zu starke psychologische Kontrolle hingegen, zum Beispiel durch schikanöse Sanktionen nach schlechten Noten, Induzieren von Schuldgefühlen, Herumnörgeln an den Kindern oder Liebesentzug (Schaefer, 1965a), konnten zu internalisierenden Problemen wie depressiver Verstimmung und Ängstlichkeit führen (Barber et al., 1994; Barber & Harmon,

2002; Pettit et al., 2001; Wolfradt et al., 2003; Olsen et al., 2002), sowie zu externalisierenden Problemen (Barber & Harmon, 2002).

Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass neben den einzelnen Dimensionen an sich vor allem die unterschiedlichen Kombinationen dieser Dimensionen einen großen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes nahmen (Baumrind, 1989; Darling & Steinberg, 1993; Steinberg, 2001). In diesem Zusammenhang wurden von mehreren Autoren der autoritative, der autoritäre und der permissive Erziehungstyp mit jeweils unterschiedlicher Ausprägung der einzelnen Dimensionen beschrieben. Im größten Teil der Fälle wurde hierbei allerdings die Rolle der psychologischen Kontrolle vernachlässigt (Baumrind, 1966, 1989; Hart et al., 2003; Wolfradt et al., 2003). Reitzle et al. (2001) hingegen berücksichtigten auch die psychologische Kontrolle und beschrieben im Gegensatz zu anderen Autoren noch einen vierten Erziehungstyp, der in 2.1.2 vorgestellt wird.

Der autoritative Erziehungstyp ist gekennzeichnet durch ein hohes Maß sowohl an Wärme/Unterstützung, als auch an Regeln/Kontrolle (Baumrind, 1966, 1989; Hart et al., 2003). Außerdem beschrieben Reitzle et al. (2001) als weiteres Merkmal ein unterdurchschnittliches Maß an psychologischem Druck. Dieser Erziehungstyp zeigte durchweg einen positiven Einfluss auf die kindliche Entwicklung und Anpassung (Baumrind, 1966, 1989; Hart et al., 2003; Reitzle et al., 2001).

Der autoritäre Erziehungstyp ist charakterisiert durch ein hohes Maß an Regeln/Kontrolle aber wenig Wärme/Unterstützung (Hart et al., 2003; Baumrind, 1966, 1989), sowie durch hohen psychologischen Druck (Reitzle et al., 2001), und ging in mehreren Studien mit Störungen des Sozialverhaltens, schwacher sozialer Kompetenz und introvertiertem Verhalten einher (Hart et al., 2003; Baumrind, 1966, 1989; Reitzle et al., 2001).

Der permissive Erziehungstyp ist gekennzeichnet durch ein leicht überdurchschnittliches Maß an Wärme/Unterstützung aber wenig Regeln/Kontrolle (Baumrind, 1989; Wolfradt et al., 2003) und wenig psychologische Kontrolle (Reitzle et al., 2001). Während Reitzle et al. (2001) positive Entwicklungsergebnisse für den permissiven Erziehungstyp feststellten, wurde von Baumrind (1989) und Wolfradt et al. (2003) über eine schlechte soziale Anpassung und Verhaltensauffälligkeiten berichtet.

2.1.2. Zürcher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten (ZKE) und Erziehungsstil-Inventar (ESI)

Aufgrund der beschriebenen Zusammenhänge wurden unterschiedliche Ansätze (z.B. Elternfragebögen) entwickelt, um die verschiedenen Erziehungsdimensionen/-typen zu erfassen und so einen Einblick in die Eltern-Kind-Beziehung zu gewinnen. Es stellte sich

allerdings heraus, dass viele Eltern dazu tendierten, ihre Erziehungsmethoden positiver darzustellen, als diese tatsächlich waren bzw. als diese von ihren Kinder wahrgenommen wurden (Schwarz et al., 1985). Des Weiteren beschrieben Bronfenbrenner (1979) und Stapf et al. (1972), dass für die Entwicklung des Kindes nicht nur das tatsächliche Verhalten der Eltern entscheidend war, sondern auch, wie die Kinder die Erziehung durch ihre Eltern empfanden. Daher war es sinnvoll, Fragebögen zu konstruieren, die das Erziehungsverhalten der Eltern aus Sicht der Kinder wiedergaben.

Somit ließen sich die Erwartungen und Ziele bei der Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von elterlichem Erziehungsverhalten aus der Sicht von Kindern folgendermaßen definieren (Reitzle et al., 2001; Krohne & Pulsack, 1995):

- Ø Mit Hilfe des Fragebogens soll man abschätzen können, ob ein Risiko für das Auftreten von psychopathologischen Auffälligkeiten bei Jugendlichen vorliegt.
- Ø Problematisches elterliches Erziehungsverhalten soll aufgedeckt und in möglichen Interventionen (Elterstraining und Beratung) verändert werden.
- Ø Die Erfassung des elterlichen Erziehungsverhaltens erfolgt aus Sicht der Kinder.

Zürcher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten (ZKE; Reitzle et al., 2001):

Ein Beispiel für einen Kinderfragebogen ist der von Reitzle entwickelte ZKE, der die drei Grunddimensionen (Wärme/Unterstützung, Regeln/Kontrolle, psychologische Kontrolle) der elterlichen Erziehung aus Sicht der Kinder erfasst und sich damit an den bereits erwähnten Erziehungsmodellen von Baumrind (1991b) und Gray & Steinberg (1999) orientiert. Bei der Konstruktion der Items dienten Schaefers CRBPI (Children's Reports of Parental Behavior: An Inventory; Schaefer, 1965a), der Bronfenbrenner Parental Behavior Questionnaire (BPB; Siegelmann, 1965), die von Dornbusch et al. (1987) veröffentlichten Beispielitems und einige Fragen zum elterlichen Erziehungsverhalten aus dem Berliner Jugendlängsschnitt (Silbereisen & Eyferth, 1986) als Anregungen (Reitzle et al., 2001). Insgesamt besteht der ZKE aus 32 Items, wobei 15 Items die Dimension Unterstützung, 10 Items die Dimension psychologische Kontrolle und 7 Items die Dimension Regeln/ Kontrolle repräsentieren. Die unterschiedliche Anzahl der Items pro Dimension ist auf den unterschiedlichen Facettenreichtum der einzelnen Dimensionen zurückzuführen. Jedem Item ist eine vierstufige Häufigkeitsskala zugeordnet (stimmt nicht-stimmt wenig-stimmt ziemlich-stimmt immer), aus welcher das Kind jeweils die zutreffendste Antwort auswählen soll.

In der Evaluationsstudie überprüften Reitzle et al. (2001) den ZKE an 425 Mädchen und 452 Jungen im Alter von 11 bis 17 Jahren aus allen regulären Schultypen aus dem Kanton Zürich bezüglich seiner prognostischen Validität. Neben des ZKE füllten die Kinder weitere Fragebögen aus, um eine Korrelation zwischen Erziehungsdimensionen/-typen und

Indikatoren für Anpassung und Fehlanpassung herstellen zu können: Mit dem Youth Self Report (YSR; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993b) wurden internalisierende Störungen (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst/Depressivität) und externalisierende Störungen (aggressives und delinquentes Verhalten) erfasst, während die Allgemeine Depressionsskala (ADS, Langversion mit 20 Items; Hautzinger & Bailer, 1993) der spezifischeren Aufdeckung von depressiven Symptomen diente. Die Erfassung des globalen Selbstwertgefühls erfolgte mit Hilfe der deutschen Übersetzung des Instruments von Rosenberg (1965), ergänzt um zwei Items aus dem Berliner Jugendlängsschnitt (Silbereisen & Eyferth, 1986). Mit dem Coping-Fragebogen für Jugendliche (CFB-J; Seiffge-Krenke, 1989) wurden aktive und passive Bewältigungsstrategien erfasst, darüber hinaus wurden die von Seiffge-Krenke (1989) als „Aktive Bewältigung“ und „Problemmeidendes Verhalten“ bezeichneten Skalen gebildet. Zu den Anpassungsindikatoren zählten weiterhin die Deutsch- bzw. die Mathematiknote als Ausdruck des schulischen Erfolgs. Des Weiteren wurde von den Eltern der CBCL/4-18 (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993a) zur Erfassung von psychopathologischen Symptomen von Kindern und Jugendlichen ausgefüllt.

Die hier berechneten Zusammenhänge zwischen Erziehungsdimensionen und Indikatoren von Anpassung und Fehlanpassung stimmten weitgehend mit der einschlägigen Forschungsliteratur überein (siehe 2.1.1). Ausgeprägte Unterstützung korrespondierte mit einem besserem Selbstwertgefühl und einer stärkeren Präferenz für aktive Bewältigungsstrategien, also insgesamt mit einer positiven Entwicklung und Anpassung. Außerdem schien elterliche Unterstützung insbesondere vor der Ausbildung depressiver Symptome zu schützen. Hoher psychologischer Druck korrespondierte mit einem niedrigen Selbstwertgefühl und einer höheren Tendenz zu vermeidenden Coping-Strategien, stand mit unterschiedlichen psychopathologischen Symptomen in Zusammenhang und korrelierte negativ, allerdings nur schwach, mit dem Schulerfolg. Bei der Dimension Regeln/Kontrolle zeigten sich hingegen kaum Zusammenhänge mit den Indikatoren für Anpassung und Fehlanpassung, auch nicht die erwartete negative Korrelation mit externalisierenden Störungen.

Zur Beschreibung der Erziehungstypen berechneten Reitzle et al. (2001) für jedes Elternteil eine K-Means-Clusteranalyse (SPSS Quick Cluster; Norusis, 1993) über die drei Erziehungsdimensionen. Für die Festlegung der Anzahl von Clustern sollten die extrahierten Cluster zum Einen den in der Forschungsliteratur bekannten Erziehungstypen nahe kommen, zum Anderen sollte eine Aufteilung gewählt werden, die für Mutter und Vater vergleichbare Erziehungstypen produzierte; auf diese Weise ließen sich insgesamt vier verschiedene Erziehungstypen voneinander abgrenzen. Dadurch ergänzten Reitzle et al. (2001) die in Kapitel 2.1.1 aufgeführten drei Erziehungstypen (autoritär, autoritativ,

permissiv) um einen weiteren Erziehungstyp, die emotionale Distanz. Des Weiteren führten Reitzle et al. (2001) den Begriff „fordernde Kontrolle“ für einen Erziehungstyp ein, der jedoch inhaltlich dem autoritären Erziehungstyp entsprach:

- Ø a) autoritativer Erziehungstyp: hohes Maß an Unterstützung und Regeln, unterdurchschnittliche psychologische Kontrolle
- Ø b) permissiver Erziehungstyp: Regeln und psychologischer Druck gering ausgeprägt, Unterstützung leicht überdurchschnittlich
- Ø c) emotionale Distanz: wenig Unterstützung, wenig Regeln
- Ø d) fordernde Kontrolle: Regeln ausgeprägt, hoher psychologischer Druck (=autoritäre Erziehung)

Die Berechnung des Zusammenhangs zwischen diesen Erziehungstypen und Indikatoren von Anpassung und Fehlanpassung erfolgte mittels einfaktoriellen Varianzanalysen und anschließenden Scheffé-Tests und stimmte größtenteils mit bisherigen Forschungsergebnissen überein. Dabei wurde gezeigt, dass die Erziehungstypen a) und b) mit positiven Entwicklungsergebnissen einhergingen, und die Erziehungstypen c) und d) zu negativen Entwicklungsergebnissen führten. Hierbei ist zu beachten, dass bei d) insgesamt eine starke Symptombelastung und ein schlechtes Selbstwertgefühl im Vordergrund standen, während bei c) vor allem der Mangel an aktiven Coping-Strategien auffiel.

Wie bereits in 2.1.1 erwähnt, beschrieben Reitzle et al. (2001) positive Entwicklungsergebnisse für den permissiven Erziehungstyp, während von Baumrind (1989) und Wolfradt et al. (2003) über eine schlechte soziale Anpassung und Verhaltensauffälligkeiten berichtet wurde.

Erziehungsstil-Inventar (ESI; Krohne & Pulsack, 1995):

Ein weiterer Fragebogen zur Erfassung des elterlichen Erziehungsverhaltens aus Sicht der Kinder ist das ESI, welches über mehrere Vorformen von Krohne et al. (1980), Krohne et al. (1983) und Krohne et al. (1984) konstruiert wurde. Hier werden die Dimensionen Unterstützung, Einschränkung, Lob, Tadel, Inkonsistenz und Strafintensität erfasst. Im Unterschied zum ZKE (Reitzle et al., 2001) orientierten sich die Autoren des ESI also nicht an den Erziehungsmodellen von Baumrind (1991b) und Gray & Steinberg (1999), sondern an dem „Zweiprozeß-Modell elterlicher Erziehung“ (Krohne et al., 1980), welches wiederum auf den kognitiven sozialen Lerntheorien von Persönlichkeitsmerkmalen basierte (Bandura, 1977; Rotter, 1982) und sich vor allem mit den sozialen Erfahrungen, die das Kind im Rahmen der Erziehung durch die Eltern macht, befasste. Für die Konstruktion der Items der jeweiligen Dimension wurde eine Gruppe von 11- und 12-jährigen Kindern darüber befragt, welche typischen Situationen bzw. Verhaltensweisen ihren Eltern Anlass zu Lob, Hilfe, Trösten, Tadeln, Ablehnung, Kritik, Abwertung sowie Ge- und Verboten gaben.

Schwierigkeiten zeigten sich bei der Erstellung der Items für die Dimension Inkonsistenz, da sich diese nicht an einem einzelnen Ereignis manifestiert, sondern an Ereignisketten. Die Endfassung des ESI ist folgendermaßen aufgebaut: im ersten Teil werden die Dimensionen Unterstützung, Einschränkung, Lob, Tadel und Inkonsistenz gemessen, wobei jede Dimension durch 12 Items vertreten wird. Mittels einer vierstufigen Häufigkeitsskala (nie oder sehr selten-manchmal-oft-immer oder fast immer) kann das Kind jedes Item einzeln beurteilen. Im zweiten Teil wird die Dimension Straftintensität erfasst. Hier werden dem Kind fünf erziehungsproblematische Situationen und jeweils sechs mögliche Reaktionen der Eltern geschildert, wobei das Kind jeweils die wahrscheinlichste Reaktion der Eltern auf die beschriebene Situation auswählen soll.

Zur Überprüfung der Gültigkeit des ESI bzw. seiner Vorform führten Krohne et al. (1984) eine Evaluationsstudie durch. Die damalige Version des ESI wurde von 239 Jungen und 265 Mädchen im Alter von 10 bis 14 Jahre ausgefüllt und die gewonnenen vier Datensätze nach unterschiedlichen Aspekten analysiert. Die Überprüfung der Item-Trennschärfe und der Zuverlässigkeit brachten sehr zufriedenstellende Ergebnisse, die Dimensionen des ESI konnten damit als homogen und auch als hinreichend stabile Messinstrumente angesehen werden. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass die Dimensionen insgesamt unabhängig voneinander variierten (= diskriminante Gültigkeit). Die Erziehung von Vater und Mutter wurde vergleichsweise ähnlich erlebt, allerdings schienen die Eltern aus Sicht der Kinder bei der Erziehung von Mädchen weniger übereinzustimmen als bei Jungen. Beim Vergleich von kindberichteter und elternberichteter Erziehung gab es für die Jungen kaum Übereinstimmungen, während für die Mädchen vor allem bei den Dimensionen Einschränkung und Straftintensität Übereinstimmungen auftauchten. Bei der Analyse der Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen, Müttern und Vätern, und älteren und jüngeren Kindern ergaben sich folgende Ergebnisse: Das Geschlecht des Kindes spielte nur bei der Dimension Einschränkung eine Rolle; Jungen berichteten mehr Einschränkung als Mädchen. Zwischen den Eltern zeigten sich Unterschiede bei den Dimensionen Lob, Unterstützung und Einschränkung; dabei erzielten die Mütter bei diesen Dimensionen höhere Werte. Dies schien den Umstand zu reflektieren, dass Mütter bei der Erziehung stärker engagiert waren und dem entsprechend auch als intensiver erziehend empfunden werden. Ältere Kinder empfanden die Erziehung durch ihre Eltern negativer als jüngere Kinder.

In einer Studie von Krohne & Pulsack (1995) erfolgte eine Überprüfung der aktuellen Version des ESI an insgesamt 1201 Jungen und Mädchen im Alter von 8 bis 16 Jahren von verschiedenen Schulen (Grund-, Haupt-, Real-, Gesamtschule, Gymnasium). Entsprechend der Evaluationsstudie der Vorform des ESI (Krohne et al., 1984), wurde auch die aktuelle Version des ESI auf Trennschärfe der Items und diskriminante Gültigkeit überprüft, sowie Zusammenhänge zwischen kindberichteter mütterlicher und väterlicher Erziehung und

zwischen kindberichteter und elternberichteter Erziehung inklusive Geschlechts- und Alterseffekten beschrieben. Es zeigten sich diesbezüglich weitgehende Übereinstimmungen der Ergebnisse von Krohne & Pulsack (1995) mit den Ergebnissen von Krohne et al. (1984), die weiter oben ausführlich beschrieben wurden.

Um die mit dem ESI erhaltenen Daten richtig interpretieren zu können, ist es weiterhin wichtig, die wesentlichen bisher ermittelten Zusammenhänge zwischen den einzelnen Erziehungsdimensionen und bestimmten Kindesmerkmalen zu kennen (Krohne & Pulsack, 1995):

- ∅ fehlende elterliche Unterstützung → schlechte Schulleistungen, erhöhte Ängstlichkeit, Schulunlust, Ungeduld, Feindseligkeit
- ∅ übermäßige elterliche Einschränkung → schlechte Schulleistungen, erhöhte Ängstlichkeit, Schulunlust, niedrige internale Kontrollüberzeugung, niedrige soziale Kompetenz
- ∅ fehlendes elterliches Lob → introvertiertes Verhalten, erhöhte Aggressivität, Schulunlust
- ∅ zu häufiges Tadeln → erhöhte Ängstlichkeit, Schulunlust
- ∅ erhöhte Strafindensität → Ungeduld, Feindseligkeit, Wettbewerbsverhalten, Ängstlichkeit, Prüfungsängstlichkeit
- ∅ inkonsistente Erziehung → verstärkte allgemeine und prüfungsbezogene Ängstlichkeit, ungeduldiges und feindseliges Verhalten, geringeres Zutrauen in die Fähigkeit, selbst etwas bewirken zu können, geringe Schulleistung

Auf diese Weise kann das ESI sowohl zur Aufdeckung von problematischem elterlichen Erziehungsverhalten eingesetzt werden, als auch bei der Planung und Verlaufskontrolle von Interventionen (z.B. Elterntraining, Beratung) hilfreich sein.

Um Unterschied zum ZKE (Reitzle et al., 2001) erfolgte beim ESI (Krohne & Pulsack, 1995) keine Einteilung in Erziehungstypen, sondern beschränkte sich auf die Erhebung der einzelnen Erziehungsdimensionen und deren jeweiligen Einfluss auf die kindliche Entwicklung.

2.2. Erziehung und Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

2.2.1. Das Krankheitsbild ADHS

ADHS gehört zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindesalter und ist charakterisiert durch Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität. Laut Faraone et al. (2003) liegt die Prävalenz bei 8-12% weltweit, die American Psychiatric Association (1994) schätzt, dass

etwa 3-5% der Schulkinder davon betroffen sind. Die Auffälligkeiten treten bereits im Vorschulalter auf, sind situationsübergreifend und persistieren in 50-80% der Fälle bis in das Erwachsenenalter hinein (American Psychiatric Association, 1994; Barkley, 1990).

Zur Diagnosestellung gibt es zurzeit zwei gültige Klassifikationssysteme: DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) und ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 1993).

Das DSM-IV unterscheidet zwischen einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung vom vorwiegend unaufmerksamen Typ, vom vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typ und vom Mischtyp.

Für das Vorliegen des vorwiegend unaufmerksamen Typ müssen folgende Kriterien erfüllt sein: Über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten müssen sechs (oder mehr) der folgenden Unaufmerksamkeitssymptome in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorliegen:

Ø Unaufmerksamkeit: Die Kinder

- sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Flüchtigkeitsfehler bei Hausaufgaben, der Arbeit oder anderen Aktivitäten;
- haben oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten;
- scheinen oft nicht zuzuhören, wenn man mit ihnen spricht;
- können oft Erklärungen nicht folgen und ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende führen (aber nicht wegen oppositionellem Verhalten oder weil die Erklärungen nicht verstanden werden);
- haben oft Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren;
- vermeiden, mögen nicht oder widmen sich oft nur widerwillig Aufgaben, die geistiges Durchhaltevermögen erfordern (wie z. B. Hausaufgaben);
- verlieren oft Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten nötig sind (z. B. Spielsachen, Schularbeiten, Bleistifte, Bücher oder Werkzeuge);
- werden häufig sehr leicht von externen Stimuli abgelenkt;
- sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich;

Für das Vorliegen des vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typ müssen folgende Kriterien erfüllt sein: Über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten müssen sechs (oder mehr) der folgenden Hyperaktivitäts-Impulsivitäts-Symptome in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorliegen:

Ø Hyperaktivität: Die Kinder

- fuchteln häufig mit Händen und Füßen oder winden sich auf den Sitzen
- verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen Sitzen bleiben erwartet wird;
- laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen entspricht dem nur ein Unruhegefühl);
- sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen;
- zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten;
- sprechen oft exzessiv

Ø Impulsivität: Die Kinder

- platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist;
- können oft nicht warten, bis sie an der Reihe sind;
- unterbrechen und stören andere häufig (z. B. mischen sie sich ins Gespräch oder Spiel anderer ein)

Werden sowohl die Kriterien des vorwiegend unaufmerksamen als auch die Kriterien des vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typ erfüllt, liegt eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung vom Mischtyp vor.

Das ICD-10 unterscheidet zwischen einer einfachen Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (F90.0) und einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F 90.1). Für die Diagnose einer einfachen Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung müssen dabei folgende Kriterien erfüllt sein: Über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten müssen von dem Kind mindestens sechs Symptome von Unaufmerksamkeit (s. Tabelle 1a), mindestens drei Symptome von Überaktivität (s. Tabelle 1b) und mindestens ein Symptom von Impulsivität (s. Tabelle 1c) jeweils situationsübergreifend und in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß gezeigt werden.

Für die Diagnose einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens müssen sowohl die Kriterien einer einfachen Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung als auch die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens (hier nicht weiter erläutert) vorliegen.

Tabelle 1a: Symptome von Unaufmerksamkeit nach ICD-10

Die Kinder

- Ø sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten;
- Ø sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrechtzuerhalten;
- Ø hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird;
- Ø können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen (nicht wegen oppositionellem Verhalten oder weil die Erklärungen nicht verstanden werden);
- Ø sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren;
- Ø vermeiden unbeliebte Arbeiten, wie Hausaufgaben, die häufig geistiges Durchhaltevermögen erfordern;
- Ø verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind, z.B. für Schularbeiten, Bleistifte, Bücher, Spielsachen und Werkzeuge;
- Ø werden häufig von externen Stimuli abgelenkt;
- Ø sind im Verlauf der täglichen Aktivitäten oft vergesslich;

Tabelle 1b: Symptome von Überaktivität nach ICD-10

Die Kinder

- Ø fuchteln häufig mit Händen und Füßen oder winden sich auf den Sitzen;
- Ø verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen Sitzen bleiben erwartet wird;
- Ø laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen entspricht dem nur ein Unruhegefühl);
- Ø sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen; zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext oder Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind;

Tabelle 1c: Symptome von Impulsivität nach ICD-10

Die Kinder
Ø platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist;
Ø können häufig nicht in einer Reihe warten oder warten, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen;
Ø unterbrechen und stören andere häufig (z. B. mischen sie sich ins Gespräch oder Spiel anderer ein);
Ø reden häufig exzessiv ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren;

Für beide Klassifikationssysteme gilt: Der Beginn der Störung muss vor dem siebten Lebensjahr liegen und die Symptome verursachen ein deutliches Leiden oder eine Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit. Des Weiteren darf das Kind kein Verhalten zeigen, das alleine auf eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, eine manische Episode, eine depressive Episode oder eine Angststörung zurückgeführt werden kann.

Bei ungefähr 50-70% aller Kinder mit ADHS treten neben den Kernsymptomen Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität sogenannte komorbide Störungen auf (Biedermann et al., 1991). Dabei handelt es sich sowohl um externalen Verhaltensstörungen (charakterisiert durch ungehorsames, feindseliges und aufsässiges Verhalten), als auch um internale Störungen (z. B. Angst und Depressivität), wobei die externalen Störungen weitaus häufiger auftreten (43-93% der Fälle) (Jensen et al., 1997; Piacentini et al., 1993). Zu den häufigsten (externalen) komorbiden Störungen gehören die „leichte“ Störung des Sozialverhaltens (=oppositional defiant disorder (ODD) nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)) (50%) und die „schwere“ Störung des Sozialverhaltens (=conduct disorder (CD) nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)) (30-50%).

Bei der ODD werden die Kinder schnell wütend, sind nachtragend, boshaft, schadenfroh und rachsüchtig, reagieren häufig mit trotzigem und verweigerndem Verhalten und sind oft nicht in der Lage, sich den Forderungen anderer anzupassen (American Psychiatric Association, 1994). Es wird angenommen, dass die Entwicklung der ODD in engem Zusammenhang mit sozialen Faktoren steht (Anderson et al., 1994; Johnston & Mash, 2001). Verschiedene Studien zeigten, dass die Komorbidität von ADHS und ODD eine deutliche Belastung für die Eltern-Kind-Beziehung darstellen (Anastopoulos et al., 1992).

Die CD geht unter anderem einher mit Aggression, häufigem Lügen, Beschädigung von Eigentum, Tierquälerei und Diebstahl (American Psychiatric Association, 1994) und ist ein ernstzunehmendes Krankheitsbild. Kinder mit CD zeigten ein höheres Risiko für Anwendung

von Gewalt, Waffengebrauch, Substanzmissbrauch, Teenagerschwangerschaft und Schulabbruch (Robins & Price, 1991; Bardone et al., 1998; Scott, 1998).

Komorbide Störungen stellen ein zusätzliches Risiko für die Entwicklung des Kindes dar, außerdem wurden diese Kinder als hyperkinetisch auffälliger und unaufmerksamer als Kinder mit ADHS ohne komorbide Störungen beschrieben (Reeves et al., 1987).

Im Gegensatz zu zahlreichen Kritikern, die ADHS als eine erfundene Krankheit ansahen und das auffällige Verhalten der Kinder einzig und alleine auf mangelnde Erziehung durch Eltern und Lehrer zurückführten (Baughman, 2001; McCubbin & Cohen, 1997), konnten in vielen Studien die Vermutungen für erbliche und neurobiologische Grundlagen bei der Entstehung von ADHS bestätigt werden: Bereits Familienstudien in den 70er Jahren zeigten eine familiäre Häufung von ADHS (Cantwell, 1972; Morrison & Stewart, 1971). Des Weiteren bestätigten Zwillingsstudien die Vermutung, dass die Vererbung (die Heritabilität liegt bei 70-80%) bei der Entstehung von ADHS eine große Rolle spielt (Faraone & Biederman, 1998; Faraone et al., 2005). Letztendlich zeigten molekulargenetische Studien einen deutlichen Zusammenhang zwischen Varianten bestimmter Gene und einem erhöhten Risiko für das Auftreten von ADHS. Dabei handelt es sich um die Gene für den Dopamin D4 Rezeptor (DRD4) (Faraone et al., 2005), den Dopamin D5 Rezeptor (DRD5) (Lowe et al., 2004; Faraone et al., 2005), den Dopamintransporter (DAT), die Dopamin Beta-Hydroxylase (DBH), den Serotonin-Transporter (5-HTT), den Serotonin Rezeptor (HTR1B) und das Synapsen-assoziierte Protein 25 (SNAP-25) (Faraone et al., 2005).

2.2.2. Aktuelle Literatur zum Erziehungsverhalten der Eltern von Kindern mit ADHS

Wie bereits weiter oben beschrieben, zeigen Kinder mit ADHS ein typisches Verhalten, was oft zu Problemen in der Schule (Barkley et al., 1991a; Heiligenstein et al., 1999; Mariani & Barkley, 1997) und in zwischenmenschlichen Beziehungen führt (Greene et al., 2001). Viele Studien richteten dabei ihr Augenmerk auf die Spannungen in der Eltern-Kind-Beziehung, die jeweilige Ausprägung verschiedener Erziehungsdimensionen und die gegenseitige Beeinflussung des Verhaltens:

Mano & Uno (2007) beschrieben, dass Mütter von Kindern mit ADHS mehr Stress bei der Erziehung empfanden und höhere Werte in allen negativen Erziehungsdimensionen aufwiesen als die Kontrollgruppe. Die Autoren vermuteten weiterhin, dass das strenge und vorwurfsvolle Erziehungsverhalten der Eltern aus einer verminderten Bindung mit dem Kind resultierte. Auch Danforth et al. (1991) zeigten, dass Mütter von hyperaktiven Kindern weniger lobten, einen eher bestimmenden Erziehungsstil ausübten und den Kindern mehr Missbilligung entgegenbrachten.

In den Studien von Hechtman (1996), Johnston (1996), Kaplan et al. (1998) und Mash & Johnston (1990) tendierten die Eltern von ADHS-Kindern zu Gewaltandrohung und aversivem Erziehungsverhalten und schätzten ihre elterlichen Fähigkeiten in puncto Erziehung als unzureichend ein. Sie stellten mehr Anforderungen und waren kritischer gegenüber ihren Kindern als Eltern von Kindern ohne ADHS. Breen & Barkley (1988), Cunningham et al. (1988) und Mash & Johnston (1983) beschrieben ebenfalls vermehrten Stress bei der Erziehung, Unzufriedenheit der Mütter und psychologische Unausgeglichenheit (v.a. Angst, Depression und Feindseligkeit) bei Müttern von Kindern mit ADHS. Bei Barkley et al. (1992) schien insbesondere die mütterliche Feindseligkeit entscheidend zu dem Ausmaß des Eltern-Kind-Konfliktes beizutragen. Des Weiteren wurde dieser Konflikt verstärkt, wenn begleitend zur ADHS eine oppositionelle Störung des Sozialverhaltens vorlag. Dieser Zusammenhang wurde auch von Anastopoulos et al. (1992), und Fischer (1990) beschrieben.

Andere Studien stellten weniger negatives Erziehungsverhalten bei Müttern von Kindern mit ADHS fest, wenn sich die Symptome der Kinder durch Stimulantienmedikation reduzierten (Barkley et al., 1985), und zeigten, dass das negative Verhalten der Mütter stark durch das kindliche Verhalten bedingt war (Pollard et al., 1983; Edwards et al., 1995). Umgekehrt beschrieben Sheffield et al. (2002) aber auch eine ungünstige Beeinflussung der weiteren Entwicklung des Kindes durch das negative Verhalten der Mütter.

Das Verhalten von Vorschulkindern mit ADHS im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne ADHS untersuchten die Autoren DeWolfe et al. (2000) hinsichtlich folgender drei Domänen: Verhaltensauffälligkeiten, Sozialkompetenz und familiäres Umfeld. Dabei wurden die Kinder mit ADHS von ihren Eltern als aggressiver, weniger gehorsam und fordernder beschrieben als Kinder ohne ADHS. Auch was die soziale Kompetenz und Anpassung betraf, schnitten die Kinder mit ADHS schlechter ab, obwohl sie sich selbst als genauso sozialkompetent und akzeptiert betrachteten wie Gleichaltrige ohne ADHS. Des Weiteren beschrieben sich die Eltern der Kinder mit ADHS selbst als weniger kompetente Eltern mit einem eher einschränkenden Erziehungsstil. Sie fühlten sich von ihren Kindern als nicht geschätzt und berichteten über eine unausgeglichene Eltern-Kind-Beziehung.

Edwards et al. (2001) beschäftigten sich mit dem Verhalten von Jugendlichen mit ADHS und oppositioneller Verhaltensstörung (ODD) und deren Eltern in Konfliktsituationen. Sowohl die Eltern als auch die Jugendlichen pflegten untereinander überwiegend negative Umgangsformen. Die Eltern dieser Jugendlichen berichteten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe über mehr Konfliktsituationen, in welchen mit mehr Ärger und aggressiveren Konflikttaktiken reagiert wurde. Des Weiteren war die Kommunikation zwischen Eltern und Jugendlichen mit ADHS und ODD weniger sinnstiftend als in der Kontrollgruppe. Die Jugendlichen selbst beurteilten die Situationen weitestgehend wie ihre Eltern, allerdings

empfanden sie ihre Konflikttaktiken im Vergleich zu den Jugendlichen der Kontrollgruppe nicht als aggressiver, was darauf hindeutete, dass sie die Schwere des Konfliktes untertrieben bzw. unterschätzten.

In einer Studie von Seipp und Johnston (2005) wurde das Mutter-Sohn-Verhalten von ADHS-Kindern mit und ohne oppositioneller Störung im Vergleich zu einer Kontrollgruppe bezüglich emotionaler Ansprechbarkeit (responsiveness) (charakterisiert durch z.B. elterliches Lob, Kommunikation und Zuneigung) und Überreaktivität betrachtet. Dabei wurde gezeigt, dass Mütter von Söhnen mit ADHS und oppositioneller Störung weniger einfühlsam waren und stärker überreagierten als die Mütter der Kontrollgruppe, während für Mütter von Söhnen mit ADHS ohne oppositioneller Störung kein Unterschied diesbezüglich festgestellt wurde. Johnston (1996) hingegen berichtete, dass sowohl Eltern von Kindern mit ADHS und begleitender oppositioneller Störung, als auch Eltern von Kindern mit ADHS ohne komorbider oppositioneller Störung ihre Erziehungspraktiken als weniger effektiv ansahen verglichen mit einer Kontrollgruppe. Auch Barkley et al. (1985) und Stormshak et al. (2000) beschrieben Mütter von ADHS-Kindern ohne oppositioneller Störung als weniger einfühlsam, bestimmender und negativer im Umgang mit ihren Kindern als Mütter der Kontrollgruppe. Sie zeigten ein unnachgiebiges Erziehungsverhalten, welches übertriebene, inkonsistente und bestrafende Disziplinarmaßnahmen enthielt, und unter anderem die Weiterentwicklung des Problemverhaltens der ADHS-Kinder begünstigte.

Neben unnachgiebigem Erziehungsverhalten wurden weitere Verhaltensweisen von Eltern aufgezeigt, die das Problemverhalten von ADHS Kindern verstärkten: das Phänomen der negativen Verstärkung (Patterson, 1986) und das Fehlen von proaktivem Erziehungsverhalten (Barkley et al., 1985). Mit dem Phänomen der negativen Verstärkung beschrieb Patterson (1986) eine Verschlechterung der Non-Compliance der Kinder, wenn sich die Eltern nicht durchsetzen konnten und schließlich nachgaben. Barkley et al. (1985) vermuteten, dass ein proaktives Erziehungsverhalten der Entwicklung von kriminellen Verhalten vorbeugen könnte, und bemängelten, dass es zu wenig von Eltern im Umgang mit ADHS-Kindern ausgeübt wurde.

In vielen Studien (s.o) zeigte sich also, dass Eltern von Kindern mit ADHS zu einem überwiegend negativen Erziehungsverhalten im Sinne von weniger Unterstützung, weniger Zuneigung, weniger Lob, mehr Tadel und härteren Strafen im Vergleich zu Kontrollgruppen tendieren und dass der Teufelskreis aus gegenseitiger Beeinflussung der Verhaltensweisen die ADHS-Symptomatik verstärkt und damit die Eltern-Kind-Beziehung weiter belastet.

Eine Zuteilung des elterlichen Erziehungsverhaltens zu einem bestimmten Erziehungstyp (siehe 2.1.1 und 2.1.2) fand bei keiner dieser Studien statt. Lediglich die Ausprägung der einzelnen Dimensionen der Erziehung (Wärme/Unterstützung, Regeln/Kontrolle,

psychologische Kontrolle (Baumrind, 1991b; Gray & Steinberg, 1999; Reitzle et al., 2001), bzw. Unterstützung, Einschränkung, Lob, Tadel, Strafintensität, Inkosistenz (Krohne & Pulsack, 1995)) ließen sich anhand der Beschreibung des elterlichen Erziehungsverhaltens erkennen.

Die Daten für diese Studien wurden entweder durch Beobachtung bestimmter Situationen durch eine qualifizierte dritte Person oder durch Self-reports von Seiten der Eltern erhoben. Eine Einschätzung der Situation oder des Erziehungsverhaltens der Eltern durch die Kinder fand in den meisten Fällen nicht statt.

Schwarz et al. (1985) beschrieben jedoch, dass Eltern dazu tendieren, ihr Erziehungsverhalten anders zu bewerten als es tatsächlich ist bzw. als es die Kinder empfinden, und Bronfenbrenner (1979) und Stapf et al. (1972) betonten zudem, dass die kindliche Entwicklung nicht nur von dem tatsächlichen Erziehungsverhalten der Eltern abhängt, sondern auch davon, wie die Kinder dieses wahrnehmen (siehe auch 2.1.2).

Die hier durchgeführte Studie versuchte deshalb herauszufinden, in wieweit das in den erwähnten Studien beschriebene negative Erziehungsverhalten der Eltern von Kinder mit ADHS tatsächlich als solches empfunden wurde. Daraus ergab sich:

Hypothese 1: Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (= Kinder ohne ADHS) empfinden Kinder mit ADHS die Erziehung ihrer Eltern als negativer (mehr negative Erziehungsmerkmale).

In einigen Studien wurden sowohl Eltern als auch Kinder zum gleichen Thema (s.o) befragt, meistens mit unterschiedlichen Ergebnissen. Daher war es für die vorliegende Studie interessant zu erfahren, ob Eltern und Kinder (jeweils der ADHS- und Kontrollgruppe) das Erziehungsverhalten der Eltern ähnlich einschätzten. Hieraus folgte:

Hypothese 2: Bei der Einschätzung des Erziehungsverhaltens der Eltern gibt es einen größeren Unterschied zwischen den Meinungen von Eltern und Kind bei den ADHS-Familien als bei den Kontrollfamilien.

Explorativ sollte untersucht werden, ob es Unterschiede bezüglich des elterlichen Erziehungsverhaltens bei ADHS-Kindern mit zusätzlicher Komorbidität (komorbide „schwere“ Störung des Sozialverhaltens=conduct disorder (CD) nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) bzw. komorbide „leichte“ Störung des Sozialverhaltens=oppositional defiant disorder (ODD) nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)) im Vergleich zu dem elterlichen Erziehungsverhalten bei ADHS-Kindern ohne diese komorbiden Störungen gab.

3. Material und Methodik

3.1. Stichprobe und Untersuchungsinstrumente

3.1.1. Die Stichprobe

Bei der hier vorliegenden Studie handelt es sich um eine Fall-Kontroll-Studie. Zur Erhebung der Daten wurden 44 Kinder mit bereits diagnostiziertem ADHS (=Fallgruppe) und 35 Kinder ohne ADHS (=Kontrollgruppe), sowie jeweils die Eltern der Kinder befragt.

Die Fallgruppe:

Hierbei handelte es sich um Jungen und Mädchen zwischen 8 und 12 Jahren mit bereits diagnostiziertem ADHS. Die Kinder waren entweder Patienten der Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik Homburg oder bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater in Behandlung.

Die Diagnose wurde gesichert durch:

- Ø klinische Diagnose ADHS nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)
- Ø Kinder-DIPS (Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen, Schneider & Margraf, 2005)
- Ø CBCL/4-18 (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993a) für Eltern und Lehrer
- Ø Conners-Fragebögen (Conners' rating scales-revised, Conners, 2004) für Eltern und Lehrer

Des Weiteren hatten alle Kinder einen IQ>70. Dieser wurde durch einen standardisierten Intelligenztest (K-ABC=Kaufmann-Assessment Battery for Children, Melchers, 2005; HAWIK III, Hamburger-Wechsler-Intelligenztest für Kinder III, Tewes et al., 2000) ermittelt.

Die Kontrollgruppe:

Auch hier waren die Jungen und Mädchen im Alter von 8 bis 12 Jahren, allerdings ohne ADHS und ohne sonstige psychische Auffälligkeiten, bestätigt durch CBCL- (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993a) und Conners-Fragebögen (Conners, 2004), die von den Eltern der Kinder ausgefüllt wurden. Der Kontakt zu den Kindern entstand durch Schulen im Kreis Homburg/Saar.

3.1.2. Die Untersuchungsinstrumente

Wie bereits in 3.1.1 erwähnt, wurden sowohl die Kinder als auch die Eltern befragt. Es wurden jeweils standardisierte Fragebögen verwendet, die im Folgenden genauer beschrieben werden. Während die Eltern die Fragebögen alleine ausfüllten, wurden die Angaben der Kinder im direkten Gespräch erfasst.

Die Fragebögen für die Kinder:

- Ø ESI (Erziehungsstil-Inventar, Krohne & Pulsack, 1995):

Dieser Fragebogen (siehe 2.1.2) erfasst das Erziehungsverhalten der Eltern aus Sicht der Kinder. Er existiert mit jeweils den gleichen Aussagen in einer Vater- (für Informationen des Kindes über den Vater) und in einer Mutterversion (für Informationen des Kindes über die Mutter) und besteht aus 2 Teilen.

Im ersten Teil werden mit insgesamt 60 Aussagen die Dimensionen „Unterstützung“ (12 Aussagen), „Einschränkung“ (12 Aussagen), „Lob“ (12 Aussagen), „Tadel“ (12 Aussagen) und „Inkonsistenz“ (12 Aussagen) erfasst, wobei die Aussagen der verschiedenen Dimensionen durchmischt sind. Zu jeder dieser Aussagen hat das Kind die Möglichkeit, eine der folgenden Antworten/Bewertungen abzugeben: „nie oder sehr selten“=1 Punkt, „manchmal“=2 Punkte, „oft“=3 Punkte, „immer oder fast immer“=4 Punkte. Beispielaussage: „Meine Mutter/Mein Vater freut sich, wenn ich freiwillig für die Schule übe“. Beispielantwort/-bewertung: „immer oder fast immer“.

Im zweiten Teil wird die Dimension Strafantensität erfasst. Hierbei werden dem Kind 5 erziehungsproblematische Situationen und jeweils 6 mögliche Reaktionen der Eltern geschildert („...nimmt sie/er es mir nicht übel“=1 Punkt, „...zeigt sie/er mir, dass ich ihr/ihm Kummer gemacht habe“=2 Punkte, „...schimpft sie/er mit mir“=3 Punkte, „...verbietet sie/er mir meine Lieblingsbeschäftigung“=4 Punkte, „...gibt sie/er mir Stubenarrest“=5 Punkte, „...schlägt sie/er mich“=6 Punkte; diese Reaktionen sind für alle Situationen gleich). Das Kind hat nun die Aufgabe, der jeweiligen Situation die elterliche Reaktion zuzuordnen, die es für am wahrscheinlichsten hält. Beispiel: „Wenn ich freche Antworten gebe...“ - „...schimpft sie mit mir“.

Zur Auswertung: Mit Hilfe einer Schablone lassen sich die Aussagen den einzelnen Dimensionen zuteilen, so dass nun die Punkte jeder Dimension getrennt zusammengezählt werden können. Daraus ergeben sich unterschiedliche Werte für die jeweiligen Dimensionen und man kann erkennen, wie das Kind die Erziehung von Mutter und Vater einschätzt.

- Ø ZKE (Zürcher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten, Reitzle et al., 2001):

Auch bei diesem Fragebogen (siehe 2.1.2) kann man getrennt Informationen über das Erziehungsverhalten von Mutter und Vater aus Sicht des Kindes erhalten.

Bestehend aus 32 Aussagen, die ebenfalls durchmischt sind, werden hier die Dimensionen „Wärme/Unterstützung“ (15 Aussagen), „Psychologischer Druck“ (10 Aussagen) und „Regeln/Kontrolle“ (7 Aussagen) gemessen. Wie beim ESI hat das Kind auch hier die Möglichkeit, die Aussagen zu bewerten; allerdings diesmal mit „stimmt nicht“=0 Punkte, „stimmt wenig“=1 Punkt, „stimmt ziemlich“=2 Punkte, „stimmt völlig“=3 Punkte. Beispiel: „Meine Mutter ist für mich da, wenn ich sie brauche“- „stimmt immer“.

Zur Auswertung: Hier werden mittels einer Tabelle den Aussagen die jeweilige Dimension zugeteilt und im Anschluss die Punkte jeder Dimension zusammengezählt.

Zur Durchführung: Die Kinder füllten die Fragebögen mit der Untersucherin zusammen in Abwesenheit der Eltern aus. Die Interviews fanden entweder in der Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik Homburg oder im Elternhaus der Kinder statt. Zu Beginn des Interviews erklärte die Untersucherin zuerst die Vorgehensweise zur Bearbeitung der Fragebögen und las dann die Aussagen und Antworten/Bewertungen jeweils vor. Nach jeder vorgelesenen Aussage wurde das Kind dazu aufgefordert, die am ehesten zutreffende Antwort/Bewertung anzugeben. Bei Fragen zum Verständnis von einzelnen Worten oder ganzer Aussagen wurden diese von der Untersucherin beantwortet.

Die Fragebögen für die Eltern:

- Ø ZKEE (Zürcher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten, Exemplar für die Eltern, Reitzle et al., 2001):

Bei dem ZKEE handelt es sich um eine Version des ZKE-Fragebogens für Eltern. Die Aussagen sind inhaltlich die gleichen, allerdings bewerten die Eltern in dieser Version sich selbst. Beispiel: ZKE „Meine Mutter lobt mich, wenn ich etwas gut gemacht habe“. Im ZKEE lautet diese Aussage: „Ich lobe meine Tochter/meinen Sohn, wenn sie/er etwas gut gemacht hat“. Die Bewertungs-/Antwortmöglichkeiten sind identisch. Auf diese Weise wird ein direkter Vergleich zwischen der vom Kind erbrachten Bewertung der elterlich Erziehung und der Selbstbewertung der Eltern und ihrer Erziehung möglich.

Zur Auswertung: Wie beim ZKE werden auch hier mittels einer Tabelle den Aussagen die jeweilige Dimension zugeteilt und im Anschluss die Punkte jeder Dimension zusammengezählt.

- Ø SES (Sozioökonomischer Status):

Zur Erhebung des sozioökonomischen Status wurde ein Durchschnittswert anhand des Berufsausbildungsstatus beider Eltern bestimmt. Jedes Elternteil konnte dabei auf

einer Skala von 1=ungelernter Arbeiter/-in bis 4=selbstständige/-er Akademiker/-in den jeweils zutreffenden Berufsausbildungsstatus auswählen.

Ø CBCL/4-18 (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993a):

Die hier verwendete Version des CBCL ist geeignet für die Beurteilung von Kindern im Alter von 4 bis 18 Jahren. Der Fragebogen besteht aus 2 Teilen. Im ersten Teil werden mittels Fragen über außerschulische Aktivitäten, den Umgang mit anderen Kindern und Schulleistungen die Kompetenzskalen erfasst. Der zweite Teil besteht aus einer Liste von insgesamt 112 Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen auftreten können. Aufgabe der Eltern ist, nach jeder Eigenschaft zu beurteilen, ob diese bei ihrem Kind 0=nicht zutreffend, 1=etwas oder manchmal zutreffend oder 2=genau oder häufig zutreffend ist. Auf diese Weise werden im zweiten Teil die Syndromskalen ermittelt.

Die Auswertung erfolgt anhand von standardisierten Tabellen und ist alters- und geschlechtsspezifisch.

Ø Conners´ Rating Scale-Revised (Conners, 2004):

Ähnlich wie beim CBCL Teil 2 wird mit dem Connersbogen nach Problemverhalten der Kinder und Jugendlichen gefragt: eine Liste von insgesamt 27 Eigenschaften/Verhaltensweisen, die jeweils mit 0=überhaupt nicht zutreffend (nie, selten), 1=etwas zutreffend (gelegentlich), 2=ziemlich zutreffend (oft, ziemlich häufig), 3=völlig zutreffend (sehr oft, häufig) zu bewerten sind. Diese einzelnen Eigenschaften lassen sich 4 Subskalen zuordnen, nämlich oppositionelles Verhalten, kognitive Probleme/unaufmerksames Verhalten, Hyperaktivität und ADHS-Index. Einige Eigenschaften tauchen dabei in mehr als einer Subskala auf.

Die Auswertung erfolgt anhand von standardisierten Tabellen und ist alters- und geschlechtsspezifisch.

Ø Kinder-DIPS (Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen, Schneider & Margraf, 2005):

Bei dem Kinder-DIPS handelt es sich um ein strukturiertes Interview zur Erfassung von psychischen Störungen; im vorliegenden Fall diente es der Diagnosesicherung von ADHS und der Erfassung komorbider Störungen. Der Kinder-DIPS besteht aus einem Interviewleitfaden mit den Interviewfragen und Anweisungen für den Interviewer und einem Protokollbogen, auf dem die Antworten der Eltern notiert werden. Die Abfolge der Fragen erfolgt syndromorientiert und es soll das subjektive Erleben des kindlichen Verhaltens ermittelt werden. Dabei werden sowohl derzeitige, als auch frühere Symptome erfasst. Die Diagnose ist nach Auswertung der Antworten auf Grundlage des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) und des ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 1993) möglich.

Neben der „Hauptdiagnose“ ADHS ließen sich auf diese Weise wie bereits erwähnt auch die beiden komorbiden Störungen „conduct disorder“ (CD) nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) und „oppositional defiant disorder“ (ODD) nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) bei den ADHS-Kindern diagnostizieren, wobei ADHS-Kinder, die aktuell oder auch früher bereits die Kriterien für die Diagnose CD erfüllten, nicht mehr die Diagnose ODD erhielten.

Zur Durchführung: Die Fragebögen wurden jeweils von jedem Elternteil ausgefüllt, um Unterschiede zwischen mütterlicher und väterlicher Sicht erfassen zu können.

Des Weiteren wurden in der Fallgruppe die CBCL- (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993a) und Conners-Fragebögen (Conners, 2004) zusätzlich von jeweils einem Lehrer der Kinder ausgefüllt.

Eine Ausnahme von dieser Vorgehensweise stellte das Kinder-DIPS dar, das von der Untersucherin im direkten Gespräch mit einem oder beiden Elternteilen zusammen erarbeitet wurde.

Die Fragebögen CBCL/4-18 (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993a), Conners´ Rating Scale-Revised (Conners, 2004) und Kinder-DIPS (Schneider & Margraf, 2005) dienten lediglich der Diagnosesicherung bei der Fallgruppe und zum Ausschluss psychischer Auffälligkeiten bei der Kontrollgruppe. Eine ausführliche Darstellung der ausgewerteten Bögen erfolgte nicht, da diese für die hier vorliegende Fragestellung nicht weiter relevant waren.

3.2. Statistik

Die anhand der Fragebögen erhobenen Daten wurden zur weiteren Analyse verschiedenen statistischen Tests unterzogen, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten:

Ø ANCOVA (Varianzanalyse mit Kovariablen):

Dieser Test diente dem Vergleich der Mittelwerte für jede einzelne Erziehungsdimension des ZKE und des ESI zwischen Fall- und Kontrollgruppe, sowie innerhalb der Fallgruppe zwischen ADHS-Kindern mit und ohne komorbider Störung. Des Weiteren wurden die Einflüsse der Kovariablen Alter, Geschlecht und SES berechnet.

Ein p-Wert $<0,05$ wurde als Kriterium für einen nicht-zufälligen Unterschied, ein p-Wert von $<0,10$ wurde als Kriterium für eine Tendenz zum Unterschied gewählt. Eine Kontrolle für multiples Testen erfolgte aufgrund der kleinen Stichprobengröße nicht.

Ø Wilcoxon-Zwei-Stichprobentest:

Mit Hilfe des Wilcoxon-Zwei-Stichprobentest wurde überprüft, ob es Unterschiede bezüglich der Altersverteilung in beiden Gruppen und bezüglich des Berufsausbildungsstatus der Eltern von Fall- und Kontrollgruppe gab.

Ø Fisher´s Exact Test:

Zur Prüfung, ob der Anteil von Mädchen und Jungen in beiden Gruppen ähnlich war, wurde der Fisher´s Exact Test verwendet.

Ø Spearman-Korrelationskoeffizient:

Durch Berechnung des Spearman-Korrelationskoeffizienten ließen sich die Aussagen über die Erziehung aus Sicht von Mutter/Vater mit denen aus Sicht des Kindes vergleichen, sowie die Aussagen über die mütterliche Erziehung mit denen über die väterliche Erziehung zum einen aus Sicht des Kindes und zum anderen aus Sicht der Mutter bzw. des Vaters. Zu diesem Zweck wurden jeweils die Aussagen eines Kindes mit den Aussagen der/dem ihm zugehörigen Mutter/Vater verglichen. Auch bei dieser Berechnung wurde jede Erziehungsdimension von ZKE und ESI einzeln betrachtet.

Ab einem Wert von 0,5 wurde eine relevante Korrelation angenommen, eine deutliche Korrelation ab einem Wert von 0,7.

4. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der hier durchgeführten Studie dargelegt. Im ersten Teil wird die Zusammensetzung der Stichprobe bezüglich Subtypen der ADHS-Kinder, Alter, Geschlecht und Berufsausbildungsstatus der Eltern genauer beschrieben; im zweiten und dritten Teil folgt dann die Darstellung der ausgewerteten Fragebögen (ZKE, ZKEE, ESI) sowie der berechneten Korrelationen.

4.1. Deskriptive Statistik

Wie bereits in Kapitel 3 erwähnt, bestand die Fallgruppe aus 44 Kindern und die Kontrollgruppe aus 35 Kindern. Die Verteilung auf die einzelnen Subtypen (unaufmerksamer, hyperaktiv-impulsiver und kombinierter Subtyp; DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)) innerhalb der Fallgruppe ist in Tabelle 2 dargestellt. Tabelle 3 zeigt die Alters- und Geschlechtsverteilung der Stichprobe, sowie deren sozioökonomischen Status (SES).

Tabelle 2: Verteilung der Fallgruppe auf Subtypen

Subtyp	Anzahl
Unaufmerksamer Subtyp	6 (13,6%)
Kombinierter Subtyp	30 (68,2%)
Hyperaktiv-impulsiver Subtyp	8 (18,2%)
Gesamt	44 (100%)

Tabelle 3: Stichprobenverteilung bezüglich Geschlecht, Alter und SES

	ADHS	Kontrollgruppe	Statistischer Test
insgesamt:	44	35	Fisher's Exact Test
männlich:	39 (88,6%)	29 (82,9%)	two-sided p=0,52
weiblich:	5 (11,4%)	6 (17,1%)	
Alter (Mittelwert und Standardabweichung)	10,41 +/- 1,36	10,23 +/- 1,08	Wilc.-2-Stichpr.Test z= -1,20 two-sided p=0,23
SES (Mittelwert und Standardabweichung)	2,56 +/- 0,70	3,07 +/- 0,64	Wilc.-2-Stichpr.Test z=3,29 two-sided p=0,001

Wilc.-2-Stichpr.Test=Wilcoxon-Zwei-Stichprobentest

Tabelle 3 ist zu entnehmen, dass die Geschlechts- und Altersverteilung in beiden Gruppen vergleichbar waren. Der SES (Berufsausbildungsstatus der Eltern) zeigte allerdings bei der Kontrollgruppe höhere Werte als bei der Fallgruppe (ADHS). Aus diesem Grund musste bei der Auswertung der Fragebögen kontrolliert werden, ob es einen Einfluss des SES auf die erhobenen Werte gab.

Bei zwei Kindern der Fallgruppe konnten mittels ZKE und ESI jeweils nur Informationen über die Mutter erhoben werden, da zum Vater kein Kontakt bestand.

Sowohl bei der Fallgruppe, als auch bei der Kontrollgruppe lehnten einige Eltern bzw. Elternteile das Ausfüllen der Elternfragebögen ab. Auffallend hierbei war, dass die Compliance der Fallgruppe-Eltern sehr viel geringer war als die der Kontrollgruppe-Eltern. Während bei der Kontrollgruppe nur ein Vater nicht zum Ausfüllen der Fragebögen bereit war, waren es bei der Fallgruppe 12 Mütter und 17 Väter.

4.2. Darstellung der Auswertungen der Fragebögen ZKE, ZKEE, ESI und der Korrelationen bei den Kindern mit ADHS und den Kontrollkindern

Die Tabellen 4-9 enthalten die Mittelwerte (MW) und 95%-Konfidenzintervalle (CI) der einzelnen Dimensionen der Fragebögen ZKE, ZKEE und ESI für Fall-(ADHS)- und Kontrollgruppe, sowie F-Werte, Freiheitsgrade (DF) und p-Werte. Wie bereits erwähnt konnten nicht alle Kinder über beide Elternteile Angaben machen bzw. lehnten einige Elternteile das Ausfüllen der Fragebögen ab, daher unterscheidet sich teilweise die Anzahl (N) der ausgewerteten Fragebögen von der Gesamtanzahl der Kinder. In der Mehrzahl der Fälle waren die Ergebnisse unabhängig von Alter, Geschlecht und SES, Ausnahmen werden jeweils beschrieben. In den Tabellen 10 und 11 werden die Korrelationskoeffizienten nach Spearman für die Fall- und Kontrollgruppe aufgeführt.

Tabelle 4 zeigt, wie die Kinder im ZKE die Mütter beschrieben. Für die Dimensionen Wärme/Unterstützung und psychologische Kontrolle gab es Unterschiede zwischen Kontroll- und Fallgruppe (ADHS). Die Kinder der Fallgruppe empfanden bei der Erziehung durch die Mütter weniger Wärme/Unterstützung und mehr psychologische Kontrolle als die Kinder der Kontrollgruppe bei der Erziehung durch die Mütter. Die Dimension Regeln/Kontrolle durch die Mütter wurde von beiden Gruppen ähnlich empfunden. Auffallend jedoch war der Alterseinfluss bei der Dimension psychologische Kontrolle: jüngere Kinder vergaben im Durchschnitt höhere Werte als ältere Kinder (β -Koeffizient=-2,26 +/- 0,42; F-Wert=23,86 (DF=1) p-Wert<0,0001).

Tabelle 4: Kinder über Mütter (ZKE)

Mütter	ADHS MW [CI] N=44	Kontrollgruppe MW [CI] N=35	Statistik F-Wert (DF) p-Wert
Wärme/Unterstützung	32,1 [30,0-34,3] N=44	36,6 [34,3-38,8] N=35	11,01 (1) 0.0014
Regeln/Kontrolle	14,4 [13,3-15,4] N=44	14,3 [13,2-15,54] N=35	0.02 (1) 0.8686
Psychologische Kontrolle	15,0 [13,0-17,0] N=44	11,5 [9,4-13,5] N=35	8,55 (1) 0,0046

MW=Mittelwert

CI=95%-Konfidenzintervall

N=Anzahl der ausgewerteten Fragebögen

DF=Freiheitsgrade

Tabelle 5: Kinder über Väter (ZKE)

Väter	ADHS MW [CI] N=42	Kontrollgruppe MW [CI] N=35	Statistik F-Wert (DF) p-Wert
Wärme/Unterstützung	29,6 [27,1-32,0] N=42	33,8 [31,4-36,3] N=35	8,78 (1) 0,0041
Regeln/Kontrolle	13,9 [12,7-15,1] N=42	13,4 [12,32-14,6] N=35	0,50 (1) 0,4802
Psychologische Kontrolle	14,6 [12,7-16,6] N=42	11,6 [9,7-13,6] N=35	6,75 (1) 0,0114

MW=Mittelwert

CI=95%-Konfidenzintervall

N=Anzahl der ausgewerteten Fragebögen

DF=Freiheitsgrade

Aus Tabelle 5 geht hervor, wie die Kinder im ZKE die Väter beurteilten. Auch bei der Erziehung durch die Väter empfanden die ADHS-Kinder weniger Wärme/Unterstützung und mehr psychologische Kontrolle als die Kinder der Kontrollgruppe. Des Weiteren zeigte sich

ein deutlicher Einfluss von Alter auf die Dimension psychologische Kontrolle: jüngere Kinder empfanden die psychologische Kontrolle durch die Väter stärker als ältere Kinder (β -Koeffizient=-2,04 +/- 0,45; F-Wert=20,88 (DF=1) p-Wert<0,0001). Auch war eine Tendenz zu erkennen, dass das Geschlecht einen Einfluss auf die Dimension psychologische Kontrolle hatte: Mädchen empfanden dabei mehr psychologische Kontrolle durch die Väter als Jungen (Mittelwert Jungen=11,6; Mittelwert Mädchen=14,7; F-Wert=3,66 (DF=1) p-Wert=0,0598). Wie bei der Erziehung durch die Mütter wurden auch die Väter für die Dimension Regeln/Kontrolle von beiden Gruppen ähnlich bewertet.

Tabelle 6: Kinder über Mütter (ESI)

Mütter	ADHS MW [CI] N=44	Kontrollgruppe MW [CI] N=35	Statistik F-Wert (DF) p-Wert
Unterstützung	32,0 [29,7-34,4] N=44	38,2 [35,7-40,6] N=35	18,6 (1) <0.0001
Einschränkung	22,3 [20,3-24,3] N=44	18,2 [16,1-20,2] N=35	11,41 (1) 0.0012
Lob	39,9 [38,0-41,8] N=44	43,2 [41,23-45,2] N=35	8,5 (1) 0,0047
Tadel	31,2 [28,5-33,9] N=44	28,7 [25,9-31,5] N=35	2,27 (1) 0,1365
Inkonsistenz	22,0 [20,1-23,9] N=44	19,0 [17,0-21,0] N=35	6,55 (1) 0,0125
Strafintensität	12,0 [10,8-13,1] N=44	10,3 [9,1-11,5] N=35	5,71 (1) 0,0194

MW=Mittelwert

CI=95%-Konfidenzintervall

N=Anzahl der ausgewerteten Fragebögen

DF=Freiheitsgrade

In Tabelle 6 wird dargestellt, wie die Kinder die Mütter im ESI beschrieben. Die Kinder der ADHS-Gruppe empfanden die Mütter in ihrer Erziehung weniger unterstützend und weniger

lobend, aber mehr einschränkend und inkonsistenter als die Kinder der Kontrollgruppe. Auch erhielten die Mütter der ADHS-Gruppe höhere Werte für die Strafintensität. Bei der Dimension Tadel ergab sich kein Unterschied zwischen den Bewertungen der ADHS- und der Kontrollgruppe. Zusätzlich zeigte sich ein deutlicher Alterseinfluss auf die Dimension Inkonsistenz: jüngere Kinder empfanden die Mütter inkonsistenter als ältere Kinder (β -Koeffizient=-0,92 +/- 0,45; F-Wert=4,24 (DF=1) p-Wert=0,0430).

Tabelle 7: Kinder über Väter (ESI)

Väter	ADHS MW [CI] N=42	Kontrollgruppe MW [CI] N=35	Statistik F-Wert (DF) p-Wert
Unterstützung	31,9 [29,4-34,4] N=42	36,9 [34,4-39,3] N=35	11,78 (1) 0,0010
Einschränkung	22,3 [20,3-24,2] N=42	18,9 [16,7-20,9] N=35	8,40 (1) 0,0050
Lob	39,4 [37,3-41,6] N=42	41,0 [38,2-43,1] N=35	1,51 (1) 0,2235
Tadel	32,8 [30,0-35,7] N=42	28,9 [26,0-31,8] N=35	5,33 (1) 0,0238
Inkonsistenz	22,3 [20,1-24,5] N=42	19,6 [17,4-21,8] N=35	4,39 (1) 0,0396
Strafintensität	12,3 [11,0-13,6] N=42	10,8 [9,5-12,1] N=35	3,50 (1) 0,0653

MW=Mittelwert

CI=95%-Konfidenzintervall

N=Anzahl der ausgewerteten Fragebögen

DF=Freiheitsgrade

Tabelle 7 zeigt entsprechend die Ansichten der Kinder über die Väter im ESI. Auch die Väter wurden von der ADHS-Gruppe weniger unterstützend und einschränkender empfunden als von der Kontrollgruppe, außerdem erhielten sie für die Dimensionen Tadel und Inkonsistenz höhere Werte von der ADHS-Gruppe als von der Kontrollgruppe. Für die Dimensionen

Strafintensität zeigte sich lediglich eine Tendenz für höhere Strafintensität bei den Vätern der ADHS-Gruppe, während sich für die Dimension Lob kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen ergab. Des Weiteren stellte sich ein Alters- und Geschlechtseinfluss auf die Dimension Unterstützung heraus: ältere Kinder und Jungen empfanden die Väter unterstützender als jüngere Kinder und Mädchen (Alterseinfluss: β -Koeffizient=1,14 +/- 0,56; F-Wert=4,14 (DF=1) p-Wert=0,0456; Geschlechtseinfluss: Mittelwert Jungen=36,6; Mittelwert Mädchen=32,2; F-Wert=4,82 (DF=1) p-Wert=0,0313). Auch zeigte sich ein deutlicher Einfluss des SES bei der Dimension Lob: Kinder von Eltern mit einem höheren Berufsausbildungsstatus empfanden die Väter lobender als Kinder von Eltern mit niedrigerem Berufsausbildungsstatus (β -Koeffizient=1,83 +/- 0,89; F-Wert=4,27 (DF=1) p-Wert=0,0425).

Tabelle 8 ist zu entnehmen, wie sich die Mütter im ZKEE selbst beurteilen. Bei der Einschätzung ihrer eigenen Erziehung zeigten sich bei den Müttern der ADHS-Gruppe niedrigere Werte für die Dimension Wärme/Unterstützung und höhere Werte für die Dimension psychologische Kontrolle. Für die Dimension Regeln/Kontrolle beurteilten sich die Mütter der beiden Gruppen fast gleich.

Tabelle 8: Mütter über sich selbst (ZKEE)

Mütter	ADHS MW [CI] N=32	Kontrollgruppe MW [CI] N=35	Statistik F-Wert (DF) p-Wert
Wärme/Unterstützung	32,8 [30,8-34,7] N=32	35,6 [33,7-37,4] N=35	5,45 (1) 0,0229
Regeln/Kontrolle	14,6 [13,6-15,6] N=32	14,5 [13,5-15,5] N=35	0,03 (1) 0,8527
Psychologische Kontrolle	11,3 [9,6-12,9] N=32	7,8 [6,3-9,4] N=35	11,78 (1) 0,0011

MW=Mittelwert

CI=95%-Konfidenzintervall

N=Anzahl der ausgewerteten Fragebögen

DF=Freiheitsgrade

In Tabelle 9 wird die Selbsteinschätzung der Väter im ZKEE dargestellt. Auch die Väter der ADHS-Gruppe sahen bei ihrer Erziehung weniger Wärme/Unterstützung und mehr

psychologische Kontrolle als die Väter der Kontrollgruppe, während die Angaben zu Regeln/Kontrolle fast gleich waren.

Tabelle 9: Väter über sich selbst (ZKEE)

Väter	ADHS MW [CI] N=27	Kontrollgruppe MW [CI] N=34	Statistik F-Wert (DF) p-Wert
Wärme/Unterstützung	28,8 [25,9-31,6] N=27	32,4 [30,0-35,0] N=34	5,21 (1) 0,0262
Regeln/Kontrolle	12,9 [11,5-14,2] N=27	12,4 [11,2-13,6] N=34	0,38 (1) 0,5437
Psychologische Kontrolle	10,8 [9,1-12,4] N=27	8,3 [6,9-9,8] N=34	6,77 (1) 0,0118

MW=Mittelwert

CI=95%-Konfidenzintervall

N=Anzahl der ausgewerteten Fragebögen

DF=Freiheitsgrade

Tabelle 10 zeigt die verschiedenen Korrelationen für Fall- und Kontrollgruppe beim Vergleich der beiden Fragebögen ZKE und ZKEE. Folgende Zusammenhänge lassen sich aus der Tabelle ersehen:

- Ø MZKE-MZKEE: Die Aussagen über die mütterliche Erziehung aus Sicht des Kindes und aus Sicht seiner Mutter zeigten sowohl bei der ADHS- als auch bei der Kontrollgruppe keine relevanten Korrelationen. Interessant war jedoch der Vergleich der Korrelationskoeffizienten für die Dimension Regeln/Kontrolle zwischen den beiden Gruppen: obwohl sich in keiner der beiden Gruppen eine relevante Korrelation zeigte, erkannte man eine leicht negative Korrelation bei der ADHS-Gruppe für die Dimension Regeln/Kontrolle, wohingegen sich bei der Kontrollgruppe hier eine fast relevante positive Korrelation ergab. Während also die Aussagen von Kind und Mutter bezüglich Regeln/Kontrolle bei der ADHS-Gruppe eher im Gegensatz zueinander standen, ließen sich bei den Aussagen von Kind und Mutter bezüglich Regeln/Kontrolle bei der Kontrollgruppe doch gewisse Übereinstimmungen erkennen. Fazit: In beiden Gruppen gab es zwischen Kind und Mutter kaum Übereinstimmungen bezüglich der mütterlichen Erziehung, auffällig waren allerdings die gegensätzlichen Tendenzen der beiden Gruppen bezüglich der Dimension Regeln/Kontrolle.

- ∅ VZKE-VZKEE: Bei den Aussagen über die väterliche Erziehung aus Sicht des Kindes und aus Sicht seines Vaters gab es eine relevante positive Korrelation bei der ADHS-Gruppe für die Dimension Wärme/Unterstützung, ansonsten lagen auch hier bei ADHS- und Kontrollgruppe keine weiteren relevanten Korrelationen vor. Wie bei MZKE-MZKEE zeigte sich jedoch auch hier für die Dimension Regeln/Kontrolle bei der ADHS-Gruppe eine leicht negative Korrelation, während sich bei der Kontrollgruppe eine leicht positive Korrelation nachweisen ließ. Entsprechend schienen also hier Kind und Vater der ADHS-Gruppe bezüglich Regeln/Kontrolle gegensätzliche Ansichten zu haben, wohingegen Kind und Vater der Kontrollgruppe eher zu Übereinstimmungen tendierten. Des Weiteren zeigten sich in beiden Gruppen eher gegensätzliche Ansichten bezüglich der Dimension psychologische Kontrolle zwischen Kind und Vater.

Fazit: In der ADHS-Gruppe sahen Kind und Vater die väterliche Erziehung in puncto Wärme/Unterstützung ähnlich, ansonsten gab es in beiden Gruppen kaum Übereinstimmungen zwischen Kind und Vater bezüglich der väterlichen Erziehung. Wie bei MZKE-MZKEE zeigten sich auch hier die gegensätzlichen Tendenzen der beiden Gruppen bezüglich der Dimension Regeln/Kontrolle.

- ∅ MZKE-VZKE: Beim Vergleich der mütterlichen mit der väterlichen Erziehung aus Sicht des Kindes fanden sich sowohl bei der ADHS- als auch bei der Kontrollgruppe für alle Dimensionen relevante bzw. deutliche positive Korrelationen, wobei es keinen großen Unterschied zwischen den Korrelationskoeffizienten der beiden Gruppen gab. Fazit: Die Kinder beider Gruppen empfanden die Erziehung durch ihre beiden Elternteile ähnlich.

- ∅ MZKEE-VZKEE: Die Aussagen über die Erziehung durch die Mutter aus Sicht der Mutter und die Aussagen über die Erziehung durch den Vater aus Sicht des Vaters zeigten nur eine relevante positive Korrelation in der ADHS-Gruppe für die Dimension Wärme/Unterstützung. In beiden Gruppen gab es ansonsten keine relevanten Korrelationen.

Fazit: Die Aussagen von Mutter und Vater über ihr Erziehungsverhalten stimmten in beiden Gruppen kaum überein. Einzige Ausnahme war die Dimension Wärme/Unterstützung, für die sich in der ADHS-Gruppe eine Übereinstimmung zwischen Mutter und Vater zeigte.

Tabelle 10: Paarweise Korrelationkoeffizienten nach Spearman für ZKE/ZKEE

	Korrelation MZKE-MZKEE		Korrelation VZKE-VZKEE		Korrelation MZKE-VZKE		Korrelation MZKEE-VZKEE	
	ADHS	KO	ADHS	KO	ADHS	KO	ADHS	KO
WU	0,27	0,07	0,65	0,34	0,69	0,61	0,65	0,40
RK	-0,23	0,48	-0,21	0,21	0,58	0,81	0,19	0,40
PK	0,002	-0,07	-0,17	-0,20	0,84	0,90	0,24	0,32

KO=Kontrollgruppe

WU=Wärme/Unterstützung

RK=Regeln/Kontrolle

PK=Psychologische Kontrolle

MZKE=Kind über Mutter ZKE

MZKEE=Mutter über sich selbst ZKEE

VZKE=Kind über Vater ZKE

VZKEE=Vater über sich selbst ZKEE

Tabelle 11: Paarweise Korrelationskoeffizienten nach Spearman für ESI

	Korrelation MESI-VESI	
	ADHS	Kontrollgruppe
Unterstützung	0,82	0,83
Einschränkung	0,81	0,85
Lob	0,88	0,83
Tadel	0,74	0,80
Inkonsistenz	0,82	0,79
Strafintensität	0,33	0,81

MESI=Kind über Mutter ESI

VESI=Kind über Vater ESI

In Tabelle 11 werden die Korrelationen für Fall- und Kontrollgruppe beim Vergleich der Aussagen des Kindes über seine Mutter und seinen Vater im ESI dargestellt. Man konnte dabei in beiden Gruppen deutliche positive Korrelationen bei den Aussagen über die Erziehung durch Mutter und Vater aus Sicht des Kindes (MESI-VESI) erkennen. Die

Ausnahme hierbei stellte die Dimension Strafantensität bei der ADHS-Gruppe dar; die Korrelation war nur schwach positiv.

Fazit: Wie beim ZKE zeigte sich auch beim ESI, dass die Kinder beider Gruppen die Erziehung durch ihre beiden Elternteile ähnlich empfanden.

4.3. Darstellung der Auswertungen der Fragebögen ZKE, ZKEE und ESI bei den Kindern mit ADHS ohne komorbide Störungen, ADHS mit ODD und ADHS mit CD

Im Folgenden werden die Unterschiede bezüglich des elterlichen Erziehungsverhaltens innerhalb der Fallgruppe bei unterschiedlicher Komorbidität aufgeführt. Dabei wurden Kinder mit komorbider „schwerer“ Störung des Sozialverhaltens (=conduct disorder (CD) nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)) und Kinder mit komorbider „leichter“ Störung des Sozialverhaltens (=oppositional defiant disorder (ODD) nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)) mit ADHS-Kindern ohne CD/ODD verglichen.

Tabelle 12 zeigt die Häufigkeiten der beiden komorbiden Störungen innerhalb der ADHS-Gruppe.

Tabelle 12: Häufigkeit der komorbiden Störungen

	Häufigkeit
ADHS mit CD	11 (25%)
ADHS mit ODD	17 (39%)
ADHS ohne CD/ODD	16 (36%)
ADHS insgesamt	44 (100%)

Tabelle 13 zeigt, wie die ADHS-Kinder mit und ohne Komorbidität im ZKE die Mütter bewerteten. ADHS-Kinder mit CD empfanden tendentiell weniger Wärme/Unterstützung von den Müttern als ADHS-Kinder ohne CD/ODD. Für die Dimension psychologische Kontrolle zeigten sowohl ADHS-Kinder mit CD als auch ADHS-Kinder mit ODD eine Tendenz zu höheren Werten bei der Beurteilung der Mütter als ADHS-Kinder ohne CD/ODD. Keine Unterschiede gab es hingegen für die Dimension Regeln/Kontrolle.

In Tabelle 14 wird dargestellt, wie die ADHS-Kinder mit und ohne komorbide Störungen im ZKE die Väter beschrieben. Für die Dimension psychologische Kontrolle zeigten ADHS-Kinder mit CD und ADHS-Kinder mit ODD im Vergleich zu ADHS-Kindern ohne CD/ODD bei der Beurteilung der Väter eine Tendenz zu höheren Werten, während sich für die Dimensionen Regeln/Kontrolle und Wärme/Unterstützung keine Unterschiede ergaben.

Tabelle 13: Kinder über Mütter (ZKE)

Mütter	ADHS ohne CD/ODD MW [CI]	ADHS mit ODD MW [CI]	ADHS mit CD MW [CI]	Statistik F-Wert (DF) p- Wert
Wärme/Unter- stützung	34,48 [30,63-38,32] N=16	33,37 [29,76-36,98] N=17	28,66 [24,03-33,30] N=11	3,07 (2) 0,0579
Regeln/Kontrolle	14,40 [12,51-16,29] N=16	13,47 [11,70-15,24] N=17	15,15 [12,87-17,43] N=11	1,07 (2) 0,3517
Psychologische Kontrolle	11,80 [8,37-15,23] N=16	15,08 [11,87-18,30] N=17	16,57 [12,43-20,71] N=11	2,83 (2) 0,0713

MW=Mittelwert

CI=95%-Konfidenzintervall

N=Anzahl der ausgewerteten Fragebögen

DF=Freiheitsgrade

Tabelle 14: Kinder über Väter (ZKE)

Väter	ADHS ohne CD/ODD MW [CI]	ADHS mit ODD MW [CI]	ADHS mit CD MW [CI]	Statistik F-Wert (DF) p- Wert
Wärme/Unter- stützung	32,88 [28,43-37,33] N=15	30,34 [26,01-34,67] N=16	27,53 [22,19-32,88] N=11	1,95 (2) 0,1576
Regeln/Kontrolle	13,39 [11,37-15,41] N=15	14,44 [12,47-16,41] N=16	14,11 [11,69-16,55] N=11	0,49 (2) 0,6190
Psychologische Kontrolle	11,87 [8,37-15,36] N=15	16,34 [12,94-19,75] N=16	15,69 [11,49-19,89] N=11	3,18 (2) 0,0534

MW=Mittelwert

CI=95%-Konfidenzintervall

N=Anzahl der ausgewerteten Fragebögen

DF=Freiheitsgrade

Tabelle 15: Kinder über Mütter (ESI)

Mütter	ADHS ohne CD/ODD MW [CI] N	ADHS mit ODD MW [CI] N	ADHS mit CD MW [CI] N	Statistik F-Wert (DF) p- Wert
Unterstützung	33,17 [28,72-37,62] N=16	31,63 [27,46-35,80] N=17	31,39 [26,03-36,75] N=11	0,28 (2) 0,7554
Einschränkung	21,88 [17,92-25,83] N=16	21,30 [17,60-25,01] N=17	27,11 [22,34-31,88] N=11	3,10 (2) 0,0564
Lob	40,13 [36,60-43,65] N=16	37,46 [34,16-40,77] N=17	41,73 [37,54-46,05] N=11	2,13 (2) 0,1332
Tadel	28,04 [23,48-32,60] N=16	28,28 [24,01-32,55] N=17	32,30 [26,81-37,79] N=11	1,30 (2) 0,2834
Inkonsistenz	19,06 [15,71-22,42] N=16	22,73 [19,58-25,88] N=17	24,00 [19,93-28,02] N=11	3,31 (2) 0,0472
Strafintensität	9,64 [7,75-11,53] N=16	12,35 [10,58-14,13] N=17	12,66 [10,38-14,95] N=11	4,65 (2) 0,0156

MW=Mittelwert

CI=95%-Konfidenzintervall

N=Anzahl der ausgewerteten Fragebögen

DF=Freiheitsgrade

Aus Tabelle 15 geht hervor, wie die ADHS-Kinder mit und ohne CD/ODD im ESI die Mütter beurteilten. Es zeigten sich höhere Werte für die Dimensionen Inkonsistenz und Strafintensität bei ADHS-Kindern mit CD und ADHS-Kindern mit ODD, sowie eine Tendenz zu höheren Werten für die Dimension Einschränkung bei ADHS-Kindern mit CD im Vergleich zu ADHS-Kindern ohne CD/ODD. Für die Dimensionen Tadel, Lob und Unterstützung ergaben sich keine Unterschiede.

Tabelle 16 zeigt, wie ADHS-Kinder mit und ohne Komorbidität im ESI die Väter beschrieben. Für die Dimension Unterstützung zeigten sich bei ADHS-Kindern mit CD und bei ADHS-Kindern mit ODD eine Tendenz zu niedrigeren Werten, für die Dimension Einschränkung

eine Tendenz zu höheren Werten bei ADHS-Kindern mit CD und für die Dimension Strafantensität eine Tendenz zu höheren Werten bei ADHS-Kindern mit ODD jeweils im Vergleich zu ADHS-Kindern ohne CD/ODD. Für die Dimensionen Lob, Tadel und Inkonsistenz gab es hingegen keine Unterschiede.

Tabelle 16: Kinder über Väter (ESI)

Väter	ADHS ohne CD/ODD MW [CI] N=15	ADHS mit ODD MW [CI] N=16	ADHS mit CD MW [CI] N=11	Statistik F-Wert (DF) p-Wert
Unterstützung	35,48 [31,39-39,57] N=15	31,00 [27,01-34,99] N=16	31,17 [26,25-36,08] N=11	2,49 (2) 0,0968
Einschränkung	21,16 [17,34-24,97] N=15	21,86 [18,14-25,58] N=16	26,16 [21,57-30,75] N=11	2,55 (2) 0,0921
Lob	40,58 [36,69-44,47] N=15	37,69 [33,90-41,48] N=16	40,14 [35,47-44,81] N=11	1,11 (2) 0,3399
Tadel	29,67 [24,54-34,80] N=15	31,74 [26,74-36,74] N=16	33,72 [27,56-39,89] N=11	0,85 (2) 0,4367
Inkonsistenz	20,27 [16,29-24,25] N=15	24,34 [20,46-28,21] N=16	23,58 [18,80-28,36] N=11	1,99 (2) 0,1517
Strafantensität	10,27 [8,25-12,40] N=15	12,96 [11,00-14,93] N=16	11,87 [9,45-14,30] N=11	3,15 (2) 0,0549

MW=Mittelwert

CI=95%-Konfidenzintervall

N=Anzahl der ausgewerteten Fragebögen

DF=Freiheitsgrade

Tabelle 17 ist zu entnehmen, wie sich die Mütter von ADHS-Kindern mit und ohne CD/ODD im ZKEE selbst beurteilten. Mütter von ADHS-Kindern mit CD zeigten bei der Selbsteinschätzung ihrer Erziehung eine Tendenz zu niedrigeren Werten für die Dimension Wärme/Unterstützung und höhere Werte für die Dimension psychologische Kontrolle im

Vergleich zu den Müttern von ADHS-Kindern ohne CD/ODD. Für die Dimension Regeln/Kontrolle wurde kein Unterschied festgestellt.

Tabelle 17: Mütter über sich selbst (ZKEE)

Mütter	ADHS ohne CD/ODD MW [CI] N=12	ADHS mit ODD MW [CI] N=12	ADHS mit CD MW [CI] N=8	Statistik F-Wert (DF) p- Wert
Wärme/Unter- stützung	33,51 [30,15-36,87] N=12	34,90 [31,57-38,23] N=12	29,32 [24,99-33,64] N=8	2,67 (2) 0,0883
Regeln/Kontrolle	14,18 [12,86-15,49] N=12	14,60 [13,30-15,90] N=12	14,38 [12,69-16,06] N=8	0,15 (2) 0,8610
Psychologische Kontrolle	11,06 [8,55-13,57] N=12	9,88 [7,39-12,36] N=12	15,28 [12,05-18,50] N=8	4,56 (2) 0,0201

MW=Mittelwert

CI=95%-Konfidenzintervall

N=Anzahl der ausgewerteten Fragebögen

DF=Freiheitsgrade

Tabelle 18 zeigt die Selbsteinschätzung der Väter von ADHS-Kindern mit und ohne komorbiden Störungen im ZKEE. Für die drei Dimensionen Wärme/Unterstützung, Regeln/Kontrolle und psychologische Kontrolle ergaben sich hierbei keine Unterschiede zwischen Vätern von ADHS-Kindern mit und ohne CD/ODD.

Bei den Ergebnissen der Tabellen 17 und 18 ist zu beachten, dass aufgrund mangelnder Compliance der Eltern der ADHS-Kinder (mit und ohne CD/ODD) einige Fragebögen fehlten. Die Ergebnisse basieren dementsprechend auf einer nur kleinen Fallzahl und können so auch falsch negativ sein.

Tabelle 18: Väter über sich selbst (ZKEE)

Väter	ADHS ohne CD/ODD MW [CI] N=11	ADHS mit ODD MW [CI] N=9	ADHS mit CD MW [CI] N=7	Statistik F-Wert (DF) p- Wert
Wärme/Unter- stützung	32,78 [27,48-38,08] N=11	31,43 [25,18-37,68] N=9	26,10 [18,91-33,30] N=7	1,81 (2) 0,1887
Regeln/Kontrolle	12,20 [10,01-14,38] N=11	11,70 [9,13-14,28] N=9	13,71 [10,75-16,67] N=7	0,87 (2) 0,4334
Psychologische Kontrolle	9,85 [7,05-12,65] N=11	10,13 [6,82-13,44] N=9	12,72 [8,91-16,53] N=7	1,26 (2) 0,3046

MW=Mittelwert

CI=95%-Konfidenzintervall

N=Anzahl der ausgewerteten Fragebögen

DF=Freiheitsgrade

5. Diskussion

In dieser Studie wurden insgesamt 44 Kinder mit ADHS (Fallgruppe) und 35 Kinder ohne ADHS (Kontrollgruppe) im Alter von 8-12 Jahren sowie deren Eltern befragt. Bezüglich des Alters und der Geschlechtsverteilung waren die beiden Gruppen vergleichbar.

Die Besonderheit dieser Studie im Vergleich zu früheren Studien zum Thema ADHS und Erziehung bestand darin, dass hier das elterliche Erziehungsverhalten aus der Sicht von Kindern mit ADHS in den Vordergrund gestellt wurde. Dabei sollten im Wesentlichen zwei Punkte untersucht werden:

Hypothese 1: Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (=Kinder ohne ADHS) empfinden Kinder mit ADHS die Erziehung ihrer Eltern als negativer (mehr negative Erziehungsmerkmale).

Hypothese 2: Bei der Einschätzung des Erziehungsverhaltens der Eltern gibt es einen größeren Unterschied zwischen den Meinungen von Eltern und Kind bei den ADHS-Familien als bei den Kontrollfamilien.

Es zeigte sich, dass, wie in Hypothese 1 angenommen, Kinder mit ADHS im Vergleich zu der Kontrollgruppe die Erziehung durch ihre Eltern in der Tat als negativer empfanden. In beiden Fragebögen (ZKE und ESI) zeigten sich bei verschiedenen Dimensionen Unterschiede zwischen Fall-(ADHS)- und Kontrollgruppe, wobei die Eltern der ADHS-Gruppe für die positiven Erziehungsdimensionen (z.B. Unterstützung, Lob) niedrigere Werte und für die negativen Erziehungsdimensionen (z.B. psychologische Kontrolle, Einschränkung, inkonsistente Erziehung, Strafintensität) höhere Werte erhielten als die Eltern der Kontrollgruppe. Diese Ergebnisse waren bis auf eine Ausnahme (Dimension Lob bei der Bewertung der Väter durch die Kinder) unabhängig vom Berufsausbildungsstatus der Eltern. Die Hypothese 2 hingegen konnte nicht bestätigt werden. Sowohl bei der Fall- als auch bei der Kontrollgruppe gab es kaum Übereinstimmungen zwischen Kind und seinen Eltern.

5.1. Erziehungsdimensionen

(vgl. Tabellen 4-9)

Wie bereits erwähnt, zeigte sich, dass die ADHS-Kinder im Vergleich zu den Kontrollkindern die Erziehung ihrer Eltern als negativer einschätzten. Die Kinder der ADHS-Gruppe empfanden bei ihren Eltern weniger Wärme/Unterstützung, aber mehr psychologische Kontrolle, mehr Einschränkung, mehr Inkonsistenz und eine höhere Strafintensität als die Kinder der Kontrollgruppe. Des Weiteren beschrieben die ADHS-Kinder weniger Lob von

Seiten der Mutter und mehr Tadel von Seiten des Vaters (Tabellen 4-7). Die Hypothese 1 konnte also durch diese Studie bestätigt werden. Auch bei den Aussagen der Eltern über ihre eigene Erziehung fanden sich bei den Eltern der ADHS-Kinder niedrigere Werte für Wärme/Unterstützung und höhere Werte für psychologische Kontrolle im Vergleich zu den Eltern der Kontrollkinder (Tabelle 8 und 9).

Diese Ergebnisse deckten sich weitgehend mit den Ergebnissen zahlreicher anderer Studien, deren Daten allerdings meist aus Beobachtungen der Eltern-Kind-Interaktionen oder durch die einseitige Befragung der Eltern und nicht durch Befragung der Kinder gewonnen wurden. Dennoch zeigten auch diese Studien, dass die Eltern von Kindern mit ADHS weniger einfühlsam waren (Barkley et al., 1985; Stormshak et al., 2000), einen überwiegend bestimmendes und einschränkendes Erziehungsverhalten zeigten, weniger lobten (DeWolfe et al., 2000; Danforth et al., 1991) und in Konfliktsituationen häufiger mit Ärger und aggressiven Konflikttaktiken reagierten (Edwards et al., 2001). Danforth et al. (1991) erklärten die Entstehung dieses negativen Erziehungsverhaltens folgendermaßen: Die Eltern müssen ständig das hyperaktive und impulsive Verhalten ihres Kindes korrigieren und sind darauf fixiert. Infolgedessen nehmen sie positives Verhalten kaum wahr und loben das Kind auch weniger, wenn es etwas gut macht. Solange sich das Kind ordentlich benimmt, genießen die Eltern die Tatsache, sich nicht mit dem fordernden Kind beschäftigen zu müssen, und das Kind erhält erst wieder Aufmerksamkeit, wenn die Situation das Eingreifen der Eltern erfordert. Daraus entwickelt sich ein Teufelskreis, weil das Kind nun, um die Aufmerksamkeit seiner Eltern zu bekommen, mit einer Verschlimmerung des problematischen Verhaltens reagiert.

Überraschenderweise gab es keinen Unterschied zwischen den Kindern von Fall- und Kontrollgruppe für die Dimension Regeln/Kontrolle (Tabelle 4 und 5). Auch bei den Angaben der Eltern über ihre Erziehung konnte kein Unterschied für die Dimension Regeln/Kontrolle zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden (Tabelle 8 und 9). Dies stimmte nicht überein mit Ergebnissen früherer Studien. In diesen wurde der Erziehungsstil der Mütter (Studien über den Vater gab es kaum) entweder nach eigener Aussage oder aus Beobachtungen als sehr bestimmend und streng beschrieben (Barkley et al., 1985; Stormshak et al., 2000). Des Weiteren wurde berichtet, dass Mütter von Kindern mit ADHS sehr kritisch gegenüber den Kindern waren und in Spiel- oder Arbeitssituationen häufig Befehle gaben, das unkonzentrierte und hyperaktive Verhalten der Kinder tadelten und sehr aufdringlich und kontrollierend waren (Cunningham & Barkley, 1979). Eine mögliche Erklärung für diese Tatsache wird in Kapitel 5.2 unter Einbezug der Korrelationen genauer erläutert.

5.2. Korrelationen

(vgl. Tabellen 10 und 11)

Durch die Berechnung der Korrelationskoeffizienten erhielt man Informationen über die folgenden 4 Fragestellungen: inwiefern stimmte das vom Kind erlebte mütterliche Erziehungsverhalten mit dem von seiner Mutter beschriebenen Erziehungsverhalten überein (MZKE-MZKEE); inwiefern stimmte das vom Kind beschriebene väterliche Erziehungsverhalten mit dem von seinem Vater beschriebenen Erziehungsverhalten überein (VZKE-VKZEE); inwiefern stimmte das vom Kind beschriebene mütterliche mit dem vom Kind beschriebenen väterlichen Erziehungsverhalten überein (MZKE-VZKE bzw. MESI-VESI); inwiefern stimmte das von der Mutter beschriebene Erziehungsverhalten mit dem vom Vater beschriebenen Erziehungsverhalten überein (MZKEE-VZKEE). Diese 4 Korrelationen wurden jeweils für alle Erziehungsdimensionen sowie für Fall- und Kontrollgruppe berechnet. Bei der Untersuchung der Hypothese 2 („Bei der Einschätzung des Erziehungsverhaltens der Eltern gibt es einen größeren Unterschied zwischen den Meinungen von Eltern und Kind bei den ADHS-Familien als bei den Kontrollfamilien.“) wurden die Korrelationskoeffizienten MZKE-MZKEE und VZKE-VZKEE von Fall- und Kontrollgruppe miteinander verglichen. Dabei zeigten sich sowohl bei den Kindern der ADHS- als auch bei den Kindern der Kontrollgruppe kaum Übereinstimmungen mit ihren Eltern. Im Gegensatz dazu wurde in den Studien von DeWolfe et al. (2000) und Barkley et al. (1991a) beschrieben, dass sich die Aussagen von Kindern im Vergleich zu den Aussagen der Eltern bei den ADHS-Kindern deutlich unterschieden, während die Kontrollkinder weitgehend mit den Eltern übereinstimmten; allerdings wurde bei diesen Studien nicht das elterliche (Erziehungs-) Verhalten sondern das kindliche Verhalten beurteilt. Demnach konnte die Hypothese 2, wie bereits am Anfang der „Diskussion“ erwähnt, nicht bestätigt werden. Zwar waren die Mittelwerte für die einzelnen Dimensionen bei „Kinder über Mütter“ (Tabelle 4) und „Mütter über sich selbst“ (Tabelle 8) beziehungsweise „Kinder über Väter“ (Tabelle 5) und „Väter über sich selbst“ (Tabelle 9) sehr ähnlich, dennoch gab es bei der Betrachtung der Aussagen des einzelnen Kindes im Vergleich zu den Aussagen seiner Eltern nur wenige Übereinstimmungen, und zwar bei Fall- und Kontrollgruppe (Tabelle 10). Bisherige Studien zeigten ebenso, dass Kinder allgemein nur wenig mit ihren Eltern übereinstimmten, wenn es um die Beurteilung der Erziehung ging (Schwarz et al., 1985; Cox, 1970; Krohne et al., 1984; Krohne & Pulsack, 1995). Dabei gilt zu beachten, dass Eltern ihre Erziehungsmethoden gerne positiver bewerten, als diese in Wirklichkeit sind (Schwarz et al., 1985), und dass für die Entwicklung des Kindes neben der tatsächlichen Erziehung durch die Eltern auch wichtig ist, wie das Kind diese Erziehung empfindet (Bronfenbrenner, 1979; Stapf et al., 1972).

Erwähnenswert bei der hier vorliegenden Studie ist weiterhin folgender Sachverhalt: Wie weiter oben beschrieben (siehe 5.1), gab es beim Vergleich von Fall- und Kontrollgruppe (Tabelle 4 und 5) keinen Unterschied für die Dimension Regeln/Kontrolle. Bei der Betrachtung der Korrelationen (Tabelle 10) „Kind über Mutter“ (MZKE) - „Mutter über sich selbst“ (MZKEE) und „Kind über Vater“ (VZKE) - „Vater über sich selbst“ (VZKEE) fiel jedoch auf, dass es gerade für diese Dimension die größten Unterschiede zwischen den Korrelationen von Fall- und Kontrollgruppe gab (bei der Fallgruppe sowohl bei der Korrelation MZKE-MZKEE als bei VZKE-VZKEE eine negative Korrelation, bei der Kontrollgruppe jeweils eine positive). Obwohl keine dieser Korrelationen einen relevanten Wert erreichten, zeigte sich doch die Tendenz, dass ADHS-Kinder und ihre Eltern eher gegensätzliche Ansichten bezüglich Regeln/Kontrolle hatten, während die Angaben von Kontrollkindern und ihren Eltern bezüglich Regeln/Kontrolle zumindest gleichgerichtet waren. Dies könnte darauf hindeuten, dass es zwischen ADHS-Kindern und ihren Eltern massive Verständigungsprobleme bei der Festlegung und Umsetzung von Regeln gab. Damit ließe sich auch das in vielen Studien (Hechtman, 1996; Johnston, 1996; Kaplan et al., 1998; Mash & Johnston, 1990) beschriebene aversive Erziehungsverhalten bei Eltern von ADHS-Kindern und die Tatsache, dass diese Eltern ihre elterlichen Erziehungsmethoden als unzureichend einschätzten, erklären. Wenn das Kind nämlich die Regeln der Eltern nicht oder anders versteht oder die Regeln vielleicht gar nicht als solche wahrnimmt, kann es sie auch nicht befolgen, wodurch eventuell der in früheren Studien beschriebene vermehrte Stress der Eltern bei der Erziehung eines Kindes mit ADHS (Mash & Johnston, 1983) und die übertriebenen bestrafenden Maßnahmen verursacht wurden (Barkley et al., 1985; Stormshak et al., 2000). Des Weiteren könnten die gegensätzlichen Ansichten bezüglich Regeln/Kontrolle zwischen Kindern mit ADHS und deren Eltern auch ein Hinweis auf die inkonsistente elterliche Erziehung sein, die sowohl in dieser Studie für die Eltern von ADHS-Kindern nachgewiesen, als auch in früheren Studien beschrieben wurde (Barkley et al., 1985; Stormshak et al., 2000).

Ein weiterer interessanter Zusammenhang zeigte sich bei der Betrachtung der Korrelationen für „Kind über Mutter“ (MZKE bzw. MESI)-„Kind über Vater“ (VZKE bzw. VESI) und „Mutter über sich selbst“ (MZKEE)-„Vater über sich selbst“ (VZKEE). Auffällig dabei war, dass es sowohl in der Fall- als auch in der Kontrollgruppe viele Übereinstimmungen beim Vergleich der Aussagen des Kindes über seine beiden Elternteile (MZKE-VZKE) (Tabelle 10 und 11) gab, d.h. also, dass die Kinder die Erziehung von Mutter und Vater als sehr ähnlich empfanden, mit Ausnahme der Dimension Straffintensität bei der Fallgruppe, bei der die positive Korrelation nur gering ausfiel. Im Gegensatz dazu stimmten die Angaben von Mutter und Vater (MZKEE-VZKEE) (Tabelle 10) über ihre eigene Erziehung in beiden Gruppen kaum überein, mit Ausnahme der Dimension Wärme/Unterstützung bei der Fallgruppe

(relevante positive Korrelation). Dies zeigte, dass sowohl in der Fall- als auch in der Kontrollgruppe das Kind die Erziehung seiner beiden Elternteile als sehr ähnlich wahrnahm (MZKE-VZKE bzw. MESI-VESI), obwohl nach Aussagen der Eltern die Erziehung von Mutter und Vater (MZKEE-VZKEE) doch sehr verschieden voneinander waren. Eltern und Kinder schienen also dieselben Situationen oder Umstände oft sehr unterschiedlich zu beurteilen, was z.B. auch in den Studien von Schwarz et al. (1985) und Cox (1970) zum Ausdruck kam. Krohne et al. (1984) und Krohne & Pulsack (1995) berichteten in Übereinstimmung mit den hier beschriebenen Ergebnissen, dass Kinder die Erziehung der Eltern als ähnlich empfanden, jedoch keinesfalls als identisch.

5.3. Einfluss von Alter, Geschlecht und Berufsausbildungsstatus

Da sich die Stichprobe aus Kindern unterschiedlichen Alters (8-12 Jahre), unterschiedlichen Geschlechts und mit unterschiedlichem Berufsausbildungsstatus der Eltern zusammensetzte, wurde für alle Erziehungsdimensionen überprüft, ob diese Faktoren einen Einfluss auf die Antworten der Kinder hatten. Es zeigte sich ein deutlicher Alterseinfluss für die Dimension psychologische Kontrolle (beim ZKE) bei der Bewertung von Müttern und Vätern durch die Kinder, für die Dimension Unterstützung (beim ESI) bei der Bewertung der Väter durch die Kinder und für die Dimension Inkonsistenz bei der Bewertung der Mütter durch die Kinder. Jüngere Kinder empfanden demnach mehr psychologische Kontrolle durch die Mütter und die Väter, weniger Unterstützung durch die Väter, sowie mehr Inkonsistenz durch die Mütter im Vergleich zu älteren Kindern. Des Weiteren wurde ein Einfluss des Geschlechtes für die Dimension Unterstützung (ESI) und die Dimension psychologische Kontrolle (ZKE) und ein Einfluss des Berufsausbildungsstatus für die Dimension Lob, jeweils bei der Bewertung der Väter durch die Kinder, festgestellt: Jungen empfanden mehr Unterstützung und weniger psychologische Kontrolle durch die Väter als Mädchen, und Kinder von Eltern mit höherem Berufsausbildungsstatus empfanden mehr Lob durch die Väter als Kinder von Eltern mit niedrigerem Berufsausbildungsstatus.

Der Alterseinfluss für die psychologische Kontrolle ließ sich bei Reitzle et al. (2001) nicht nachweisen, dafür aber für Wärme/Unterstützung und Regeln/Kontrolle. Auch Barkley et al. (1985) konnten einen Alterseinfluss auf das Kontrollverhalten von Müttern feststellen, wonach Mütter älteren Kindern weniger Befehle erteilten und weniger kontrollierendes Verhalten entgegen brachten. Ein Alterseinfluss auf die Dimension Regeln/Kontrolle ließ sich bei der hier durchgeführten Studie nicht nachweisen. Bei Krohne et al. (1984) und Krohne & Pulsack (1995) fand sich im Gegensatz zu den Ergebnissen dieser Studie kein Alterseinfluss für die Dimension Unterstützung; Krohne & Pulsack (1995) konnten des Weiteren keinen Alterseinfluss für Inkonsistenz zeigen, während Krohne et al. (1984) nachwies, dass ältere

Kinder mehr Inkonsistenz empfanden. Reitzle et al. (2001) beschrieben weiterhin, ähnlich wie in dieser Studie, einen Einfluss des Geschlechtes auf alle drei Dimensionen (Wärme/Unterstützung, Regeln/Kontrolle, psychologische Kontrolle). Für die Dimension Unterstützung zeigten Krohne & Pulsack (1995) allerdings, dass Mädchen mehr mütterliche Unterstützung empfanden als Jungen, und Krohne et al. (1984), dass Mütter höhere Werte für Unterstützung erhielten. Der Zusammenhang von höherem Berufsausbildungsstatus und mehr Lob in der Erziehung ließ sich auch in der Studie von Aunola et al. (1999) nachweisen. Für die Unterschiede zwischen der hier durchgeführten und den früheren Studien bezüglich der Einflüsse von Alter und Geschlecht könnten folgende Umstände verantwortlich sein: der Stichprobenumfang war in den früheren Studien sehr viel größer und das Verhältnis Mädchen (M):Jungen (J) war ausgeglichener (Reitzle et al. (2001) M:J = 425:452; Krohne et al. (1984) M:J = 265:239; Krohne & Pulsack (1995) M:J = 562:639). Auch war die Altersverteilung unterschiedlich: Reitzle et al. (2001) 10,7-17,9 Jahre; Krohne et al. (1984) 10-14 Jahre; Krohne & Pulsack (1995) 8-16 Jahre.

5.4. Einfluss der Komorbiditäten

(vgl. Tabelle 12-18)

Bei der Untersuchung der Fallgruppe auf Unterschiede bezüglich der elterlichen Erziehung bei ADHS-Kindern mit und ohne externale komorbide Störungen (Conduct disorder (CD)/oppositional defiant disorder (ODD)) konnte folgendes festgestellt werden:

ADHS-Kinder mit CD empfanden weniger Wärme/Unterstützung von den Müttern (Tendenz) als ADHS-Kinder ohne CD/ODD. Bei der Selbsteinschätzung ihrer Erziehung (ZKEE) zeigten Mütter von ADHS-Kindern mit CD niedrigere Werte (Tendenz) für die Dimension Wärme/Unterstützung im Vergleich zu den Müttern von ADHS-Kindern ohne CD/ODD.

ADHS-Kinder mit CD und ADHS-Kinder mit ODD empfanden eine stärkere psychologische Kontrolle (Tendenz) von beiden Elternteilen als ADHS-Kinder ohne CD/ODD. Bei der Selbsteinschätzung ergaben sich bei den Müttern von ADHS-Kindern mit CD höhere Werte für die Dimension psychologische Kontrolle als bei den Müttern von ADHS-Kindern ohne CD/ODD, bei der Selbsteinschätzung der Väter zeigten sich für die Dimension psychologische Kontrolle keine Unterschiede.

ADHS-Kinder mit CD und ADHS-Kinder mit ODD zeigten im Vergleich zu ADHS-Kindern ohne CD/ODD niedrigere Werte (Tendenz) für die Dimension Unterstützung bei der Beurteilung der Väter, sowie höhere Werte für die Dimensionen Inkonsistenz und Strafintensität bei der Beurteilung der Mütter. Bei ADHS-Kinder mit CD ergaben sich höhere Werte (Tendenz) für die Dimension Einschränkung bei der Beurteilung beider Elternteile und bei ADHS-Kindern mit ODD höhere Werte (Tendenz) für die Dimension Strafintensität bei

der Beurteilung der Väter. Diese Ergebnisse entsprachen weitgehend den Ergebnissen früherer Studien. Pfiffner et al. (2005) betonten den Mangel an mütterlicher Wärme und Anteilnahme bei Müttern von ADHS-Kindern mit CD, sowie die insgesamt negativen Erziehungspraktiken. Ähnlich sind die Ergebnisse von Drabick et al. (2006), die eine Assoziation von ADHS und CD mit ablehnendem, inkonsistentem und nicht unterstützendem elterlichen Erziehungsverhalten beschrieben. Seipp & Johnston (2005) beschrieben, dass Mütter von ADHS-Kindern mit ODD weniger einfühlsam waren und schneller überreagierten als Mütter von ADHS-Kindern ohne ODD. Diese Tendenz zur Überreaktion könnte der hier beschriebenen höheren Strafintensität entsprechen. Auch Anastopoulos et al. (1992) stellten bei Müttern von ADHS-Kindern mit ODD eine größere Feindseligkeit gegenüber ihren Kindern fest. Es gab aber auch Studien (Johnston, 1996), die negatives elterliches Erziehungsverhalten gleichermaßen bei Müttern von ADHS-Kindern mit und ohne ODD nachwiesen.

Folgendes sollte jedoch bei der Betrachtung der Ergebnisse der hier durchgeführten Studie beachtet werden:

Viele Eltern der ADHS-Gruppe waren im Nachhinein nicht mehr bereit, ihre Fragebögen auszufüllen, so dass bei der Auswertung 12 ZKEE-Bögen von den ADHS-Müttern und 17 ZKEE-Bögen von den ADHS-Vätern fehlten. Daher könnte es sein, dass die Ergebnisse der Tabellen 17 und 18 aufgrund der nur geringen Anzahl auswertbarer Fragebögen nicht allgemeingültig sind. Bei einer größeren Fallzahl bzw. mehr auswertbaren Fragebögen könnten sich also durchaus deutliche Unterschiede zeigen, die hier nicht sichtbar geworden sind.

5.5. Mögliche Zuteilung des Erziehungsverhaltens der Eltern von ADHS-Kindern zu einem bestimmten Erziehungstyp

In 2.1.1 und 2.1.2 wurden die von mehreren Autoren beschriebenen Erziehungstypen dargestellt. In einigen Studien wurden dabei anhand der unterschiedlichen Ausprägungen der Dimensionen Wärme/Unterstützung, Regeln/Kontrolle und psychologische Kontrolle 3 Erziehungstypen (autoritativ, autoritär, permissiv) beschrieben (Baumrind, 1966, 1989; Hart et al., 2003), Reitzle et al. (2001) ergänzten diese um einen weiteren Erziehungstyp, die emotionale Distanz.

Wie bereits erwähnt, fand in früheren Studien zum Thema ADHS und Erziehung (vgl. 2.2.2) keine Zuteilung des Erziehungsverhaltens der Eltern von Kindern mit ADHS zu einem bestimmten Erziehungstyp statt.

Da die Zuteilung zu Erziehungstypen nicht der eigentliche Bestandteil dieser Studie war, wurden keine Berechnungen wie z.B. die Clusteranalyse bei Reitzle et al. (2001)

durchgeführt, daher konnten keine genauen Zuteilungen zu bestimmten Erziehungstypen erfolgen. Trotzdem wird versucht, anhand der Mittelwerte der einzelnen Dimensionen (vgl. Tabelle 4,5,8 und 9) abzuschätzen, welchem Erziehungstyp das in dieser Studie beschriebene Erziehungsverhalten der Eltern von ADHS-Kindern am ehestens entspricht.

In Relation zu der Kontrollgruppe (deren Werte man dabei als „Nullwert“ annahm) zeigten sich bei den Eltern der ADHS-Kinder niedrigere Werte für Wärme/Unterstützung und höhere Werte für psychologische Kontrolle, während die Werte für Regeln/Kontrolle denen der Kontrollgruppe glichen. Diese Konstellation würde folglich am ehesten dem autoritären Erziehungstyp entsprechen (gekennzeichnet durch wenig Wärme, hohes Maß an psychologischem Druck und Regeln/Kontrolle), obwohl die Werte für Regeln/Kontrolle hier nicht erhöht waren.

Diese Zuteilung stellt, wie bereits erwähnt, lediglich einen Versuch dar, das Erziehungsverhalten der Eltern von ADHS-Kinder weiter zu klassifizieren, könnte aber zukünftigen Studien als Ausgangspunkt für weitere Forschungsarbeit dienen.

5.6. Bedeutungen der Ergebnisse im Zusammenhang mit kindlicher Entwicklung

Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen nicht nur frühere Studien, die bei Eltern von ADHS-Kindern ein negatives Erziehungsverhalten beschrieben, sondern zeigen zudem, dass die Kinder mit ADHS dieses auch tatsächlich als negativ empfinden (vgl. 5.1). Es ist schon lange bekannt, dass das fordernde und problematische Verhalten von Kindern mit ADHS zu mehr Stress bei der Erziehung führt (Mash & Johnston, 1983) und dass das negative Erziehungsverhalten zum Teil als Reaktion auf das Verhalten der Kinder zu sehen ist (Edwards et al., 1995). Wie weiter oben beschrieben entwickelt sich aus dieser gegenseitigen Beeinflussung ein Teufelskreis (Danforth et al. 1991), was konsekutiv zu mehr Spannungen und Stress innerhalb der Familie und wahrscheinlich auch zu einer Verstärkung der ADHS-Symptome führt (Johnson et al., 2000). Des weiteren ist bekannt (vgl. 2.1.1), dass ein Überwiegen von negativen (psychologische Kontrolle, Tadeln, inkonsistente Erziehung, übertriebenes Strafmaß) und ein Mangel an positiven Erziehungsmerkmalen (Unterstützung, Lob) sich ungünstig auf die weitere Entwicklung des Kindes auswirkt (Sheffield et al., 2002) und zu internalisierenden und externalisierenden Problemen führen kann (Barber et al., 1994).

Aus diesem Grund ist es wichtig, einen Weg zu finden, diesen Teufelskreis zu durchbrechen. Bisherige Studien konnten zeigen, dass es hierfür verschiedene Therapieansätze gibt, auch Kombinationen verschiedener Optionen hatten sich als sinnvoll erwiesen. Barkley et al. (1985) berichteten, dass eine Therapie mit Stimulantien die Symptome des Kindes verbesserte und in Folge dessen weniger negatives Erziehungsverhalten bei der Mutter

beobachtet wurde. In einer Review-Studie von Spencer et al. (1996) konnte gezeigt werden, dass die meisten Studien einen positiven Effekt von Stimulantien auf die Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität beschrieben. Barkley & Murphy (1998) wiesen aber auch darauf hin, dass 35-45% der Patienten mit ADHS vom unaufmerksamen Subtyp and 10-30% vom kombinierten Subtyp nicht auf eine medikamentöse Therapie ansprachen. Auch verhaltenstherapeutische Interventionen, wie z. B. Elterntaining, zeigten Erfolge. Hartmann et al. (2003) und Danforth et al. (2006) beschrieben, dass auch durch Elterntaining alleine eine deutliche Besserung des kindlichen Verhaltens und der elterlichen Erziehungstechniken erreicht werden konnte. Ein weiterer viel versprechender Therapieansatz, das EEG-Biofeedback, wurde von Monastra et al. (2002) genauer untersucht: durch EEG-Biofeedback alleine wurde eine signifikante Verhaltensbesserung erreicht, aber eine multimodale Therapie aus Stimulantien, Elterntaining und EEG-Biofeedback zeigte den größten Effekt.

5.7. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und bedeutende Aspekte der Studie

Hier noch einmal in Kurzform die wichtigsten Ergebnisse der Studie:

- Ø Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe empfanden Kinder mit ADHS das Erziehungsverhalten ihrer Eltern eindeutig als negativer.
- Ø Auch die Eltern von ADHS-Kindern selbst beschrieben ihre Erziehung negativer als die Eltern der Kontrollgruppe.
- Ø Sowohl bei den Kindern der ADHS- als auch bei den Kindern der Kontrollgruppe gab es bei der Beurteilung des elterlichen Erziehungsverhaltens kaum Übereinstimmungen mit den Eltern.
- Ø Die Kinder der ADHS-Gruppe und ihre Eltern zeigten eine Tendenz zu gegensätzlichen Ansichten bei der Dimension Regeln/Kontrolle; dies könnte auf massive Verständigungsprobleme bei der Festlegung und Umsetzung von Regeln hindeuten.
- Ø Die Kinder beider Gruppen empfanden das Erziehungsverhalten ihrer beiden Elternteile als sehr ähnlich, während Mutter und Vater ihr Erziehungsverhalten unterschiedlich beurteilten.
- Ø ADHS-Kinder mit externalen komorbiden Störungen (CD/ODD) empfanden das Erziehungsverhalten der Eltern tendentiell negativer als ADHS-Kinder ohne CD/ODD, wobei die Unterschiede bei einer größeren Fallzahl eventuell deutlicher gewesen wären.

Bei der durchgeführten Studie handelt es sich um eine der wenigen, die die Beurteilung des elterlichen Erziehungsverhaltens aus der Sicht von Kindern mit ADHS (im Vergleich zu einer Kontrollgruppe) in den Vordergrund stellten. Auf diese Weise konnte ergänzend zu den zahlreichen früheren Studien, die ihre Daten hauptsächlich anhand von Elternbefragungen oder Beobachtungen von Situationen durch eine qualifizierte dritte Person erhoben hatten, wertvolle neue Aspekte gewonnen werden: man ließ die Kinder zu Wort kommen und erhielt dadurch einen Einblick, wie die Kinder mit ADHS das Erziehungsverhalten ihrer Eltern tatsächlich empfinden. Außerdem konnte man vergleichen, wie das von den Eltern „beabsichtigte“ Erziehungsverhalten von den Kindern wahrgenommen wurde, und konnte so zum Beispiel wie im Falle der Dimension Regeln/Kontrolle Gegensätzlichkeiten aufdecken. Weiterhin beschrieben frühere Studien, dass für die Entwicklung eines Kindes u.a. von entscheidender Bedeutung ist, wie das Kind das Erziehungsverhalten seiner Eltern empfindet (Bronfenbrenner, 1979; Stapf et al., 1972). Aufgrund der Ergebnisse der hier durchgeführten Studie, sowie der weiter oben und in 2.1.1 beschriebenen Zusammenhänge von Ausprägung der verschiedenen Erziehungsdimensionen und kindlicher Anpassung, könnte man vermuten, dass für die Kinder der ADHS-Gruppe im Vergleich zu den Kindern der Kontrollgruppe ein höheres Risiko für eine ungünstige Verhaltensentwicklung besteht. Daher könnte diese Studie als Anreiz dazu dienen, die Therapieansätze der ADHS-Kinder zu optimieren und ein ausgeglicheneres Eltern-Kind-Verhältnis zu erreichen.

6. Literaturverzeichnis

- 1) American Psychiatric Association (eds) (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC
- 2) Anastopoulos AD, Guevremont DC, Shelton TL, DuPaul GJ (1992) Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol* 20: 503-520
- 3) Anderson CA, Hinshaw SP, Simmel C (1994) Mother-child interactions in ADHD and comparison boys: Relationships with overt and covert externalizing behavior. *J Abnorm Child Psychol* 22: 247-265
- 4) Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (eds) (1993a) Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik, Köln
- 5) Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (eds) (1993b) Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik, Köln
- 6) Aunola K, Nurmi JE, Onatsu-Arviolommi T, Pulkkinen L (1999) The role of parents' self-esteem, mastery-orientation and social background in their parenting styles. *Scand J Psychol* 40: 307-317
- 7) Bandura A (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 84: 191-215
- 8) Barber BK, Harmon EL (2002) Violating the self: Parental psychological control of children and adolescents. In Barber BK (ed) *Intrusive parenting. How psychological control affects children and adolescents*. American Psychological Association, Washington, DC, pp 15-52

- 9) Barber BK, Olsen JA (1997) Socialization in context: Connection, regulation and autonomy in the family, school and neighbourhood, and with peers. *J Adolesc Res* 12: 287-315
- 10) Barber BK, Olsen JA, Shagle S (1994) Associations between parental psychological control and behavioral control and youth internalized and externalized behaviours. *Child Dev* 65: 1120-1136
- 11) Bardone AM, Moffitt TE, Caspi A, Dickson N, Stanton WR, Silva PA (1998) Adult physical health outcomes of adolescent girls with conduct disorders, depression and anxiety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37: 594-601
- 12) Barkley RA (ed) (1990) *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Press, New York
- 13) Barkley RA, Anastopouluos AD, Guevremont DC, Fletcher KE (1991a) Adolescents with ADHD: Patterns of behavioral adjustment, academic functioning, and treatment utilization. *J Am Acad Child Adolsc Psychiatry* 30: 752-761
- 14) Barkley RA, Anastopouluos AD, Guevremont DC, Fletcher KE (1992) Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: Mother-adolescent interactions, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology. *J Abnorm Child Psychol* 20: 263-288
- 15) Barkley RA, Karlsson J, Pollard S (1985) Effects of age on the mother-child interactions of hyperactive children. *J Abnorm Child Psychol* 13: 631-638
- 16) Barkley RA, Karlsson J, Pollard S, Murphy J (1985) Developmental changes in the mother-child interactions of hyperactive boys: Effects of two doses of Ritalin. *J Child Psychol Psychiatry* 26: 705-715
- 17) Barkley RA, Murphy KR (eds) (1998) *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook*. Guilford Press, New York
- 18) Baughman FA Jr (2001) Questioning the treatment for ADHD. *Science* 291: 595

- 19) Baumrind D (1966) Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Dev* 37: 887-907
- 20) Baumrind D (1989) Rearing competent children. In: Damon W (ed) *Child development today and tomorrow*. Jossey-Bass, San Francisco, pp 349-378
- 21) Baumrind D (1991b) Parenting Styles and adolescent development. In: Lerner RM, Peterson A, Brooks-Gunn J (eds) *Encyclopedia of adolescence 2*. Garland, New York, pp 746-758
- 22) Biedermann J, Newcorn J, Sprich S (1991) Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *Am J Psychiatry* 148: 564-577
- 23) Breen MJ, Barkley RA (1988) Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *J Pediatr Psychol* 13: 265-280
- 24) Bronfenbrenner U (ed) (1979) *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press, Cambridge, MA
- 25) Cantwell DP (1972) Psychiatric illness in the families of hyperactive children. *Arch Gen Psychiatry* 27: 414-417
- 26) Conners CK (ed) (2004) *Conners' Rating Scales-Revised, Technical Manual*. MHS, Toronto, New York
- 27) Cox SH (1970) Intrafamily comparison of loving-rejecting child-rearing practices. *Child Dev* 41: 437-448
- 28) Cunningham CE, Barkley RA (1979) The interaction of normal and hyperactive children and their mothers in free play and structured tasks. *Child Dev* 50: 217-224
- 29) Cunningham CE, Benness BB, Siegel LS (1988) Family functioning, time allocation and parental depression in the families of normal and ADHD children. *J Clin Child Psychol* 17: 169-177

- 30) Danforth JS, Barkley RA, Stokes TF (1991) Observations of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 11: 703-727
- 31) Danforth JS, Harvey E, Ulaszek WR, McKee TE (2006) The outcome of group parent training for families with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behaviour. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 37: 188-205
- 32) Darling N, Steinberg L (1993) Parenting style as context: An integrative model. *Psychol Bull* 113: 487-496
- 33) DeWolfe NA, Byrne JM, Bawden HN (2000) ADHD in preschool children: parent-rated psychosocial correlates. *Dev Med Child Neurol* 42: 825-830
- 34) Dornbusch SM, Ritter PL, Leidermann PH, Roberts DF, Fraleigh MJ (1987) The relation of parenting style to adolescent school performance. *Child Dev* 58: 1244-1257
- 35) Drabick DA, Gadow KD, Sprafkin J (2006) Co-occurrence of conduct disorder and depression in a clinic based sample of boys with ADHD. *J Child Psychol Psychiatry* 47: 766-774
- 36) Edwards G, Barkley RA, Lanert M, Fletcher K, Metevia L (2001) Parent-Adolescent Conflict in Teenagers with ADHD and ODD. *J Abnorm Child Psychol* 29: 557-572
- 37) Edwards MC, Schulz EG, Long N (1995) The role of the family in the assessment of attention deficit hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev* 15: 375-394
- 38) Faraone SV, Biedermann J (1998) Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 44: 951-958
- 39) Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, Sklar P (2005) Advancing the neuroscience of ADHD: Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry* 57: 1313-1323

- 40) Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biedermann J (2003) The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry* 2: 104-113
- 41) Fischer M (1990) Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *J Clin Child Psychol* 19: 337-346
- 42) Greene RW, Biedermann J, Faraone SV, Monuteaux MC, Mick E, DuPre EP, Fine CS, Goring JC (2001) Social impairment in girls with ADHD: patterns, gender comparisons and correlates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40: 704-710
- 43) Gray MR & Steinberg L (1999) Unpacking authoritative parenting: Reassessing a multidimensional construct. *J Marriage Fam* 61: 574-587
- 44) Hart CH, Newell LD, Olsen SF (2003) Parenting skills and social-communicative competence in childhood. In: Greene JO, Burleson BR (eds) *Handbook of communication and social interaction skills*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ, pp 753-797
- 45) Hartmann RR, Stage SA, Webster-Stratton C (2003) A growth analysis of parent training outcomes: examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *J Child Psychol Psychiatry* 44: 388-398
- 46) Hautzinger M, Bailer M (eds) (1993) *Allgemeine Depressions-Skala (ADS)*. Deutsche Form der „Center for Epidemiological Studies Depression Scale“ (CES-D). Beltz, Weinheim
- 47) Heiligenstein E, Guenther G, Levy A, Savino F, Fulwiler J (1999) Psychological and academic functioning in college students with attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Coll Health* 47: 181-185
- 48) Hetchman L (1996) Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: a review. *Can J Psychiatry* 41: 350-360
- 49) Jensen PS, Martin D, Cantwell DP (1997) Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice and DSM-V. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 1065-1079

- 50) Johnson BD, Franklin LC, Hall K, Prieto LR (2000) Parent training through play: parent-child interaction therapy with a hyperactive child. *Family J* 8: 180-186
- 51) Johnston C (1996) Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional defiant behavior. *J Abnorm Child Psychol* 24: 85-104
- 52) Johnston C, Mash EJ (2001) Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev* 4:183-207
- 53) Kaplan BJ, Crawford SG, Fisher GC, Dewey DM (1998) Family dysfunction is more strongly associated with ADHD than with general school problems. *J Atten Disord* 2: 209-216
- 54) Krohne HW, Kiehl GE, Neuser KW, Pulsack A (1984) Das „Erziehungsstil-Inventar“ (ESI): Konstruktion, psychometrische Kennwerte, Gültigkeitsstudien. *Diagnostica* 30: 299-318
- 55) Krohne HW, Pulsack A (eds) (1995) Das Erziehungsstil-Inventar. Das Manual. 2., verbesserte Auflage. Beltz, Mainz
- 56) Krohne HW, Rogner J, Pulsack A (1983) Intensität und situative Modulierbarkeit von Bestrafung. *Z Entwicklungspsychol Pädagog Psychol* 15: 26-41
- 57) Krohne HW, Rogner J, Schaffner P (1980) Erziehungsstilskalen zur Überprüfung des Zwei-Prozeß-Modells elterlicher Erziehungswirkung. *Z Entwicklungspsychol Pädagog Psychol* 12: 233-254
- 58) Lowe N, Kirley A, Hawi Z, Sham P, Wickham H, Kratochvil C J, Smith SD, Lee SY, Levy F, Kent L, Middle F, Rohde RA, Roman T, Tahir E, Yazgan Y, Asherson P, Mill J, Thapar A, Payton A, Todd RA, Stephens T, Ebstein RB, Manor I, Barr CI, Wigg KJ, Sinke RJ, Buitelaar JK, Smalley SL, Nelson SF, Biedermann J, Faraone SV, Gill M (2004) Joint analysis of DRD5 marker concludes association with ADHD confined to the predominantly inattentive and combined subtypes. *Am J Hum Gene* 74: 348-356

- 59) Mano S, Uno H (2007) Relationship between characteristic behaviors of children with AD/HD and mother's parenting styles. *Brain Dev* 39: 19-24
- 60) Mariani M, Barkely R (1997) Neuropsychological and academic functioning in preschool boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Dev Neuropsychol* 13: 111-129
- 61) Mash EJ, Johnston C (1983) Parental perceptions of child behavior problems, parenting self esteem and mother's reported stressing younger and older hyperactive and normal children. *J Consult Clin Psychol* 51: 86-99
- 62) Mash EJ, Johnston C (1990) Determinants of parenting stress: illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *J Clin Child Psychol* 19: 313-328
- 63) McCubbin M, Cohen D (1997) Empirical, ethical and political perspectives on the use of methylphenidate. *Ethical Hum Sci Serv* 1: 81-101
- 64) Melchers P, Preuß U, Kaufmann AS (eds) (2005) Kaufmann-Assessment Battery for Children. K-ABC; Individualtest zur Messung von Intelligenz und Fertigkeiten bei Kindern im Alter von 2;6 bis 12;5 Jahren; deutschsprachige Fassung. 6. teilw. erg. Auflage. Swets&Zeitliger, Frankfurt am Main
- 65) Meyers Lexikon online (2007) <http://lexikon.meyers.de/wissen/Erziehung>
- 66) Monastra VJ, Monastra DM, George S (2002) The effects of stimulant therapy, EEG Biofeedback, and parenting style on the primary symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 27: 231-249
- 67) Morrison JR, Stewart MA (1971) A family study of the hyperactive child syndrome. *Biol Psychiatry* 3: 189-195
- 68) Norusis MJ (ed) (1993) SPSS for Windows Professional statistics 6.0. SPSS Inc., Chicago
- 69) Olsen SF, Yang C, Hart CH, Robinson CC, Wu P, Nelson DA (2002) Maternal psychological control and preschool children's behavioral outcomes in China,

- Russia and the United States. In: Barber BK (ed) *Intrusive parenting. How psychological control affects children and adolescents*. American Psychological Association, Washington, DC, pp 235-262
- 70) Patterson GR (1986) Performance models for antisocial boys. *Am Psychol* 41: 432-444
- 71) Pettit GS, Laird RD, Dodge KA, Bates JE, Criss MM (2001) Antecedents and behavior- problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. *Child Dev* 72: 583-598
- 72) Pfiffner LJ, McBurnett K, Rathouz PJ, Judice S (2005) Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with ADHD. *J Abnorm Child Psychol* 33: 551-563
- 73) Piacentini J, Shaffer D, Fisher P, Schwab-Stone M, Davies M, Gioia P (1993) The diagnostic interview schedule for Children-revised version (DISC-R). III: concurrent criterion validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 658-665
- 74) Pollard S, Ward E, Barkley RA (1983) The effects of parent training and Ritalin on the parent-child interactions of hyperactive boys. *Child and Family Behavior Therapy* 5: 51-69
- 75) Reeves JC, Werry JS, Elkind GS, Zametkin A (1987) Attention deficit, conduct, oppositional and anxiety disorders in children. II: clinical characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26: 144-155
- 76) Reitzle M, Metzke CW, Steinhausen HC (2001) Eltern und Kinder: Der Zürcher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten (ZKE). *Diagnostica* 47: 196-207
- 77) Robins LN, Price RK (1991) Adult disorders predicted by childhood conduct problems: Results from the NIMH Epidemiologic Catchment Area project. *Psychiatry* 54: 116-132
- 78) Rosenberg M (ed) (1965) *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press, Princeton

- 79) Rotter JB (1982) Social learning theory. In: Feather N (ed) Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology. Erlbaum, Hindale, NJ, pp 241-260
- 80) Schaefer ES (1965a) Children's reports of parental behaviour: An inventory. Child Dev 36: 413-424
- 81) Schneider S, Margraf J (eds) (2005) Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. 3. komplett überarbeitete Auflage. Hogrefe, Göttingen
- 82) Schwarz JC, Barton-Henry ML, Pruzinsky T (1985) Assessing child-rearing behaviors: A comparison of ratings made by mother, father, child and sibling on the CRPBI. Child Dev 56: 462-479
- 83) Scott S (1998) Aggressive behaviour in childhood. BMJ 316: 202-206
- 84) Seiffge-Krenke I (1989) Bewältigung alltäglicher Problemsituationen: Ein Coping-Fragebogen für Jugendliche. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 10: 201-220
- 85) Seipp CM, Johnston C (2005) Mother-Son Interactions in Families of Boys With and Without Oppositional Behavior. J Abnorm Child Psychol 33: 87-98
- 86) Sheffield MA, Silk JS, Steinberg L, Sessa FM (2002) Temperamental vulnerability and negative parenting as interacting predictors of child adjustment. J Marriage Fam 64: 461-471
- 87) Siegelmann M (1965) Evaluation of Bronfenbrenner's questionnaire for children concerning parental behavior. Child Dev 36: 163-174
- 88) Siequeland L, Kendall PC, Steinberg L (1996) Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interactions. J Clin Child Psychol 25: 225-237
- 89) Silbereisen RK, Eyferth K (1986) Development as action in context. In Silbereisen RK, Eyferth K, Rudinger G (eds) Development as action in context. Problem behavior and normal youth development. Springer, Berlin, pp 423-466

- 90) Spencer T, Biedermann J, Wilens T, Harding M, O'Donnell D, Griffin S (1996) Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across life cycle. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 409-432
- 91) Stapf KH, Hermann T, Stapf A, Stäcker KH (eds) (1972) *Psychologie des elterlichen Erziehungsstils*. Huber, Klett, Bern Stuttgart
- 92) Steinberg L (2001) We know some things: Parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *J Res Adolesc* 11: 1-19
- 93) Stormshak EA, Bierman KL, McMahon RJ, Lengua JJ (2000) Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. *J Clin Child Psychol* 29: 17-29
- 94) Tewes U, Rossmann P, Schallberger U (eds) (2000) *Hamburger-Wechsler-Intelligenztest für Kinder*. Hogrefe, Göttingen
- 95) Weltgesundheitsorganisation (eds) (1993) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinische-diagnostische Leitlinien. 2. Auflage*. Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- 96) Wolfradt U, Hempel S, Miles JNV (2003) Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behavior in adolescents. *Pers Individ Dif* 34: 521-532

7. Publikationen/Dank

7.1. Publikationen

Eine Publikation über das Thema der Doktorarbeit ist geplant für das Jahr 2008.

7.2. Dank

Als erstes möchte ich mich meiner Betreuerin, Frau PD Dr. med. C.M. Freitag für die freundliche und kollegiale Betreuung und Unterstützung danken. Während der ganzen Zeit, von Datenerhebung, über Auswertung bis hin zum Schreiben stand sie mir jederzeit mit Rat und Tat zur Seite und ich konnte immer auf ihre Hilfe zählen. Ein weiterer Dank geht an Frau C. Seitz für ihre Hilfe bei der Rekrutierung der ADHS-Kinder und der Diagnostik. Ebenfalls danken möchte ich der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums des Saarlandes Homburg/Saar für die Bereitstellung von Materialien und Räumlichkeiten. Zu guter Letzt geht mein Dank an alle Kinder und Eltern, die sich die Zeit genommen haben, an der Studie teilzunehmen.

8. Lebenslauf

Persönliche Daten:

Desiree Tina Ekundayo, geb. Bugger
Ginsterberg 21
66773 Schwalbach/Elm
Geboren am 14.02.1982
In Saarbrücken

Studium und Ausbildung:

Seit 03/2005: Doktorarbeit, Thema „Das Erziehungsverhalten der Eltern aus der Sicht von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, Promotion voraussichtlich in 2008

10/2001-06/2008: Medizinstudium an der Universität des Saarlandes, Approbation am 02.06.2008

08/2006-07/2007: Praktisches Jahr, Abteilung für Anästhesiologie, Chirurgie und Innere Medizin, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar

09/2003: Physikum

08/1992-06/2001: Realgymnasium Völklingen, Abitur 2001

08/1988-07/1992: Grundschule Elm/Sprengen

Praktika/Famulaturen:

09/2005: Famulatur, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar

08/2005: Famulatur, Abteilung für Dermatologie, LKH Klagenfurt, Österreich

09/2004: Famulatur, Praxis für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Dillingen

03/2004: Famulatur, Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern

08+09/2001: Krankenpflegepraktikum, Abteilung für Chirurgie, DRK Krankenhaus Saarlouis

Berufliche Tätigkeit:

Seit 06/2008: Assistenzärztin, Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Caritasklinik St. Theresia, Saarbrücken