

**Familienbeziehungen, Selbstkongruenz und
Identifikationsmuster von brasilianischen Kindern mit
einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung
im Behandlungsverlauf:
Perspektive des Kindes und der Eltern**

Dissertation

der Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften

der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

zur Erlangung des Grades eines

Doktors der Naturwissenschaften

(Dr. rer. nat.)

vorgelegt von

Dipl.-Psych. Sylvia Hiromi Oswald

aus São Paulo, Brasilien

Tübingen

2008

Tag der mündlichen Qualifikation: 16.07.2008

Dekan: Prof. Dr. Michael Diehl

1. Berichterstatter Prof. Dr. Martin Hautzinger

2. Berichterstatter Prof. Dr. Karl Christoph de Oliveira Käßler
(Pädagogische Hochschule Ludwigsburg/ Reutlingen)

INHALTSVERZEICHNIS

I	EINLEITUNG	8
II	THEORETISCHE EINFÜHRUNG.....	11
II.1	Die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS).....	11
II.1.1	<i>Erscheinungsbild</i>	<i>11</i>
II.1.2	<i>Prävalenz</i>	<i>20</i>
II.1.3	<i>Ätiologie.....</i>	<i>21</i>
II.1.4	<i>Neuropsychologische Grundlagen der ADHS.....</i>	<i>25</i>
II.1.5	<i>Behandlung.....</i>	<i>29</i>
II.2	ADHS und die Rolle der Familie	31
II.2.1	<i>Psychosoziales Wohlbefinden der Eltern von Kindern mit ADHS.....</i>	<i>32</i>
II.2.2	<i>Eltern-Kind-Interaktion in Familien mit Kindern mit ADHS.....</i>	<i>34</i>
II.2.3	<i>Geschwisterbeziehungen von Kindern mit ADHS.....</i>	<i>40</i>
II.2.4	<i>Wirkung der Behandlung der ADHS auf die Familienbeziehungen</i>	<i>42</i>
II.3	Die Familie: Definition und Funktion	43
II.4	Die systemische Sicht der Familie	46
II.5	Die Strukturelle Familiensystemtheorie.....	48
II.6	Familienstruktur: Kohäsion und Hierarchie	50
II.7	Modelle zur Klassifizierung von Familienstrukturen.....	56
II.7.1	<i>Das Circumplexmodell.....</i>	<i>56</i>
II.7.2	<i>Das Systemmodell von Beavers.....</i>	<i>58</i>
II.8	Identifikation und Selbstkonzept im Kontext der Familienbeziehungen.....	59
III	METHODIK.....	64
III.1	Zielsetzung.....	64

III.2	Datenzugang	64
III.3	Stichproben.....	65
III.3.1	<i>Stichprobe der Querschnittuntersuchung</i>	65
III.3.2	<i>Stichprobe der Längsschnittuntersuchung</i>	69
III.4	Diagnostischer Prozess.....	73
III.5	Erhebungsinstrumente	74
III.5.1	<i>Der Familiensystemtest (FAST)</i>	74
III.5.2	<i>Das Familiogramm (FG)</i>	78
III.5.3	<i>Der Familien-Identifikations-Test (FIT)</i>	84
III.6	Interventionen.....	87
III.6.1	<i>Medikamentöse Behandlung</i>	87
III.6.2	<i>Kombinierte Behandlung mit verhaltenstherapeutischem Trainingsprogramm</i>	87
III.7	Datenanalyse.....	88
IV	ERGEBNISSE	92
IV.1	Familienbeziehungen, Selbstkongruenz und Identifikations muster aus Sicht des Kindes mit ADHS sowie seiner Eltern.....	93
IV.1.1	<i>Kohäsion der Familie anhand des FAST</i>	94
IV.1.2	<i>Familienhierarchie anhand des FAST</i>	97
IV.1.3	<i>Kohäsion der Familie anhand des FG</i>	100
IV.1.4	<i>Familienhierarchie anhand des FG</i>	106
IV.1.5	<i>Negativität in den Familienbeziehungen anhand des FG</i>	113
IV.1.6	<i>Familiäre Kohäsion und Hierarchie mit dem FAST und dem FG</i>	119
IV.1.7	<i>Selbstkongruenz und Identifikationsmuster anhand des FIT</i>	120
IV.2	Familienbeziehungen, Selbstkongruenz und Identifikationsmuster aus Sicht von Kindern mit und ohne ADHS sowie ihrer Eltern	125
IV.2.1	<i>Vergleich der Kohäsion und Hierarchie der Familien anhand des FAST</i>	125

IV.2.2	<i>Vergleich der Kohäsion, Hierarchie und Negativität der Familien anhand des FG</i>	132
IV.2.3	<i>Vergleich der Selbstkongruenz und der Identifikationsmuster anhand des FIT</i>	141
IV.3	Familienbeziehungen, Selbstkongruenz und Identifikationsmuster im Behandlungsverlauf aus Sicht von Kindern mit ADHS sowie ihrer Eltern.....	148
IV.3.1	<i>Kohäsion und Hierarchie der Familie anhand des FAST im Behandlungsverlauf</i>	148
IV.3.2	<i>Kohäsion, Hierarchie und Negativität der Familie anhand des FG im Behandlungsverlauf</i>	156
IV.3.3	<i>Selbstkongruenz und Identifikationsmuster anhand des FIT im Behandlungsverlauf</i>	167
V	DISKUSSION	172
V.1	Familienbeziehungen und Identifikationsmuster aus Sicht des Kindes mit ADHS und seiner Eltern	172
V.1.1	<i>Kohäsion, Hierarchie und Negativität der Familie</i>	172
V.1.2	<i>Identifikationsmuster</i>	178
V.2	Familienbeziehungen, Selbstkongruenz und Identifikationsmuster aus Sicht von Kindern mit und ohne ADHS sowie ihrer Eltern.....	179
V.3	Familienbeziehungen, Selbstkongruenz und Identifikationsmuster aus Sicht von Kindern mit ADHS sowie ihrer Eltern im Behandlungsverlauf.....	187
V.4	Kritische Stellungnahme zu den angewandten Untersuchungsmethoden	191
V.5	Limitationen der Studie	194
V.6	Schlussfolgerungen.....	196
VI	LITERATURVERZEICHNIS	198

VII ANHANG 218

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich denjenigen meinen herzlichen Dank aussprechen, die mich auf fachlicher und persönlicher Ebene bei der Realisierung dieser Arbeit unterstützt haben.

Prof. Dr. Christoph Käppler und Prof. Dr. Luis Augusto Rohde danke ich für die fachliche Betreuung des Promotionsvorhabens und die Förderung und Anregung im wissenschaftlichen Bereich. Prof. Dr. Hautzinger danke ich ebenfalls für die Unterstützung des Promotionsvorhabens.

Dr. Maycoln Lêoni Martins Teodoro danke ich für die inhaltlichen und methodischen Diskussionen und die freundschaftliche Unterstützung.

Meiner Familie danke ich von Herzen für die persönliche Förderung, die Ermöglichung dieses Vorhabens und die emotionale Unterstützung.

Die vorliegende Studie konnte mit Hilfe von Promotionsstipendien des Deutschen Akademischen Austauschdienstes (DAAD) und der Landesgraduiertenförderung Baden Württemberg realisiert werden, denen ebenfalls mein besonderer Dank gilt.

I EINLEITUNG

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/ und Hyperaktivitätsstörung (ADHS, nach DSM-IV (APA 1994); Hyperkinetische Störung, nach ICD-10 (WHO, 1992)) ist eine sehr häufige Störung im Kindes- und Jugendalter (Biederman, 2005). In den letzten Jahren ist dieses Störungsbild zunehmend in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses gerückt und wird vermehrt in den Medien diskutiert. Jedoch stellt die ADHS kein zeitgenössisches Phänomen der heutigen Gesellschaft oder Kultur dar. Bereits im Jahre 1845 beschrieb der Kinderarzt Heinrich Hoffmann die Symptome am Beispiel des „Zappelphilipps“ in seinem Buch Struwwelpeter.

Das Verhalten von Kindern mit ADHS kennzeichnet sich durch Unaufmerksamkeit, exzessive motorische Unruhe und Impulsivität und führt häufig zu negativen Interaktionen sowohl in der Familie als auch in der Schule und anderen sozialen Kontexten (Barkley, Anastopoulos, Guevremont, & Fletcher, 1991). Die Eltern der Kinder mit ADHS klagen unter anderem über das Unvermögen ihres Kindes, Anweisungen zu folgen, aufzupassen, Aufgaben zu beenden, sich zu organisieren und in angebrachten Situationen sitzen zu bleiben. In der Schule fallen diese Kinder negativ auf, weil sie den Unterricht stören, ständig mit dem Sitznachbarn reden und mehr Zeit für das Beenden der Aufgaben brauchen. Von den Eltern wird die Situation häufig als erheblich belastend empfunden, sie fühlen sich überfordert und verunsichert und erleben sich als wenig kompetent bezüglich ihrer Erziehungsfertigkeiten (Johnston, 1996). Ebenso bezeugen ihre Geschwister, unter dem impulsiven und viel Aufmerksamkeit erfordernden Verhalten des Kindes mit ADHS zu leiden (Kendall, 1999).

Die genaue Ursache der Störung ist unbekannt, jedoch stützen Forschungsergebnisse die Ansicht, dass sowohl genetische als auch Umweltfaktoren zur Entwicklung der Störung beitragen (Biederman & Faraone,

2005; Sergeant, 2005). Da die Familie die erste Sozialisationsgruppe des Individuums darstellt und eine wesentliche Rolle für die psychische und emotionale Gesundheit der Kinder und Jugendlichen spielt (Maccoby, 1992), kann die Qualität der Familienbeziehungen einen Einfluss auf den Verlauf und die Ausgestaltung der Symptomatik ausüben (Johnston & Mash, 2001).

Studien zu den Familienbeziehungen von Kindern mit ADHS wurden zumeist auf Basis der Perspektive der Eltern oder der Beurteilung der Eltern-Kind-Interaktion durch externe Beobachter durchgeführt. Nur selten wurden die Familienbeziehungen aus Sicht des Kindes beschrieben und noch seltener wurden kindgerechte Instrumente eingesetzt (z.B. Käppler, 2005).

Obwohl die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung kein kulturabhängiges Phänomen zu sein scheint (Rohde et al., 2005), wurden bislang nur wenige Studien über die Familienbeziehungen von Kindern mit ADHS in Ländern außerhalb von Europa und Nordamerika durchgeführt (z.B. Satake, Yamashita, & Yoshida, 2004). Kulturelle Aspekte wie zum Beispiel Erwartungen bezüglich angemessenem Verhalten, Überzeugungen zur Ätiologie der Störung, Schuldanlastung gegenüber den Eltern und mühevoller Behandlungssuche, können die individuelle und gesellschaftliche Einstellung bezüglich der Störung beeinflussen (Perry, Hatton, & Kendall, 2005; Yeh, Hough, McCabe, Lau, & Garland, 2004). Angesichts dieser Aspekte erscheint es sinnvoll und notwendig, die Familienbeziehungen von Kindern mit ADHS in verschiedenen Kulturen zu untersuchen.

Die vorliegende Studie wurde in Brasilien durchgeführt und untersucht die Familienbeziehungen und Identifikationsmuster von Familien mit Kindern mit ADHS. Dabei wurde sowohl die Perspektive des Kindes/Jugendlichen als auch seiner Eltern berücksichtigt. Weiterhin wurde untersucht, ob sich im Verlauf der

Behandlung des Kindes/Jugendlichen eine Veränderung der Familienbeziehungen vollzieht.

Diese Arbeit gliedert sich in vier Teile. Zunächst erfolgt eine theoretische Einführung zur Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung, zu den Familienbeziehungen von Kindern mit ADHS, zur Familie im Allgemeinen und zur Rolle von Identifikationsprozessen. In Kapitel III wird auf die Methodologie der Studie eingegangen. Hier werden die Zielsetzungen der Studie, die untersuchten Stichproben, die Untersuchungsinstrumente, die Diagnostik- und Interventionsmaßnahmen und die Datenanalyse beschrieben. In Kapitel IV werden die Ergebnisse zu den Familienbeziehungen und Identifikationsmustern von Familien mit Kindern mit ADHS vorgestellt und jenen von Familien mit Kindern ohne ADHS gegenübergestellt. Anschließend werden die Ergebnisse zu den Familienbeziehungen und Identifikationsmustern nach der Behandlung dargelegt. Im letzten Kapitel erfolgt die Diskussion der Ergebnisse und es werden die Implikationen und Schlussfolgerungen für zukünftige Forschungsansätze dargelegt.

II THEORETISCHE EINFÜHRUNG

II.1 DIE AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT- UND HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG (ADHS)

In diesem einleitenden Kapitel soll das Erscheinungsbild der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) näher erläutert und auf die Prävalenz, Ätiologie und Behandlung der Störung eingegangen werden.

II.1.1 Erscheinungsbild

Die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung wird über zwei Dimensionen definiert, nämlich der Unaufmerksamkeit und der Hyperaktivität/Impulsivität. Das Verhalten sollte inadäquat für die Entwicklungsstufe des Individuums, verhältnismäßig beständig und zumindest in zwei verschiedenen Lebenskontexten gegeben sein, wie zum Beispiel zu Hause und in der Schule (Barkley, 2000a; Steinhausen, 2000a). Obwohl die Symptome bereits in der frühen Kindheit auftreten, werden sie häufig erst in der Schule als störend und belastend gewertet und die ADHS somit erst im Schulalter diagnostiziert. Das Aufmerksamkeitsdefizit kann sich dadurch äußern, dass die betroffenen Kinder häufig Einzelheiten nicht beachten, Flüchtigkeitsfehler machen, oft nicht zuhören, Anweisungen nicht oder nicht vollständig durchführen, sich leicht ablenken lassen, vergesslich sind etc. Die Hyperaktivität/Impulsivität charakterisiert sich unter anderem durch häufiges Zappeln mit Händen und Füßen, Aufstehen in Situationen, in denen Sitzen bleiben erwartet wird, Herumspringen in unangepassten Situationen sowie das Unterbrechen und Stören von anderen (APA, 1994).

Die Bezeichnung und diagnostischen Kriterien der ADHS haben bereits mehrere Veränderungen erfahren. Unter anderem wurde das Syndrom bis in die 60er

Jahre als „Minimale Cerebrale Dysfunktion“ (MCD) bezeichnet. Die Störung kennzeichnete sich lediglich über die Hyperaktivität, bis in den 70er Jahren ebenfalls die beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Impulskontrolle in die Syndromdefinition aufgenommen wurden (Barkley, 2000a; Faraone, Sergeant, Gillberg, & Biederman, 2003; Steinhausen, 2000a).

Das nordamerikanische Klassifikationssystem “Diagnostic and Statistical Manual” der American Psychiatric Association (1994) hob in seiner dritten Revision (DSM-III; APA, 1980) die beeinträchtigte Aufmerksamkeit hervor und führte den Begriff der „Aufmerksamkeits-Defizit-Störung“ ein. Jedoch wurde die Bezeichnung bereits bei der nächsten Überarbeitung (DSM-III-R; APA, 1987) in „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“ (ADHS) geändert. Das DSM-IV (APA, 1994) unterscheidet zwischen der ADHS mit vorwiegender Unaufmerksamkeit, der ADHS mit vorwiegender Hyperaktivität/Impulsivität und dem ADHS-Mischtypus. Rohde, Barbosa, Polanczyk, Eizirik, Rasmussen, Neuman und Todd (2001) bestätigten die Übertragbarkeit der diagnostischen Kriterien des DSM-IV auf die brasilianische Bevölkerung. Die diagnostischen Kriterien hierzu sind in Tabelle 1 aufgelistet.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien für die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung gemäß DSM-IV (1995)

A. Entweder Punkt (1) oder Punkt (2) müssen zutreffen:

(1) sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

Unaufmerksamkeit:

- (a) beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten,
 - (b) hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten.
-

Fortsetzung Tabelle 1: Diagnostische Kriterien für die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung gemäß DSM-IV (1994)

- (c) scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen.
 - (d) führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder Verständnisschwierigkeiten).
 - (e) hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren,
 - (f) vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben)
 - (g) verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug),
 - (h) lässt sich öfter durch äußere Reize leicht ablenken,
 - (i) ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich;
-
- (2) sechs (oder mehr) der folgenden Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:
- Hyperaktivität:*
- (a) zappelt häufig mit den Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum,
 - (b) steht in der Klasse oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, häufig auf,
 - (c) läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben),
 - (d) hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen,
 - (e) ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“,
 - (f) Redet häufig übermäßig viel;
-

Fortsetzung Tabelle 1: Diagnostische Kriterien für die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung gemäß DSM-IV (1994)

Impulsivität:

- (g) Platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist,
 - (h) kann nur schwer warten, bis er an der Reihe ist,
 - (i) unterbricht und stört andere häufig (platzt z.B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein).
- B. Einige Symptome der Hyperaktivität-Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf.
- C. Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z.B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz und zu Hause).
- D. Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit vorhanden sein.
- E. Die Symptome treten nicht ausschließlich im Verlauf einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder einer anderen Psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z.B. Affektive Störung, Angststörung, Dissoziative Störung oder eine Persönlichkeitsstörung).

Codiere je nach Subtypus:

314.01 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung,

Mischtypus: liegt vor, wenn die Kriterien A1 und A2 während der letzten sechs Monate erfüllt waren.

314.00 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung,

Vorwiegend Unaufmerksamer Typus: liegt vor, wenn Kriterium A1, nicht aber Kriterium A2 während der letzten sechs Monate erfüllt war.

314.01 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung,

Vorwiegend Hyperaktiv/Impulsiver Typus: liegt vor, wenn Kriterium A2, nicht aber Kriterium A1 während der letzten sechs Monate erfüllt war.

Codierhinweise: Bei Personen (besonders Jugendlichen und Erwachsenen), die zum gegenwärtigen Zeitpunkt Symptome zeigen, aber nicht mehr alle Kriterien erfüllen, wird **Teilremittiert** spezifiziert.

Das Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation, die ICD-10 (International Classification of Diseases, 10. Revision; WHO, 1992), bezeichnet das Syndrom als „Hyperkinetische Störung“ und definiert Subtypen der Störung in Abhängigkeit der Präsenz einer komorbiden Störung des Sozialverhaltens (siehe Tabelle 2). Im Gegensatz zum DSM-IV (APA, 1994) wurde der Begriff des Aufmerksamkeitsdefizits nicht in die Bezeichnung aufgenommen, da er die Kenntnis über psychologische Prozesse impliziert, die noch nicht verfügbar sind (WHO, 1992).

Tabelle 2: Forschungskriterien für Hyperkinetische Störungen gemäß ICD-10 (WHO, 1992)

G1. Unaufmerksamkeit:

Mindestens sechs Symptome von Unaufmerksamkeit bestanden mindestens sechs Monate lang in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß.

Die Kinder

1. sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten;
 2. sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrechtzuerhalten;
 3. hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird;
 4. 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);
 5. sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren;
 6. vermeiden oder verabscheuen Arbeiten, wie Hausarbeiten, die Durchhaltevermögen erfordern;
-

Fortsetzung Tabelle 2: Forschungskriterien für Hyperkinetische Störungen gemäß ICD-10 (WHO, 1992)

7. verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben oder Tätigkeiten wichtig sind, z.B. Schularbeiten, Bleistifte, Bücher, Spielsachen und Werkzeuge;
 8. werden häufig von externen Stimuli abgelenkt;
 9. sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich.
-

G2. Überaktivität:

Mindestens drei der folgenden Symptome von Überaktivität bestanden mindestens sechs Monate lang in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß.

Die Kinder

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

G3. Impulsivität:

Mindestens eins der folgenden Symptome von Impulsivität bestand mindestens sechs Monate lang in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß.

Die Kinder

1. platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist;
 2. können häufig nicht in einer Reihe warten oder warten nicht, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen;
-

Fortsetzung Tabelle 2: Forschungskriterien für Hyperkinetische Störungen gemäß ICD-10 (WHO, 1992)

3. unterbrechen und stören andere häufig (z.B. mischen sie sich ins Gespräch oder Spiel anderer ein);
4. reden häufig exzessiv, ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren.

G4. Beginn der Störung vor dem siebten Lebensjahr.

G5. Symptomausprägung: Die Kriterien sollten in mehr als einer Situation erfüllt sein, z.B. sollte die Kombination von Unaufmerksamkeit und Überaktivität sowohl zuhause als auch in der Schule bestehen oder in der Schule und an einem anderen Ort, wo die Kinder beobachtet werden können, z.B. in der Klinik. (Der Nachweis situationsübergreifender Symptome erfordert normalerweise Informationen aus mehr als einer Quelle. Elternberichte über das Verhalten im Klassenraum sind z.B. meist unzureichend.)

G6. Die Symptome von G1.-G3. verursachen deutliches Leiden oder Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.

G7. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84), eine manische Episode (F30), eine depressive Episode (F32) oder eine Angststörung (F41).

Die Mehrzahl der Individuen mit ADHS weist komorbide psychiatrische Störungen auf. Die am häufigsten vorgefunden Komorbiditäten sind die Oppositionelle Störung des Sozialverhaltens und Störung des Sozialverhaltens (40-90%), Affektive Störungen (15-20%), vor allem Depression, Angststörungen (25%), Teilleistungsstörungen (20%) und Tics (17%) (Biederman, Newcorn, & Sprich, 1991; Revision in Tannock, 1998). Untersuchungen weisen darauf hin, dass ADHS das Risiko für die Entwicklung anderer psychiatrischer Störungen, (Biederman, Faraone, Milberger, Guite, Mick, Chen, & Mennin et al., 1996; Fischer, Barkley, Smallish, Fletcher, 2002), inklusive einer Persönlichkeitsstörung (Modestin, Matutat & Wurmle, 2001), erhöht. Bezüglich des erhöhten Risikos des Substanzmissbrauchs variieren die Resultate. Einige Studien zeigen eine hohe Prävalenzrate von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen mit ADHS (Horner &

Scheibe, 1997; Milberger, Biederman, Faraone, Chen, & Jones, 1997), während andere diesen Zusammenhang lediglich bei Adoleszenten mit komorbider Störung des Sozialverhaltens oder Bipolarer Störung vorfinden (Biederman, Wilens, Mick, Faraone, Weber, Curtis, & Thornell et al., 1997). Bei Erwachsenen mit ADHS wurde eine signifikant höhere Prävalenz von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit nachgewiesen als bei Erwachsenen ohne ADHS, was die Annahme zulässt, dass dieser Unterschied erst am Ende der Adoleszenz oder zu Beginn des Erwachsenenalters sichtbar wird (Biederman, Wilens, Mick, Milberger, Spencer, & Faraone, 1995).

Im Gegensatz zu früheren Annahmen belegen Langzeitstudien, dass die Störung bei einem beachtlichen Teil der Kinder mit ADHS bis ins Jugend- und Erwachsenenalter hinein fortbesteht, wobei die Intensität der Symptome des Kindes, die familiäre Anhäufung der ADHS, psychosoziale Risikofaktoren und psychiatrische Komorbidität wichtige Prädiktoren für die Stabilität darstellen (Biederman, Faraone, Milberger, Curtis, Chen, Marrs, Ouellette, Moore, & Spencer, 1996; Kessler, Adler, Barkley, Biederman, Conners, Faraone, & Greenhill et al., 2005; McGee, Partridge, Williams, & Silva, 1991). Mit zunehmendem Alter wandelt sich jedoch das Erscheinungsbild der ADHS, indem die Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität stärker zurückgehen als das Aufmerksamkeitsdefizit (Biederman et al., 2000). Bei Jugendlichen wurden Remissionsraten von 20 bis über 80% berichtet (Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990; Biederman et al., 1996; Faraone, Sergeant, Gillberg, & Biederman, 2003; Hart, Lahey, Loeber, Applegate, & Frick, 1995; Steinhausen, Drechsler, Földényi, Imhof, & Brandeis, 2003; Taylor, Chadwick, Heptinstall, & Danckaerts, 1996). Bei Erwachsenen mit ADHS werden ebenfalls starke Divergenzen bezüglich der Persistenzrate der Störung vorgefunden. Biederman, Mick und Faraone (2000) berichten über eine Persistenzrate von 60% bei 18 bis 20jährigen und Manuzza, Klein, Bessler, Malloy und LaPadula

(1998) stellten eine Rate von 4 bis 8% bei Erwachsenen mit einem Durchschnittsalter von 26 Jahren fest. Murphy und Barkley (1996) beobachteten eine ADHS-Prävalenzrate von 4,7% bei Erwachsenen.

Diese große Varianz in den Persistenzraten resultiert aus Unterschieden in der angewandten Methodologie, wie z.B. Unterschiede in den Stichproben, Alter, Komorbidität, Informanten (Selbst- oder Elternbericht), Dauer des Follow-up-Zeitraumes und Definition der Remission (symptomatisch, syndromatisch und funktional). Viele Studien begannen vor der Festlegung der DSM-Kriterien, wandten jedoch bei der Follow-up-Untersuchung DSM-Kriterien zur Diagnosestellung an. Außerdem basierte die erste Auswahl der Teilnehmer oftmals auf Elternberichten, während bei der Follow-up-Untersuchung der Jugendliche/Erwachsene befragt wurde. Laut einer Studie von Barkley et al. (2002) führen die Eltern mehr ADHS-Symptome auf als ihre Kinder bei Selbstberichten. Aufgrund dessen gehen die Autoren davon aus, dass auf Selbstberichten basierende Untersuchungen die Persistenz der ADHS unterschätzt haben könnten. Zudem ist es möglich, dass die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung weniger ausgeprägt war bei Studien, die Teilnehmer mit Komorbiditäten ausschlossen (Barkley, Fischer, Smallish & Fletcher, 2002). Angesichts dieser methodenbezogenen Variabilität sollten die Befunde bezüglich der Persistenz der Störung kritisch betrachtet werden.

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist in allen Alterstufen mit funktionellen Beeinträchtigungen verbunden. Individuen mit ADHS weisen mehr Probleme in interpersonellen Beziehungen (Familie, Freunde etc.), in der Ausbildung (Probleme in der Schule, weiterführenden Ausbildung etc.), beruflichen Karriere, und anderen Bereichen (wie z.B. im Verkehr) auf, die sich auf ihr Wohlbefinden und Selbstbewusstsein im Sinne eines negativen Selbstkonzeptes auswirken (Barkley, 1997; Barkley, Anastopoulos,

Guevremont, & Fletcher, 1991; Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990; Biederman, Faraone, Milberger, Guite, Mick, Chen, & Mennin, et al., 1996; Biederman, Monuteaux, Doyle, Seidman, Wilens, Ferrero, & Morgan et al., 2004; Cantwell, 1996; Faraone, Biederman, Mennin, Gershon, & Tsuang, 1996; Käßler, 2005; Rohde, Biederman, Busnello, Zimmermann, Schmitz, Martins, & Tramontina, 1999; Schöning, Steins, & Berek, 2002; Steinhausen, 2003; Young, Heptinstall, Sonuga-Barke, Chadwick, & Taylor, 2005).

Diese sozialen und emotionalen Probleme können Kinder daran hindern, für ihre Entwicklung wesentliche Fähigkeiten, wie z.B. die Knüpfung zufriedener Kontakte mit Gleichaltrigen, die Entwicklung sozialer Kompetenz, ein erfolgreicher Schulabschluss etc. (Lauth & Linderkamp, 2000) auszubilden und somit ihren sozialen Ausschluss begünstigen.

II.1.2 Prävalenz

Die in verschiedenen Studien erwähnten Prävalenzraten variieren stark. Diese Divergenzen können auf den unterschiedlichen Studienbedingungen, wie untersuchte Stichprobe (Alter, klinische oder nicht-klinische Stichprobe), angewandtes Klassifikationssystem (DSM, ICD) und Methodik (Informant: Eltern, Lehrer, Kind etc.; Instrument: Symptomskala, direktes Interview etc.) basieren. Faraone et al. (2003) schließen aus einer Revision von 50 internationalen epidemiologischen Studien, dass die Prävalenzraten, mit Ausnahme weniger Länder (Island, Australien, Italien, Schweden), weltweit ähnlich sind, wenn die Kriterien des DSM angewendet werden, (Faraone, Sergeant, Gillberg & Biederman, 2003). Zudem wird von einer kulturell unabhängigen Präsenz und Erscheinung des Syndroms ausgegangen (Rohde, Szobot, Polanczyk, Schmitz, Martins, & Tramontina, 2005; Steinhausen, 2000a). In Brasilien registrierten Rohde et al. (2005) sieben Studien zur Prävalenz der ADHS, welche die Kriterien des DSM-IV, des ICD-10 oder

andere Symptomskalen an nicht-klinischen Stichproben anwandten. Es wurde von Prävalenzraten von 1,5% bis 18% berichtet. Anhand der DMS-IV-Kriterien fand man bei einer Stichprobe von 1013 Adoleszenten aus Porto Alegre im Alter von 12 bis 14 Jahren eine Prävalenzrate von 5,8% (Rohde et al., 1999). Bei Anwendung des ICD-10 an einer Stichprobe von Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 14 Jahren aus dem Staate São Paulo wurde hingegen eine Prävalenz von 1,5% erhoben (Fleitlich-Bilik, 2002).

Die meisten Studien zeigen, dass Jungen öfter von der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung betroffen sind als Mädchen. Die Geschlechtsverteilung variiert zwischen 3:1 und 9:1 (Döpfner, Frölich, & Lehmkuhl, 2000; Tannock, 1998), wobei in Studien mit der Allgemeinbevölkerung ein kleineres Verhältnis erfasst wird als in klinischen Stichproben. Es wurde angenommen, dieser Unterschied käme dadurch zustande, dass sich die ADHS bei Mädchen weniger disruptiv äußert und diese darum seltener in Behandlungsinstitutionen überwiesen werden als Jungen (Biederman & Faraone, 2004). In einer später durchgeführten Studie fanden dieselben Autoren jedoch keine Geschlechtseffekte bezüglich der ADHS-Subtypen bei Jungen und Mädchen (Biederman, Kwon, Aleardi, Chouinard, Marino, Cole, Mick, & Faraone, 2005). Rohde et al. (1999) identifizierten ein Verhältnis von annähernd 1:1 bei einer Stichprobe von Jugendlichen aus der Allgemeinbevölkerung Porto Alegres (Jungen: 47,8% und Mädchen 52,5%).

II.1.3 Ätiologie

Die genaue Ursache der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist nicht bekannt. Aufgrund ihres heterogenen Erscheinungsbildes müssen verschiedene Ursachen untersucht werden. Allgemein ist man sich darüber einig, dass es keine spezifische und generelle Ursache der Störung gibt, sondern sowohl genetische, biologische als auch psychosoziale Faktoren zu ihrer

Entwicklung beitragen (Döpfner et al., 2000; Roman, Schmitz, Polanczyk, & Hutz, 2003).

II.1.3.1 Genetische Faktoren

Die genetische Basis der ADHS wurde anhand von Familien- (Biederman, Faraone, Keenan, Knee, & Tsuang, 1990; Epstein, Conners, Erhardt, Arnold, Hechtman, Hinshaw, & Hoza et al., 2000), Zwillings- und Adoptionsstudien untersucht (Sprich, Biederman, Crawford, Mundy, & Faraone, 2000). Bereits zu Beginn der 70er Jahre zeigten zwei Studien, dass ca. 20% der Kinder mit ADHS einen Vater oder eine Mutter haben, die als hyperaktiv klassifiziert werden könnten (Cantwell, 1972; Morrison & Stewart, 1973). Biederman, Faraone, Keenan, Benjamin, Krifcher, Moore und Sprich-Buckminser et al., (1992) fanden, dass Verwandte ersten Grades von Kindern mit ADHS ein fünffach größeres Risiko zur Entwicklung der Störung haben, als Verwandte von Kindern ohne ADHS. Zudem weisen biologische Geschwister von Kindern mit ADHS mehr Symptome des Syndroms auf als Halbgeschwister (Thapar, Holmes, Poulton, & Harrington, 1999). Die Prävalenz der ADHS ist bei Eltern von Kindern mit ADHS zwei bis acht Mal höher als bei Eltern anderer Kinder (Faraone & Biederman, 1994). Außerdem findet man bei Verwandten ersten Grades von Kindern mit ADHS eine erhöhte Anzahl anderer psychiatrischer Störungen, vor allem der Störung des Sozialverhaltens und der Oppositionellen Störung des Sozialverhaltens, aber auch Affektiver Störungen und Angststörungen (Biederman et al., 1992; Biederman et al., 1990; Tannock, 1998), was die Annahme zulässt, dass diese Störungen eine gemeinsame Vulnerabilität besitzen (Biederman, Newcorn, & Sprich, 1991).

Diese Studien erlauben es jedoch nicht zu unterscheiden, ob die familiäre Übertragung über genetische oder über psychosoziale Faktoren erfolgt, die von den Familienmitgliedern geteilt werden. Eindeutigere Schlussfolgerungen lassen

Zwillingsstudien zu. Im Falle einer genetischen Verursachung der Störung sollte eine größere Übereinstimmung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung zwischen zusammen lebenden eineiigen (genetisch identisch) als zwischen zusammen lebenden zweieiigen (genetische Übereinstimmung von ca. 80%) Zwillingen vorgefunden werden. Untersuchungen berichten konsistent über eine höhere Korrelation der Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeits Symptome bei eineiigen (.66) als bei zweieiigen Zwillingen (.28) (Tannock, 1998). In einer Revision von Biederman & Faraone (2005) verzeichneten die Autoren eine durchschnittliche geschätzte Erblichkeitsrate von 0,76 in 21 Studien, die in Australien, Schweden, Großbritannien und mehreren Staaten der USA durchgeführt wurden.

Diese Ergebnisse werden durch Studien, die mit adoptierten Kindern mit ADHS realisiert wurden, unterstützt. Leibliche Eltern von Kindern mit ADHS weisen öfter ADHS-Symptome auf (7,5%) als Adoptiveltern (2,1%) (Sprich et al., 2000; Thapar et al., 1999). Die gleiche Assoziation wurde bei biologischen und Halbgeschwistern entdeckt.

Ein anderer Ansatz zur Erforschung der genetischen Basis der ADHS erfolgt auf molekularer Ebene durch die Identifizierung von Kandidatengenen. Obwohl die Ergebnisse noch widersprüchlich sind, wurden Zusammenhänge zu Genen des dopaminergen Systems (DAT1; DRD4; DRD5; D β H), Genen des serotonergen Systems (5-HTTLPR long; HTR1B) und zum Gen SNAP-25 gefunden (Faraone et al., 2005; Faraone & Biederman, 2000). Diese Studien weisen darauf hin, dass nicht ein einzelner Gen, sondern mehrere Gene mit kleinerem Effekt zur Verursachung einer genetischen Vulnerabilität beitragen (Faraone et al., 2005; Roman et al., 2003; Steinhausen, 2000a; Tannock, 1998).

Diese Ergebnisse unterstützen den Beitrag genetischer Faktoren bei der Entwicklung der ADHS, verdeutlichen jedoch ebenso die Bedeutung von

biologischen und psychosozialen Risikofaktoren bei der Entstehung der Störung. Im Falle einer rein genetischen Basis der ADHS müssten eineiige Zwillinge zu hundert Prozent im Hinblick auf die Störung übereinstimmen.

II.1.3.2 Biologische Risikofaktoren

Die Rolle von Nahrungsmittelzusätzen als mögliche Ursache der ADHS wurde vermehrt in den Medien diskutiert, erhielt jedoch keine empirische Unterstützung. Bezüglich eines Zusammenhangs mit Toxinen wird eine hohe Bleiaussetzung mit erhöhter Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität in Verbindung gebracht. Allerdings ist lediglich eine geringe Anzahl von Kindern mit ADHS einem erhöhten Bleispiegel ausgesetzt, und nicht alle Kinder mit Bleibelastung repräsentieren die Symptome der ADHS (Barkley, 2000a; Biederman, 2005; Biederman & Faraone, 2005).

Ein bedeutsamer Zusammenhang wird zum Alkohol- und Nikotinkonsum der Mutter während der Schwangerschaft geknüpft (Mick, Biederman, Faraone, Sayer, & Kleinman, 2002; Milberger, Biederman, Faraone, Chen & Jones, 1996). Komplikationen während der Schwangerschaft und bei der Geburt (Schwangerschaftstoxikose, Eklampsie, Gesundheit der Mutter, Alter der Mutter, Überschreitung des Geburtstermins, Dauer des Geburtvorgangs, fetaler Disstress, geringes Geburtsgewicht, Hämorrhagie ante partum) scheinen das Risiko für die ADHS zu erhöhen (Sprich-Buckminster, Biederman, Milberger, Faraone, & Krifcher Lehman, 1993).

II.1.3.3 Psychosoziale Risikofaktoren

Die Familie ist von wesentlicher Bedeutung für die psychische und emotionale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Maccoby, 1992). Familien, die sich durch einen hohen Grad an Konflikten und Aggression, kalte, wenig

unterstützende und vernachlässigende Beziehungen charakterisieren, bestimmen auf bedeutende Weise die Vulnerabilität eines Kindes für die Entwicklung einer psychischen Störung und/oder interagieren mit einer genetischen Vulnerabilität des Kindes (Repetti, Taylor, & Seeman, 2002).

Eine klassische Studie, die den Zusammenhang von psychosozialen Risikofaktoren und psychischen Störungen bei Kindern aufzeigte, wurde in den 70er Jahren von Rutter, Cox, Tupling, Berger und Yule (1975) durchgeführt. Bei dieser Studie wurden sechs Risikofaktoren des Familienumfelds gefunden, die mit der Präsenz psychischer Störungen zusammenhingen: (1) ernsthafte Ehekonflikte, (2) niedriges sozioökonomisches Niveau, (3) Familiengröße, (4) Kriminalität der Eltern, (5) mütterliche Psychopathologie und (6) Adoption. Dieselben Faktoren wurden bezüglich ihres Zusammenhangs zu ADHS untersucht und es wurde eine positive Korrelation zwischen der Anzahl der Risikofaktoren und ADHS beobachtet (Biederman, Milberger, Faraone, Kiely, Guite, Mick, & Ablon et al., 1995a, b), wobei jedoch die Faktoren Familiengröße, sozioökonomisches Niveau und Adoption nicht analysiert werden konnten. Chronische Familienkonflikte, geringere familiäre Kohäsion und Psychopathologie der Eltern (vor allem der Mütter) waren üblicher in Familien mit Kindern mit ADHS als in der Vergleichsgruppe ohne ADHS. Obwohl genetische Faktoren bei der Ätiologie der ADHS eine wichtige Rolle spielen, weisen diese Ergebnisse darauf hin, dass psychosoziale Faktoren ebenfalls für die Manifestierung der Störung relevant sind.

In Kapitel II.2 soll näher auf die Familienbeziehungen der Kinder mit ADHS und auf die Charakteristiken ihrer Eltern eingegangen werden.

II.1.4 Neuropsychologische Grundlagen der ADHS

Untersuchungen zur neurobiologischen Basis der ADHS und ihr heterogenes Erscheinungsbild lassen eine komplexe neurologische Struktur annehmen.

Obwohl die Neurobiologie der ADHS noch nicht völlig verstanden wird, weisen die Hauptsymptome der Störung und die Wirkung der zur Behandlung angewandten Psychopharmaka auf ein Ungleichgewicht im dopaminergen und noradrenergen System hin (Biederman, 2005; Biederman & Faraone, 2005). Neurobiologische und neuropsychologische Studien unterstützen die Hypothese eines Defizits im Hirnfrontallappen und den Verbindungen zu subkortikalen Strukturen. Bildgebende Verfahren veranschaulichen abweichende Hirnstrukturen bei Individuen mit ADHS, wobei der häufigste Befund ein kleineres Volumen des Frontalkortex, des Zerebellums und subkortikaler Strukturen darstellt. (Biederman, 2005).

Diese Befunde stehen im Einklang mit neuropsychologischen Modellen zur ADHS, die einen Defizit der Exekutivfunktionen, deren Ausführung mit der frontal-subkortikalen Hirnregion in Zusammenhang gebracht wird, als Ursache für die Symptomatologie betonen (Barkley, 2000b; Biederman, 2005).

Obwohl die Exekutivfunktionen umfangreich diskutiert wurden, besteht keine Klarheit über ihre Definition (Tannock, 1998). Die häufigste Beschreibung bezieht sich auf psychologische Prozesse, die in der Ausführung von einer oder mehreren Fähigkeiten involviert sind wie Selbstregulation, Verhaltenssequenz, Flexibilität der Gedanken und Reaktionen, Reaktionshemmung, Planung und Organisation der Verhaltens (Eslinger, 1996). Unter diesen kognitiven Prozessen wurde die Dysfunktion der Verhaltenshemmung (die ungenügende Fähigkeit Verhalten zu hemmen und zu verzögern) am öftesten untersucht und spielt als Ursache für die Impulsivität eine zentrale Rolle in Modellen zur ADHS. Gemäß einer Revision von Tannock (1998), existieren verschiedene Modelle, die von einer Dysfunktion in der Verhaltenshemmung ausgehen:

1. *Inhibition als Konditionierungsdefizit* (Quay, 1997). Die mangelnde Hemmung resultiert aus einem Ungleichgewicht zwischen zwei gegensätzlichen neuropsychologischen Systemen, die das Verhalten gemäß den Erfahrungen von Strafe und Belohnung regulieren: das System der Verhaltenshemmung und das

System der Verhaltensaktivierung. Individuen mit einer geringeren Aktivität des Inhibitionssystem haben Schwierigkeiten Verhalten, das mit Bestrafung oder fehlender Belohnung assoziiert wurde, zu hemmen. Sie reagieren zwar auf die Bestrafung (unkonditionierter Stimulus), reagieren jedoch weniger auf die Situation, die mit der Bestrafung assoziiert wurde (konditionierter Stimulus).

2. *Inhibition als ineffizienter Prozess der Verhaltenskontrolle* (Schachar, Tannock, & Logan, 1993). Die Impulsivität ist das Ergebnis eines Defizits der Fähigkeit, prädominantes Verhalten zu hemmen. Es wird angenommen, dass sich dieser Mangel an Verhaltenskontrolle eher aus einem extrem langsamen Hemmungsprozess als aus einer extrem schnellen Reaktion ergibt.

3. *Verhaltenshemmung als primäres Defizit* (Barkley, 1997). Barkleys Modell berücksichtigt das Zusammenspiel multipler neuropsychologischer Probleme und geht von der Verhaltenshemmung als primäres Defizit der ADHS aus, das die Ausführung vier weiterer Exekutivfunktionen beeinträchtigt. Die Verhaltenshemmung bezieht sich auf drei miteinander verbundene Prozesse: (a) die Hemmung einer Reaktion, die anfänglich prädominant für ein Ereignis ist; (b) die Unterbrechung eines laufenden Verhaltens, die eine Verzögerung zur Entscheidung über eine Reaktion ermöglicht; (c) der Schutz dieses Verzögerungsmoments und der darin ablaufenden selbstgerichteten Reaktionen vor einer Störung durch konkurrierende Ereignisse und Reaktionen (Interferenzkontrolle). Die vier sekundär beeinträchtigten Exekutivfunktionen lauten: (1) verbales und nonverbales Arbeitsgedächtnis, (2) Selbstregulation von Affekten, Motivation und Aktivierung (3) internalisierte Sprache, und (4) Rekonstitution (Analyse und Synthese des Verhaltens). Die adäquate Ausführung dieser Exekutivfunktionen ermöglichen Selbstkontrolle und zielgerichtete Handlungen.

4. *Inhibition als Abweichung anstelle eines Defizits* (Sonuga-Barke, 2005). Der "Delay-Aversion-Theorie" zufolge entspringen Probleme der Verhaltenshemmung nicht einem psychologischen Defizit, aber einer

abweichenden Motivationseinstellung. Das Modell fokussiert den Kontext, in dem das impulsive Verhalten ausgeführt wird und postuliert als Hauptproblem eine Aversion gegen den Aufschub oder die Unterdrückung einer Reaktion über einen Zeitraum. Das impulsive Verhalten wird als Versuch betrachtet, die subjektive Wahrnehmung oder Erfahrung des Aufschubs zu minimieren.

5. *Inhibition als Dysfunktion des Anstrengungs- und Aktivierungssystems* (Sergeant, 2005). Das kognitiv-energetische Modell der ADHS (CEM) schlägt vor, dass die Effizienz des Informationsverarbeitungsprozesses vom Zusammenspiel (1) rechnerischer Aufmerksamkeitsmechanismen, (2) Bedingungsfaktoren, und (3) Management bestimmt wird. Die rechnerischen Aufmerksamkeitsmechanismen umfassen vier Schritte: Kodifizierung, Suche, Entscheidung und motorische Organisation. Die Bedingungsfaktoren beziehen sich auf drei energetische Elemente: (a) Anstrengung – die notwendige Energie zur Erfüllung der Erfordernisse einer Aufgabe, (b) Arousal – unmittelbare Antwort auf die Stimulusverarbeitung, die von der Intensität und vom Neuheitsgrad des Stimulus beeinflusst wird, und (c) Aktivierung – physiologische Reaktionsbereitschaft, die von Eigenschaften der Aufgabe beeinflusst wird wie Vorbereitung, Wachsamkeit und Tageszeit. Die Ebene Management/Exekutivfunktionen umfasst Planung, Überwachung, Identifizierung und Korrektur von Problemen. Das kognitiv-energetische Modell berücksichtigt, dass Individuen mit ADHS Mängel in allen drei Ebenen aufweisen und die fehlende Verhaltenshemmung zumindest zum Teil durch eine energetische Dysfunktion verursacht wird.

Trotz der zentralen Stellung der Exekutivfunktionen in den neuropsychologischen Modellen zur ADHS weisen jedoch nicht alle Individuen mit ADHS eine Dysfunktion dieser Fähigkeiten auf (Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone, & Pennington, 2005). In Anbetracht des heterogenen

Erscheinungsbildes der ADHS sollten andere Prozesse untersucht und in Modellen mit multiplen Faktoren integriert werden (Sonuga-Barke, 2005).

II.1.5 Behandlung

Die Behandlung des Kindes oder Jugendlichen mit ADHS sollte mehrere Ebenen umfassen: das Individuum, seine Familie und die Schule. Die Behandlungsformen, die sich empirisch als wirksam erwiesen haben, sind (1) die Behandlung mit Psychopharmaka, (2) die kognitive Verhaltenstherapie und (3) die Kombination beider Behandlungsformen (MTA Cooperative Group, 1999; Pelham, Gnagy, Greiner, Hoza, Hinshaw, Swanson, & Simpson et al., 2000).

Die kognitive Verhaltenstherapie umfasst Interventionen mit dem Kind/Jugendlichen und seinen Eltern und optimalerweise auch eine Beratung der Lehrer. Hierzu gibt es verschiedene manualisierte Behandlungsprogramme (z.B. Döpfner, Schürmann, Frölich, 1998; Lauth & Schlottke, 1997). Die Behandlung des Kindes vollzieht sich in individuellen oder Gruppensitzungen und vermittelt Techniken der Selbstkontrolle. Üblicherweise beginnt die Therapie mit einem psychoedukativen Baustein, bei dem Kenntnisse zur ADHS weitergegeben werden. Im Laufe der Behandlung lernt der Patient verschiedene Techniken kennen, wie Selbstinstruktion, Problemlösung, Selbstüberwachung und -evaluation, Planung und terminliche Festlegung von Aktivitäten und Registrierung dysfunktionaler Gedanken. Das Elterntaining umfasst ebenfalls die Psychoedukation, die Übermittlung verhaltensmodifizierender Techniken, die mit dem Kind angewandt werden sollen (wie z.B. die Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen anhand des Punktesystems), und Methoden der Problemlösung und Kommunikation (Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher, & Metevia, 2001; Knapp, Rohde, Lyszkowski, & Johannpeter, 2002). Außerdem werden ihnen die Techniken vorgestellt, die ihrem Kind gelehrt wurden, da die

Mitwirkung der Eltern von wesentlicher Bedeutung für die Anwendung der Techniken durch das Kind und somit auch für die Kontinuität der Behandlungseffekte ist. Studien belegen einen positiven Effekt des Elterntrainings im Sinne einer geminderten Stresswahrnehmung und einer Erhöhung des Selbstbewusstseins (Anastopoulos, Shelton, DuPaul, & Guevremont, 1993; Barkley, et al., 2001).

Die medikamentöse Behandlung der ADHS erfolgt meist mit Stimulanzien, unter denen das Methylphenidat am häufigsten Anwendung findet. Die Stimulanzien bewirken eine Erhöhung der Aufmerksamkeit und einen Rückgang der motorischen Unruhe für einen kurzen Zeitraum, weswegen die Medikation zwei bis drei Mal am Tag eingenommen werden sollte (Barkley, 2000a; Correia Filho & Pastura, 2003). Im Durchschnitt sprechen 70-80% der Kinder mit ADHS positiv auf das Methylphenidat an (Pelham et al., 2000). Weitere Medikationen stellen das Atomoxetin (ein selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer), trizyklische Antidepressiva und Alphaadrenerge Agonisten dar (Silva & Rohde, 2003).

Aufgrund der Schwierigkeiten, die Kinder und Jugendliche mit ADHS in der Schule aufweisen (den Unterricht stören, mit der Antwort herausplatzen, bevor die Frage zu Ende gestellt wird, nicht still sitzen bleiben können, die Aufgaben nicht beenden etc.) sollte eine intensive Zusammenarbeit mit den Lehrern erfolgen. Die Lehrer sollten über die ADHS aufgeklärt werden, und es sollten mit ihnen Strategien entwickelt werden, die es dem Kinde/ Jugendlichen ermöglichen, sich besser an die Anforderungen anzupassen, wie z.B. in der Nähe des Lehrers und fern von den Fenstern zu sitzen, der Einsatz positiver Verstärker (Lob, Belohnung), die Festlegung von Konsequenzen für das Nichterledigen einer Aufgabe, die Definition von Regeln, die Anwendung

kreativer Lehrstrategien (visuell, auditiv, etc.), Unterstützung beim Organisieren der Aufgaben etc. (Barkley, 2000a).

Wenn notwendig sollten nach individueller Notwendigkeit weitere Therapiebausteine ergänzt werden, wie psychomotorische Übungsbehandlungen, Sprachheilbehandlungen oder psychopädagogische Behandlungen (Steinhausen, 2000b).

II.2 ADHS UND DIE ROLLE DER FAMILIE

Wie bereits im Abschnitt zur Ätiologie der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung beschrieben, spielen Eigenschaften des Familiensystems eine wichtige Rolle bei Entwicklung, Aufrechterhaltung und Verlauf der Symptomatik (Johnston & Mash, 2001). In den letzten zwei Jahrzehnten wurden vermehrt Studien zur Untersuchung dieses Zusammenhangs durchgeführt. Die Interaktionen in Familien mit Kindern mit ADHS unterscheiden sich von derer anderer Familien, jedoch lässt das Querschnitt-Design der meisten Studien keine Aussagen über die Kausalitätsprozesse zwischen ADHS und Familienvariablen zu. Johnston & Mash (2001) stellen drei Pfade zur Konzeptualisierung dieses Zusammenhangs vor:

- (1) Familiäre Dysfunktion als Risikofaktor, der in Verbindung mit der Prädisposition des Kindes die Ausprägung und den Verlauf der Symptome verschärft.
- (2) Die Familie als protektiver Faktor, der Kindern mit biologischer Prädisposition die Entwicklung von Selbstregulation erleichtert und die ADHS-Symptome mindert oder sogar löscht.
- (3) Familienvariablen haben keinen Einfluss auf die ADHS-Symptomatik, sondern auf die Entwicklung komorbider Verhaltensprobleme (Oppositionelle Störung des Sozialverhaltens (ODD) und Störung des

Sozialverhaltens (SSV)). Das Verhalten des Kindes mit ADHS interagiert mit familiären Faktoren oder Erziehungspraktiken, die die Entwicklung von Verhaltensproblemen hervorrufen oder verhindern können. Die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung stellt somit ein Risiko- oder Vulnerabilitätsfaktor für Verhaltensprobleme dar.

Im Allgemeinen ist man sich darüber einig, dass reziproke Prozesse dem Verhalten des Kindes und der Eltern zugrunde liegen. Das heißt, man hat sich von der Idee einer einfachen linearen Kausalität verabschiedet, bei der z.B. die Eltern das Verhalten des Kindes verursachen. Vielmehr belegen Untersuchungen einen bidirektionalen Prozess der gegenseitigen Beeinflussung von Eltern und Kind (Maccoby, 1992).

In den folgenden Abschnitten sollen Forschungsergebnisse zu den Charakteristiken von Eltern von ADHS-Kindern und zu den Interaktionen dieser Familien vorgestellt werden.

II.2.1 Psychosoziales Wohlbefinden der Eltern von Kindern mit ADHS

Eltern von Kindern mit dem Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom beschreiben sich als unzufriedener und gestresster als Eltern von Kontrollkindern, erhalten weniger soziale Unterstützung und weisen eine geringere Lebensqualität auf (Bussing, Zima, Gary, Mason, Leon, Sinha, & Garvan, 2003; Cunningham, Bennes, & Siegel, 1988; Donenberg & Baker, 1993; Harrison, & Sofronoff, 2002; Lange, Sheerin, Carr, Dooley, Barton, Marshall, Mulligan, Lawlor, Belton, & Doyle, 2005; Woodward, Taylor, & Dowdney, 1998). Aufgrund der konfliktgeladenen Interaktionen mit dem ADHS-Kind und erfolglosen Disziplinierungsversuchen fühlen sie sich

inkompetent bezüglich ihrer Erziehungsfertigkeiten (Johnston, 1996) und repräsentieren ein geringeres Selbstwertgefühl. Sie nehmen einen negativen Einfluss des Verhaltens des ADHS-Kindes auf ihr Sozialleben wahr und empfinden mehr negative und weniger positive Gefühle bezüglich des Elternseins (Donenberg & Baker, 1993). Dabei hängt der erlebte Stress bedeutsam von den Kognitionen (wahrgenommene Kontrolle) der Eltern und die Intensität der Symptomatik des Kindes ab (Harrison & Sofronoff, 2002).

Zudem weisen Eltern von Kindern mit ADHS im Vergleich zu anderen Eltern eine erhöhte Prävalenz psychiatrischer Störungen auf. Bei den Müttern werden, unabhängig von einer komorbiden Oppositionellen Störung des Sozialverhaltens (ODD) oder Störung des Sozialverhaltens (SSV) des Kindes, häufiger affektive Störungen und Angststörungen festgestellt (Cunningham et al., 1988; Edwards, Barkley, Laneri, Fletcher, & Metevia, 2001; Nigg & Hinshaw, 1998). Diesen Zusammenhang findet man auch bei Müttern von Kindern, die noch keine Diagnose, aber ein höheres Risiko für ADHS oder ODD haben (Cunningham & Boyle, 2002). Barkley, Fischer, Edelbrock und Smallish (1990, 1991) verzeichneten in einer über einen Zeitraum von acht Jahren durchgeführten Längsschnittstudie bei den Vätern von Kindern mit ADHS mehr antisoziale Akte, Alkoholmissbrauch, Kontakte mit der Polizei und Festnahmen, wie auch eine höhere Prävalenz der Antisozialen Persönlichkeitsstörung (11% vs. 1,6%) als bei Vätern der Kontrollgruppe. Dieser Zusammenhang zeigte sich stärker bei Vätern von Kindern mit komorbider SSV. Im Gegensatz hierzu berichten andere Studien bei Eltern von Kindern mit reiner ADHS gar keine höhere Prävalenz psychiatrischer Störungen (Lahey, Piacentini, McBurnett, Stone, Hartolagen, & Hynd, 1988) oder lediglich eine erhöhte Prävalenz der ADHS (Chronis, Lahey, Pelham, Kipp, Baumann, & Lee, 2003; Kiliç & Şener, 2005) und verbinden andere Psychopathologien eher mit ADHS-ODD/SSV.

Zur Qualität der Ehe von Eltern hyperkinetischer Kinder finden sich widersprüchliche Ergebnisse. Während einige Autoren von einer beeinträchtigten Beziehungsqualität und vermehrten Paarkonflikten sprechen, zeigt eine Vielzahl von Studien, dass diese weniger mit ADHS als mit komorbider ODD und SSV zusammenhängen (Edwards, Barkley, Laneri, Fletcher, & Metevia, 2001; Keown & Woodward, 2002; Woodward et al., 1998).

Im Gegensatz zu der Annahme, ein gemindertem Wohlbefinden sei lediglich bei Präsenz einer komorbiden Oppositionellen Störung des Sozialverhaltens gegeben (Cunningham & Boyle, 2002), weisen Eltern von hyperkinetischen Kindern demnach im Vergleich zu Eltern von Kindern ohne psychiatrische Diagnose ein beeinträchtigtes psychologisches Wohlbefinden auf. Komorbide ODD-Symptome zeigen sich vielmehr als diesen Effekt verstärkend (Johnston, 1996).

II.2.2 Eltern-Kind-Interaktion in Familien mit Kindern mit ADHS

In Familien von Kindern mit ADHS wird gegenüber anderen Familien eine erhöhte Anzahl negativer, feindseliger Interaktionen und Konflikte beobachtet (Buhrmester, Camparo, Christensen, Gonzalez, & Hinshaw, 1992; Camparo, Christensen, Duane, & Hinshaw, 1994; Edwards et al., 2001; Fletcher, Fischer, Barkley, & Smallish, 1996; Gerdes, Hoza, & Pelham, 2003; Jacobvitz, Hazen, Curran, & Hitchens, 2004). Die Konflikte kennzeichnen sich durch mehr Streitpunkte, ein höheres Ärgerniveau, negative Kommunikation und die häufigere Anwendung aggressiver Konflikttaktiken (Edwards et al., 2001; Saile, Röding, & Friedrich-Löffler, 1999). Kinder mit ADHS verhalten sich häufig abwertend, impulsiv, unaufmerksam und ungehorsam (Trautmann-Villalba,

Gerhold, Polowczyk, Dinter-Jörg, Laucht, Esser, & Schmidt, 2001). Ihre Eltern verhalten sich restriktiv, abwertend, weniger angemessen in ihrem Steuerungsverhalten, sie kontrollieren oder erzwingen und wenden häufiger dysfunktionale Erziehungspraktiken an, die von den Autoren als autoritär/autokratisch, gleichgültig/losgelöst, permissiv/nachgiebig, negativ/reaktiv, aggressiv bezeichnet werden (Hechtman, 1996; Johnston, 1996; Keown & Woodward, 2002; Lange et al., 2005; Lindahl, 1998; Saile, Röding, & Friedrich-Löffler, 1999; Woodward et al., 1998;). Das hyperkinetische Kind nimmt eine negativ geprägte Sonderstellung in der Familie ein, im Sinne einer negativen Hervorhebung durch seine Andersartigkeit, und weist im Vergleich zu anderen Kindern ein negativeres Selbstkonzept auf (Käppler, 2005).

In den letzten Jahren wird vermehrt betont, problematische familiäre Interaktionen würden stärker mit komorbiden Symptomen von ODD und SSV zusammenhängen als mit der ADHS-Symptomatik des Kindes (Edwards, Barkley, Laneri, Fletcher, & Metevia, 2001; Johnston, Murray, Hinshaw, Pelham, & Hoza, 2002; Kashdan, Jacob, Pelham, Lang, Hoza, Blumenthal, & Gnagy, 2004; Satake, Yamashita, & Yoshida, 2004). Jedoch belegen zahlreiche Befunde ebenfalls den Zusammenhang zwischen ADHS und dysfunktionalen Familienvariablen (Baker, Heller, & Henker, 2000; Keown & Woodward, 2002; Lindahl, 1998; Peris & Hinshaw, 2003; Trautmann-Villalba et al., 2001; Woodward et al., 1998).

Im Sinne des Reziprozitätskonzeptes (Maccoby, 1992) weisen Studien zu den Interaktionen von Familien mit hyperkinetischen Kindern sowohl einen Einfluss des Kindes auf das Verhalten der Eltern, als auch einen Einfluss der Eltern auf das Verhalten des Kindes nach. Das heißt einerseits, dass das Verhalten des Kindes, das von exzessiver motorischer Unruhe, Unaufmerksamkeit und Impulsivität geprägt ist, negative Reaktionen auf Seiten der Eltern auslösen

kann. Andererseits hat jedoch auch das Verhalten der Eltern (starke Kontrolle, Feindseligkeit etc.) Einfluss auf das Verhalten des Kindes (Trautmann-Villalba et al., 2001).

Erziehungsverhalten der Eltern wie Lob, Führung, motivationsfördernde Strategien, wechselseitiges aufeinander eingehen und fehlende erzwingende Kontrolle korrelieren negativ mit externalisierendem Verhalten des Kindes (Deater-Deackard & Petrill, 2004; Denham, Workman, Cole, Weissbrod, Kendziora, & Zahn-Waxler, 2000; Rothbaum & Weisz, 1994). Rothbaum & Weisz (1994) schlussfolgern aus ihrer Metaanalyse, dass diese Variablen möglicherweise einen gemeinsamen Faktor repräsentieren, nämlich Akzeptanz/ Reziprozität. Bei Kindern mit ADHS wurde eine Beziehung nachgewiesen zwischen Negativität der Eltern und Ungehorsam und Diebstahl der Söhne (Anderson, Hinshaw, & Simmel, 1994). Ebenso wurde ein Zusammenhang zwischen offenem antisozialem Verhalten (Ungehorsam, Aggression) des Kindes und Charakteristiken der Mütter wie Depression und Angststörung, erhöhter Neurotizismus, gesteigerte soziale Verträglichkeit und geminderte Gewissenhaftigkeit ermittelt. Verdecktes antisoziales Verhalten des Kindes hingegen hing mit Substanzmissbrauch und -abhängigkeit und größerer Offenheit des Vaters zusammen (Nigg & Hinshaw, 1998). Während Nigg & Hinshaw (1998) die Väter von Jungen mit ADHS und komorbider ODD/SSV anhand der Big Five als weniger sozial verträglich und neurotischer beschreiben, wurde kein spezifisches Persönlichkeitsmuster für die Mütter von Kindern mit ADHS gefunden (Lahey, Russo, Walker, & Piacentini, 1989).

Von besonderer Bedeutung hierzu sind Längsschnittstudien, die ebenfalls den Beitrag von Elternvariablen wie Ablehnung, Zwangsausübung, Feindseligkeit und inadäquate Rollenausführung für die Entwicklung von ADHS-Symptomen aufzeigen (Jacobvitz et al., 2004; Jacobvitz & Sroufe, 1987; Morrell & Murray, 2003). Bemerkenswert ist, dass einige Studien bei Jungen einen größeren

Zusammenhang zwischen externalisierendem Verhalten und Erziehungsverhalten der Eltern erfassen als bei Mädchen (Jacobvitz et al., 2004; Morrell & Murray, 2003; Rothbaum & Weisz, 1994).

Ebenso lassen Studien darauf schließen, dass das Verhalten des Kindes das Verhalten der Eltern beeinflusst. Nach Behandlung des Kindes geht mit der Symptomreduktion ein positiveres Verhalten der Eltern einher, auch wenn kein Elterntaining durchgeführt, sondern lediglich Medikation verabreicht wurde (Barkley, Karlsson, & Pollard, 1985; Barkley, Karlsson, Pollard, & Murphy, 1985). Dies zeigt sich z.B. im Rückgang negativer/ineffektiver Disziplinierungsmethoden aus Sicht der Eltern (Wells, Epstein, Hinshaw, Conners, Klaric, Abikoff, Abramovitz, Arnold, Elliott, Greenhill, Hechtman, Hoza, Jensen, March, Pelham, Pfiffner, Severe, Swanson, Vitiello, & Wigal, 2000).

Im Sinne des Zwangskreislaufs (*coercive cycle*) von Patterson (1982, 1989), wird eine Bidirektionalität des Eltern-Kind-Verhaltens beobachtet. Demnach lernen Eltern und Kinder, sich durch einen Prozess wechselseitiger negativer Verstärkung unter Druck zu setzen. Das Kind erzwingt durch ungehorsames und aggressives Verhalten, dass seine Eltern nachgeben und ein inkonsequentes Erziehungsverhalten zeigen; die Eltern wiederum erzwingen durch Drohung und Bestrafung, dass das Kind nachgibt. Dieser eskalierende Kreislaufprozess führt zur Intensivierung und Aufrechterhaltung des negativen Verhaltens zwischen Eltern und Kindern.

Diesem Zwangskreislauf entsprechend reagieren Eltern von ADHS-Kindern auf das negative Verhalten ihrer Kinder häufig ebenfalls negativ, während Mütter von Kindern ohne ADHS öfter unabhängig vom negativen Verhalten des Kindes positiv reagieren. Neben dem problematischen Verhalten des Kindes könnten hier folglich auch andere Variablen eine Rolle spielen, wie das persönliche

Wohlbefinden der Mutter (Ehekonflikte, Depression, interpersonale Feindseligkeiten, Psychopathologie) (Dumas, 1986; Patterson, 1982).

Eine einflussreiche Rolle spielen außerdem die Attributionen der Eltern, d.h., ob sie das Verhalten des Kindes als external/internal, kontrollierbar/unkontrollierbar und stabil/instabil interpretieren. Die Attributionen der Eltern mediiieren die Beziehung zwischen Kindverhalten und Elternreaktion, und die Assoziationen von Kindverhalten, Attribution der Eltern und Elternreaktion werden von den Erfahrungen der Eltern und Kindern mit disruptivem Verhaltensproblemen moderiert (Johnston & Ohan, 2005). Andere Variablen wie Kognitionen der Mütter, Coping und Unterstützung durch den Partner korrelieren ebenfalls mit erlebtem Stress (Baker et al., 2000; Harrison & Sofronoff, 2002).

Ansätze, die die *Expressed Emotions* untersuchten, fanden einen Zusammenhang von externalisierendem Verhalten des Kindes und mehr Kritik und Emotionalem Overinvolvement auf Seiten der Eltern (Baker et al., 2000; Peris & Hinshaw, 2003). Außerdem beschrieben sich die Mütter als weniger warmherzig, und Mütter und Väter empfanden, dass sie mehr Zwang ausüben als Eltern von Jungen ohne ADHS (Gerdes et al., 2003). Im Vergleich dazu beschreiben die Söhne eine positivere Eltern-Kind-Interaktion als ihre Mütter (warmherziger und weniger Zwang ausübend).

Eltern von ADHS-Kindern zeigen ein permissiveres/nachgiebigeres Erziehungsverhalten und ein inadäquateres Coping (Fähigkeit, das Verhalten des Kindes vorauszuahnen und zu vermeiden). Zudem kommunizieren die Väter weniger mit dem Kind und die Mütter haben mehr Schwierigkeiten, auf ihr Kind einzugehen, sind weniger mit dem Kind verbunden und teilen weniger Affekte (Mutter-Kind-Synkronität) (Keown & Woodward, 2002; Woodward et al., 1998).

Johnston et al. (2002) hingegen fanden, dass die Fähigkeit der Mutter, auf die Bedürfnisse ihres Sohnes einzugehen, negativ mit Verhaltensproblemen des Kindes, jedoch nicht mit ADHS-Symptomen assoziiert ist. Ebenso belegen Kashdan et al. (2004) einen Zusammenhang von geringerer emotionaler Wärme, Aufdringlichkeit und sozialem Stress mit ODD-, jedoch nicht mit ADHS-Symptomen.

Es sprechen demnach einige Studien für einen Zusammenhang der Qualität der Familienbeziehungen zu ADHS, andere wiederum für einen Zusammenhang zu ODD und SSV. Lindahl (1998) fand zwei Variablen, die 93% der Gruppenzugehörigkeit von Kindern mit ADHS, mit ODD, mit ADHS/ODD und ohne psychische Störung erklären: a) kontrollierende, ablehnende, erzwingende und direktive Eltern-Kind-Interaktion und b) kohäsive, konsistente und harmonische Familie-, Paar- und Eltern-Kind-Interaktionen. Demnach zeigen alle drei klinischen Gruppen ähnlich hohe Werte in der ersten Dimension und unterscheiden sich lediglich im Ausmaß der Kohäsion, Konsistenz und Harmonie. Interessanterweise unterscheiden sich die Familien mit ADHS-Kindern nicht von der Kontrollgruppe bezüglich Kohäsion, Konsistenz und Harmonie, allerdings hinsichtlich der negativen Eltern-Kind-Interaktionen.

Dieses Ergebnis könnte die widersprüchlichen Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs von Familienvariablen zu ADHS oder ODD/SSV erklären.

Insgesamt wird die Beziehungsstruktur der Familien mit Kindern mit ADHS in vielen Studien als dysfunktional klassifiziert. In Anlehnung an Minuchins struktureller Familiensystemtheorie zeigten Jacobvitz et al. (2004) in einer Längsschnittstudie einen Zusammenhang zwischen diffusen und rigiden interpersonellen Grenzen innerhalb der Familie und Symptomen von Angst, Depression, ADHS und somatischen Beschwerden bei den Kindern fünf Jahre später. Während Jungen aus Familien mit starker Involviertheit häufiger ADHS-Symptome entwickelten, wiesen Mädchen häufiger Depressionssymptome auf.

Dieser Zusammenhang zwischen unklaren interpersonellen Grenzen (zu starke Intimität oder Parentifizierung des Kindes) und Symptomen von ADHS war zuvor bereits von Jacobvitz und Sroufe (1987) berichtet worden.

Außerdem beschreiben Eltern hyperkinetischer Kinder mit dem Family Assessment Device (FAD, Epstein, Baldwin & Bishop, 1983) mehr Probleme in den Dimensionen Kommunikation, Rollenumsetzung, Emotionalität, affektive Beziehungsaufnahme, Verhaltenskontrolle und Problemlösung als Eltern von Kindern ohne ADHS (Kiliç & Şener, 2005; Kaplan, Crawford, Fisher, & Dewey, 1998; Lange et al., 2005). Andererseits fanden Cunningham, Bennes und Siegel (1988) mit dem FAD keine Unterschiede zwischen Familien mit und ohne Kinder mit ADHS und Cunningham und Boyle (2002) berichten über einen stärkeren Zusammenhang von familiärer Dysfunktion (FAD) mit der Oppositionellen Störung des Sozialverhaltens als mit ADHS.

II.2.3 Geschwisterbeziehungen von Kindern mit ADHS

Trotz der Schwierigkeit hyperkinetischer Kinder, mit anderen Kindern umzugehen und Freundschaften zu schließen (Blachman & Hinshaw, 2002), wurde bei den zahlreichen Untersuchungen der familiären Interaktion dieser Kinder bislang kaum das Augenmerk speziell auf die Geschwisterbeziehung gerichtet. In einer qualitativen Studie von Kendall (1999) wird die Geschwisterbeziehung aus Sicht der Geschwister von Kindern mit ADHS veranschaulicht. Demnach wird die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung des Geschwisters von den anderen Geschwistern als das bedeutendste Problem der Familie eingeschätzt. Sie beschreiben das Familienleben als chaotisch, konfliktgeladen und anstrengend. Die meiste Energie würde eingesetzt, um mit den Problemen des ADHS-Kindes zurecht zu kommen. Kinder mit ADHS selbst sind jedoch der Meinung, ihr größtes Problem seien andere Personen wie Eltern, Geschwister, Lehrer und andere

Kinder. Die Autoren differenzieren drei Auswirkungsweisen des Verhaltens des hyperkinetischen Kindes auf die Geschwister: a) die Geschwister fühlen sich als Opfer von physischer und verbaler Aggression, Manipulation und Kontrolle. Die Eltern minimieren den Ernst der Lage und sind häufig zu erschöpft und überwältigt um einzugreifen; b) die Eltern stellen an das unproblematische Geschwister den Anspruch, das ADHS-Kind zu beschützen und darauf aufzupassen; c) viele Geschwister fühlen Sorge und Verlust, sind ängstlich und traurig. Sie machen sich Sorgen darüber, die Familie könne nie normal werden, sie könnten keine normale Kindheit erleben, wie auch keine ruhigen Zeiten, glückliche Familienmomente, Privatsphäre und eine Identität ohne Assoziierung als Geschwister eines ADHS-Kindes. Von den 13 untersuchten Geschwistern fühlten sich 10 ernsthaft und negativ vom hyperkinetischen Geschwister beeinflusst. Sieben erfüllten die DSM-IV Kriterien für eine Depression oder Angststörung, wobei vier Geschwister bereits Antidepressiva einnahmen. Die Schlussfolgerungen einer qualitativen Studie mit einer kleinen Stichprobe sind mit Bedacht zu interpretieren, jedoch liefert die Studie eine deutliche Beschreibung der zahlreichen Probleme und aufgetragenen Aufgaben der Geschwister von hyperkinetischen Kindern und zeigt die Notwendigkeit einer weiteren Erforschung dieses Themas.

Faraone, Biederman, Mennin, Gershon, und Tsuang (1996) beobachteten ebenfalls bei einer Untersuchung der Geschwister hyperkinetischer Kinder über einen Zeitraum von vier Jahren ein größeres Risiko für die Entwicklung von Verhaltens-, Affekt- und Angststörungen. Außerdem fanden sie bei diesen Kindern eine hohe Rate von Schulproblemen, wie auch neuropsychologische und psychosoziale Beeinträchtigungen.

Diese Ergebnisse belegen, dass Geschwister von Kindern mit ADHS ebenfalls ein höheres Risiko für die Entwicklung psychologischer Probleme aufweisen und bei der Behandlung berücksichtigt werden sollten.

II.2.4 Wirkung der Behandlung der ADHS auf die Familienbeziehungen

Angesichts der problematischen Familienbeziehungen von Kindern mit ADHS stellt die Reduktion negativer Interaktionen ein wichtiges Behandlungsziel dar. Frühere Forschung hat gezeigt, dass verschiedene Behandlungsansätze (medikamentöse, verhaltenstherapeutische, kombinierte Behandlung und Familientherapie) einen positiven Einfluss auf die Eltern-Kind-Beziehung von Kindern mit ADHS ausüben. Beim Vergleich der Behandlungsgruppen wurden lediglich geringe oder keine Effektunterschiede gefunden. Zum Beispiel beobachteten Barkley, Karlsson, Pollard, und Murphy (1985), dass die Eltern sich dem Kind mit ADHS gegenüber positiver verhielten nachdem die Symptomatik des Kindes mit einer medikamentösen Behandlung reduziert wurde. In der MTA-Studie (*Multimodal Treatment Study for Children with ADHD*) wurde von einer signifikanten Abnahme negativer/ineffektiver Erziehungsmethoden auf Seiten der Eltern von Kindern mit ADHS berichtet nachdem die Kinder entweder eine medikamentöse, verhaltenstherapeutische oder kombinierte Behandlung erhielten (Wells et al., 2000). Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher, und Metevia (2001) verzeichneten in einer Konfliktsituation bei Familien, die an zwei verschiedenen familientherapeutischen Behandlungsansätzen teilnahmen, eine Zunahme positiven und eine Abnahme negativen Verhaltens der Mütter dem Kinde mit ADHS gegenüber.

Die meisten Studien untersuchten die Familienbeziehungen aus Perspektive der Eltern anhand von Fragebögen oder aus Perspektive unabhängiger Beobachter, die die Familien in verschiedenen Aufgabensituationen beobachteten. Nur wenige Studien berücksichtigten die Sicht des Kindes und noch weniger Studien verwendeten kindgerechte Instrumente (z.B. Käppler, 2005). Käppler (2005) untersuchte das Selbstkonzept und die Identifikationsmuster von Kindern mit ADHS im Verlauf der Behandlung, die eine intensive Arbeit mit den Eltern

beinhaltete. Nach achtzehn Monaten wurde eine Zunahme der Selbstkongruenz und der wahrgenommenen Ähnlichkeit mit den Eltern und Geschwistern entdeckt, wobei das Niveau der Vorbildfunktion der Eltern jedoch konstant blieb (Käppler, 2005; Baumeister, 2002; Weisenhorn, 2000).

In diesem Kapitel wurden Forschungsergebnisse zu den Familienbeziehungen von Kindern mit ADHS vorgestellt. Es wurde gezeigt, dass der Großteil der Studien problematische Eltern-Kind- und Geschwisterinteraktionen anführt. Die Interaktionen werden durch mehr Negativität und Konflikte gekennzeichnet als in anderen Familien und die Eltern von Kindern mit ADHS zeigen sich unzufriedener bezüglich der Elternrolle. In den folgenden Abschnitten soll in einem übergreifenden Sinne auf den Begriff der Familie, auf die Eigenschaften des Familiensystems und auf die Beziehungsdimensionen eingegangen werden, die im Wesentlichen die Familienstruktur operationalisieren.

II.3 DIE FAMILIE: DEFINITION UND FUNKTION

Die Familie ist ein uns vertrautes System; für die meisten Personen stellt sie das primäre Beziehungssystem dar und alle Individuen stammen aus einer Familie – bekannt oder unbekannt – oder treffen zumindest im Alltag auf sie. Dennoch fällt es uns heutzutage schwer, eine allumfassende Definition der Familie zu formulieren und die Faktoren zu bestimmen, die sie als eine besondere Gruppe von anderen sozialen Gruppen differenzieren.

Dies wird vor allem durch die Pluralisierung erschwert, die die Institution Familie im Zuge der fortlaufenden Entwicklung unserer Gesellschaft und der Lebensbedingungen erfahren hat. Als Folge von Individualisierungsprozessen, verbesserten ökonomischen Grundlagen, sozialstaatlicher Absicherungssysteme etc. werden verschiedene familiäre Lebensformen ermöglicht und favorisiert, so dass der traditionelle Familienbegriff neu definiert, ausgeweitet und alternative

Familienformen berücksichtigt werden müssen (Nave-Herz, 2000). Heute stellen nur ca. 1/3 aller Haushalte in Deutschland „Familienhaushalte“ dar, die sich aus Eltern-Kind, Mutter-Kind oder Vater-Kind zusammensetzen (Nave-Herz, 2000). Aufgrund der höheren Lebenswahrscheinlichkeit ist die Mehrgenerationenfamilie – wenn auch nicht zusammen wohnend, aber miteinander in Beziehung stehend – heute verbreiteter als früher (Nave-Herz, 2001).

Eine Übersicht über das weite Spektrum heute vorherrschender alternativer familiärer Lebensformen gibt Macklin (1980) durch die Gegenüberstellung traditioneller und nicht-traditioneller Lebensformen (siehe Tabelle 3). Dabei können Elemente nicht-traditioneller Lebensformen (siehe rechte Spalte) untereinander und/oder mit traditionellen Elementen kombiniert weitere Lebensformen bilden.

Tabelle 3: Gegenüberstellung traditioneller Kennzeichen der Familie und ihrer ‚nicht-traditionellen‘ Alternativen (Macklin, 1980; in Schneewind, 1999, S.18)

Traditionelle Perspektive	Nicht-traditionelle Perspektive
Legal verheiratet	Singles; nicht-eheliche Lebensgemeinschaft
Mit Kindern	Bewusste Kinderlosigkeit
Zwei Elternteile	Ein-Eltern(teil)-Familie (ledig/ früher verheiratet)
Permanenz der Ehe	Scheidung, Wiederverheiratung (binukleare Familien, mit oder ohne gemeinsames Sorgerecht, Stieffamilien)
Mann als primärer Verdiener	Androgyne Ehe (einschl. ‚offene Ehe‘, Partner-tausch)
Sexuelle Exklusivität	Außereheliche Beziehungen (z.B. sexuell offene Ehe, Partnertausch)
Heterosexualität	Gleichgeschlechtliche intime Beziehungen
Zwei-Erwachsenen-Haushalt	Multi-Erwachsenen-Haushalt (z.B. erweiterte Familien, Kommunen, Wohngemeinschaften)

Aus politischer Perspektive wird die Familie im fünften Familienbericht (Bundesministerium für Familien und Senioren, 1994, S.23) „unabhängig von räumlicher und zeitlicher Zusammengehörigkeit als Folge von Generationen [verstanden], die biologisch, sozial und/oder rechtlich miteinander verbunden sind [...] Konstitutiv für den Familienbegriff ist die biologisch-soziale und auch rechtlich bestimmte Kernfamilienstruktur, nämlich das Vater-Mutter-Kind-Verhältnis“. In der Psychologie gibt es hierzu eine Vielzahl von Definitionen und Perspektiven. Schneewind (1999) beschreibt Familien als intime Beziehungssysteme, die entstehen, wenn Personen wiederholt miteinander interagieren. Dabei wird diese Interaktion beeinflusst durch die persönlichen

Beziehungserfahrungen jeder teilnehmenden Person und formt gleichzeitig wiederum eine gemeinsame Beziehungsgeschichte aller Interagierenden. Durch den Aufbau einer solchen gemeinsamen Beziehungsgeschichte wird aus einem Interaktionssystem ein Beziehungssystem, das sich durch vier Kriterien von anderen sozialen Beziehungssystemen unterscheidet: Abgrenzung, Privatheit, Dauerhaftigkeit und Nähe.

Obwohl diese Definition von Familie zwar offen ist für nicht-traditionelle familiäre Lebensformen, bleibt die Abgrenzung zu anderen Beziehungsformen, wie z.B. langfristigen Freundschaften, dennoch ungelöst (Schneewind, 1999). Die Definition eines allumfassenden und von anderen sozialen Gruppen abgrenzenden Familienbegriffs stellt somit eine schwierige Aufgabe dar, die allenfalls annähernd erfolgen kann.

Ungeachtet der familialen Lebensform, spielt die Familie als primäres Sozialisierungssystem eine bedeutende Rolle unter anderem für die Persönlichkeitsentwicklung, Vermittlung sozialer Regeln, für das psychische Wohlbefinden und die Identität ihrer Mitglieder. Als Hauptfunktionen der Familie können (1) die Reproduktionsfunktion, (2) die Existenzsicherungs- und Produktionsfunktion, (3) die Regenerationsfunktion, (4) die Sozialisations- und Erziehungsfunktion und (5) die Platzierungsfunktion (Beruf und Bildung) genannt werden (Goode, 1967, und Neidhardt, 1979, zitiert in Schneewind, 1999).

II.4 DIE SYSTEMISCHE SICHT DER FAMILIE

Die systemische Perspektive der Familie hat ihren Ursprung in naturwissenschaftlichen Disziplinen wie der Biologie, Chemie und Physik (Synergetik und Chaostheorie). Nachdem in den 50er Jahren die ersten Ansätze der Familientherapie entstanden, wuchs das Interesse daran, wie Menschen in

sozialen Systemen gemeinsam ihre Wirklichkeit erzeugen und welche Prämissen ihrem Denken und Erleben zugrunde liegen (Schlippe & Schweitzer, 2002).

Folgende Kernaspekte kennzeichnen unter anderem die Familiensystemtheorie (Minuchin, 1985):

(1) Jedes System stellt eine organisierte Einheit dar und die Elemente innerhalb des Systems sind notwendigerweise voneinander abhängig. Die Beobachtung einer Person außerhalb ihres Kontextes erzeugt fragmentierte und invalide Daten. Die Familie wird als ein besonders wichtiges soziales System zum Verständnis der menschlichen Verhaltensweisen und Veränderungen angesehen.

(2) Die Muster eines Systems sind eher zirkulär als linear. Die Annahme einer linearen Kausalität, bei der einer Person die Schuld für den Zustand einer anderen Person zugewiesen wird, wird ersetzt durch die Sichtweise, dass eine Interaktion aus spiralförmigen Feedbackschleifen, besteht in der sich Personen gegenseitig beeinflussen. Die kleinste Beobachtungseinheit stellt nicht mehr das Individuum, sondern eine Interaktionssequenz zwischen Individuen dar.

(3) Systeme haben homöostatische Merkmale, welche die Stabilität ihrer Muster aufrechterhalten. Verhaltensweisen, die vom erwarteten Verhaltensmuster der Familie abweichen, werden durch korrigierende Feedbackschleifen kontrolliert, die das familiäre Gleichgewicht wiederherstellen. Dieser Prozess stellt einen Teil der familiären Selbstregulation dar und passt sich in der Regel an veränderte Bedingungen an.

(4) Evolution und Veränderung stellen Merkmale offener Systeme dar. Die Familie muss bei Veränderungen im Familienlebenszyklus (z. B. Geburt eines Kindes, Tod eines Familienmitglieds) oder anderen veränderten Umständen dazu fähig sein, sich an die neuen Bedingungen anzupassen. Das Gleichgewicht der Familie wird gestört, bis diese durch Anpassungsprozesse einen neuen, meist komplexeren Gleichgewichtszustand erreicht.

(5) Komplexe Systeme bestehen aus Subsystemen. Jedes Familienmitglied stellt ein Subsystem dar und ist Teil verschiedener Subsysteme, wie z.B. des Eltern-, Vater-Kinder, Mutter-Kinder oder Geschwistersubsystems.

(6) Die Subsysteme innerhalb eines größeren Systems werden durch Grenzen voneinander getrennt, und die Interaktionen über die Grenzen hinweg werden durch implizite Regeln und Muster bestimmt. Diese Regeln werden von den Mitgliedern der Subsysteme aufrechterhalten und entwickelt und sollten sich an veränderte Entwicklungs- und Außenfaktoren anpassen.

Innerhalb dieser systemischen Perspektive wurden verschiedene systemtherapeutische Modelle entwickelt, die den Schwerpunkt auf unterschiedliche Aspekte des Familiensystems legen und auf unterschiedlichen theoretischen Fundamenten basieren (zu einer Übersicht siehe Schlippe & Schweitzer, 2002 und Schneewind, 1999). Im Folgenden soll auf die strukturelle Familiensystemtheorie näher eingegangen werden.

II.5 DIE STRUKTURELLE FAMILIENSYSTEMTHEORIE

Nach der Definition der Familie stellt sich die Frage, wie Familienbeziehungen beschrieben werden können, welche Variablen ihre Beziehungsstruktur operationalisieren und im Wesentlichen ihr Funktionsniveau bestimmen.

Minuchin (1997) beschäftigte sich intensiv mit der Struktur von Familien und teilte ihr eine wichtige Rolle für ihre Funktionalität zu. Die von ihm entwickelte strukturelle Familientheorie versteht den Menschen als ein Teilelement seiner Umgebung, die Einfluss auf ihn nimmt, und die er wiederum durch sein eigenes Verhalten beeinflusst. Der Mensch wird demnach nicht als Individuum isoliert betrachtet, sondern im Rahmen seines sozialen Kontextes, mit dem er ständig in Interaktion steht. Möchte man das Verhalten oder Erleben einer Person verstehen und verändern, ist es somit wichtig, sich nicht allein auf sie zu

konzentrieren, sondern ihr Familiensystem mit einzubeziehen und dessen Struktur zu analysieren. Demnach „ergibt sich die Familienstruktur aus den unsichtbaren funktionalen Forderungen, die in ihrer Gesamtheit die Art der Interaktionen der Familienmitglieder organisieren“ (Minuchin, 1997, S. 67).

Die Erwartungen der Familienmitglieder bezüglich des Verhaltens und der Rolle, die jedes Mitglied in der Familie einnehmen sollte, kreieren ein Netzwerk von sich fortlaufend wiederholenden Verhaltensmustern, die das System aufrechterhalten. Diese transaktionalen Muster lassen sich im Familiensystem als Ganzes wie auch in seinen Subsystemen beobachten, die in Abhängigkeit ihrer Personenzusammensetzung eine eigenständige Dynamik entwickeln. Es lassen sich verschiedene Subsysteme unterscheiden, abhängig von Generation, Geschlecht, Interessen oder Funktionen, wie z.B. das Eltern-Subsystem, Geschwister-Subsystem etc. Jedes Familienmitglied gehört mehreren Subsystemen an. Diese Subsysteme werden durch Regeln voneinander abgegrenzt, die bestimmen, wer welchem Subsystem angehört und welche Rolle die Person darin einzunehmen hat. Diese Grenzen können von diffus bis sehr starr sein, wobei die Grenzen nach Minuchin (1997) klar sein sollten – dies entspricht der Mitte des Kontinuums – , damit die Familie adäquat funktionieren kann, bzw. damit die Mitglieder der jeweiligen Subsysteme einen abgegrenzten Raum haben, um sich gemäß ihrer Rollen und Aufgaben entwickeln und dennoch mit den Mitgliedern anderer Subsysteme im Austausch stehen zu können. Die Qualität dieser Subsystemgrenzen wie auch der Grenzen zwischen den Familien und ihrem Umfeld charakterisieren die Familienstruktur. Minuchin bezeichnet Familien mit diffusen Grenzen als verstrickt (*enmeshed*), da die Mitglieder sehr miteinander involviert sind, und jene mit starren Grenzen als losgelöst (*disengaged*), da die Mitglieder wenig miteinander interagieren. Beide Strukturformen verhindern die Individuation, d.h. die individuelle Entwicklung jedes Mitglieds zu einer eigenständigen Persönlichkeit, in einer sicheren und

Halt gebenden Umgebung und im Austausch mit den Normen, Werten und Erfahrungen der Familie.

II.6 FAMILIENSTRUKTUR: KOHÄSION UND HIERARCHIE

Nachdem im vorherigen Abschnitt die strukturelle Familiensystemtheorie vorgestellt wurde, soll in diesem Abschnitt auf die Dimensionen Kohäsion und Hierarchie zur Operationalisierung dieser Konzepte eingegangen werden.

In diesem Zusammenhang kommt Wood (1985; Wood & Talmon, 1983) eine zentrale Rolle zu, die sich mit Minuchins Konzept der Grenzen befasste und mit der Frage, wie die Qualität dieser Grenzen gemessen werden könnte, bzw. welche Charakteristiken des Familiensystems die Qualität der Grenzen bestimmen. Weiterhin entwickelte sie Minuchins Theorie weiter und argumentierte, diffuse Grenzen würden nicht nur als Folge unklarer Regeln entstehen, sondern auch durch exzessives Zusammensein (*togetherness*) der Familienmitglieder und dem damit verbundenen Mangel an Autonomie der einzelnen Individuen.

Wood (1985; Wood & Talmon, 1983) unterschied zwischen ‚interpersonellen Grenzen‘ und ‚Subsystemgrenzen‘ und differenzierte zwischen einem physischen und einem logischen Konzept von Grenzen.

Das logische Konzept der Grenzen bezieht sich auf die Subsystemgrenzen und geht davon aus, dass sich die Subsysteme durch unterschiedliche Verhaltensmuster voneinander unterscheiden. Diese Verhaltensmuster werden durch die Generation der Mitglieder (Vater-Kind) und ihren damit verbundenen sozialen Rollen/Aufgaben bestimmt. Dabei sollte zwischen Familienmitgliedern unterschiedlicher Generationen eine Hierarchie bestehen, die auf normativen Erwartungen basiert, wie z.B., dass die Eltern für ihre Kinder sorgen sollten. Weicht das Verhalten einer Familie von diesen normativen Mustern ab, bilden sich untypische Familienstrukturen wie Hierarchieumkehrungen (in diesem

Fälle haben die Kinder genau so viel oder mehr Macht als ihre Eltern) und Koalitionen (Bündnisse zwischen einem Elternteil mit einem oder mehreren Kindern).

Zur Beschreibung der Generationenhierarchie zieht Wood (1985) fünf Kategorien heran: 1. Versorgung (*Nurturance*) – Schutz und Verantwortung tragen für das Wohlergehen der Kinder, 2. Kontrolle (*Control*) – Regeln aufstellen und Grenzen setzen, 3. Allianzen (*Alliances*) – engeres Bündnis eines Elternteils zu einem oder mehreren Kindern als zum Partner, 4. Koalitionen (*Coalitions*) – Verbündung eines oder mehrerer Kinder mit einem Elternteil gegen das andere Elternteil, 5. Freundschaft mit Gleichaltrigen (*Peers*).

Das physische Konzept befasst sich mit den interpersonellen Grenzen und dem Austausch von Material, Energie und Informationen, d.h. das Teilen persönlicher Erlebnisse, zwischen den Familienmitgliedern. Das Ausmaß des Austausches bestimmt die Durchlässigkeit der Grenzen und somit die Nähe (*proximity*) der Familienmitglieder (Wood, 1985; Wood & Talmon, 1983). Zur Operationalisierung der Dimension ‚Nähe‘ zog Wood Goffmans ‚*concept of territory*‘ (Goffman, 1971, zitiert in Wood & Talmon, 1983 und Wood, 1985) heran. Dieses Konzept beschreibt Beziehungen anhand von acht Territorien, über die jede Person verfügt und kontrolliert. Beziehungen gestalten sich danach, inwieweit eine Person diese Territorien mit anderen Mitmenschen teilt. Wood (1985; Wood & Talmon, 1983) wandelte dieses Konzept zur Operationalisierung von Nähe um und definierte sechs Territorien, die Familienmitglieder mehr oder weniger miteinander teilen können: 1. Kontaktzeit (*Contact Time*) – die Zeit, die Familienmitglieder miteinander verbringen und was sie dabei tun, 2. Persönlicher Raum (*Personal Space*) – Körpernähe/ -kontakt, 3. Emotionaler Raum (*Emotional Space*) – die Qualität und Quantität geteilter Gefühle, 4. Informationsraum (*Information Space*) – das Ausmaß des Informationsaustausches, 5. Gesprächsraum (*Conversation Space*) – das Führen

privater Gespräche in Abwesenheit anderer Familienmitglieder, 6. Entscheidungsraum (*Decision Space*) – das Ausmaß, in dem Entscheidungen von der ganzen Familie, von Subsystemen oder von einzelnen Personen getroffen werden.

In einer von Wood in den USA durchgeführten Studie konnten sich die Variablen ‚Hierarchie‘ und ‚Nähe‘ als reliable, valide und voneinander unabhängige Dimensionen zur Beschreibung von Familienstrukturen erweisen (Wood, 1985). Wie Fisek (1991) jedoch bei einer Replizierung der Studie in der Türkei zeigte, ist deren Verwendbarkeit vom kulturellen Kontext abhängig. Hierarchie konnte sich hier nicht als valide Dimension bestätigen, da normative Erwartungen hinsichtlich des Verhaltens einer Familie die tatsächlich gegebenen hierarchischen Strukturen türkischer Familien überdeckten, und die Hierarchie zwischen den Familien nur wenig variierte, d.h. nicht zwischen unterschiedlichen Familien unterscheiden konnte.

Allgemein besteht unter Familienforschern ein Konsens darüber, dass die Dimensionen Hierarchie und Nähe/Kohäsion Familienstrukturen in wesentlichen Aspekten charakterisieren können (Gehring, 1998; Heekerens, 1997). Laut Heekerens (1997) nannte Olson bereits Ende der siebziger Jahre über fünfzig Konzepte, in denen auf diese Dimensionen Bezug genommen wurde. Heutzutage gibt es mehrere Testverfahren, die Familien anhand von Variablen beschreiben, die den Dimensionen ‚Kohäsion‘ und ‚Kontrolle‘ zugeschrieben werden können, wie z.B. die *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales* (FACES; Olson et al., 1985), die *Family Environment Scale* (Moos & Moos, 1974), *Family Assessment Device* (Epstein et al., 1983), *Card Sort Procedure* (Olivieri & Reiss, 1981) und der Familiensystemtest (FAST; Gehring, 1998).

In Studien, welche die Untersuchung von Familienbeziehungen bezwecken, werden meist die Skalen FACES, FES und FAD eingesetzt und die Sicht der Eltern und zum Teil auch der Jugendlichen erhoben. Diese Verfahren sind jedoch nicht für die Durchführung mit Kindern konstruiert worden und die Sicht der Kinder wird bis heute größtenteils vernachlässigt. Alternativen zur Untersuchung der familiären Kohäsion und Hierarchie aus Perspektive der Kinder stellen der FAST und das Familiogramm (FG; Teodoro, 2005) dar, die in Abschnitt III.5 näher beschrieben werden sollen. Im Folgenden sollen einige Ergebnisse zu Untersuchungen mit dem FAST und FG zusammengefasst werden, in welchen die Perspektive des Kindes und seiner Eltern erhoben wurden.

In Einklang mit der strukturellen Familientheorie berichten Feldmann, Wentzel und Gehring (1989) in einer Studie mit einer nicht-klinischen Stichprobe, dass sowohl Eltern als auch deren Kinder (Kinder, Jugendliche, Studenten) die Elternbeziehung anhand des FAST als kohäsiver darstellten als die Eltern-Kind-Beziehung und die Elterndyade als weniger hierarchisch repräsentierten als die Beziehung zwischen Eltern und Kindern. Mit zunehmendem Alter wurde aus Sicht von Jugendlichen eine Abnahme in der Kohäsion zwischen Eltern und Kindern und in der Hierarchie der Eltern beobachtet, wobei den Eltern jedoch weiterhin mehr Macht zugesprochen wurde (Feldmann & Gehring, 1988; Feldmann et al., 1989). Bei einem Vergleich der Familienrepräsentationen wurde beobachtet, dass Väter, Mütter und Kinder die Familie auf ähnliche Weise beschreiben (kohäsiv und mittel-hierarchisch) (Gehring, Marti, & Sidler, 1994). Entgegen bisheriger Annahmen berichten Feldmann et al. (1989a) beim Vergleich der FAST-Familiendarstellungen mit Beobachtungsdaten, dass die Kinder die familiäre Kohäsion am reliabelsten beschrieben, während die Darstellungen der Mütter am wenigsten reliabel waren.

Zudem wurde mit dem FAST ein Zusammenhang zwischen dem psychischen Wohlbefinden der Kinder und deren Familienrepräsentationen belegt. In Familien mit geringer Kohäsion und/oder intergenerationalen Koalitionen und Hierarchieumkehrungen, wiesen die Kinder mehr psychosoziale Probleme auf (Gehring, unveröffentlichtes Manuskript). Außerdem ermittelten Wentzel und Feldmann (1996) eine Beziehung zwischen Kohäsion und Hierarchie der Familie und Depressivität und sozialem Selbstkonzept der Kinder. Diesen Zusammenhang beobachtete man ebenfalls bei klinischen Stichproben. Kinder mit psychischen Störungen und deren Eltern porträtierten das Familiensystem häufiger als nicht-klinische Probanden mit geringer Kohäsion und extrem niedriger oder hoher Hierarchie (Gehring & Marti, 1993, 1994; Gehring, Kandrian, Marti & Real del Sartre, 1996). Ferner wurden bei ihren Repräsentationen häufiger generationenübergreifende Koalitionen und Hierarchieumkehrungen vorgefunden (Gehring & Marti, 1993, 1994). Ähnliche Ergebnisse erzielte auch Steinebach (1994) bei einer Untersuchung der Strukturen von Familien mit einem entwicklungsauffälligen Kind.

Eine spezifische klinische Gruppe, Familien mit einem ADHS-Kind, untersuchten Saile, Röding & Friedrich-Löffler (1999). Sie berichten, dass die Familien mit einem ADHS-Kind und die Familien einer nicht-klinischen Kontrollgruppe die familiäre Kohäsion überwiegend hoch darstellten. Hingegen war in einer Konfliktsituation eine Minderung in der Kohäsion der Kontrollgruppe zu verzeichnen, während die Kohäsion in Familien mit einem hyperkinetischen Kind konstant blieb, was von den Autoren als fehlende Flexibilität interpretiert wird. Die Familienhierarchie wurde in der Kontrollgruppe als mittel-hierarchisch eingeschätzt, während die ADHS-Gruppe diese überwiegend niedrig- und mittel-hierarchisch darstellte. In einer Konfliktsituation wird dieser Unterschied deutlicher, da hier die Kontrollgruppe die Familie weiterhin mittel-hierarchisch, die ADHS-Gruppe diese jedoch

vermehrt niedrig-hierarchisch darstellt, d.h., Eltern und Kindern wird häufiger gleich viel Macht zugeteilt.

Diese Ergebnisse sollten jedoch nicht losgelöst von ihrem kulturellen Kontext interpretiert werden. Während Studien, die in westlich orientierten Kulturen durchgeführt wurden (USA (Gehring, 1998), Schweiz (Gehring, 1998), England (Bower, Smith, & Binney, 1992), Italien (Berdondini & Smith, 1996), Belgien (Debry, 2001)) von Familienmustern berichten, die den oben vorgestellten Ergebnissen ähneln, weichen die in Japan und China vorgefundenen Beziehungsmuster von den Annahmen der strukturellen Familiensystemtheorie ab (Gehring & Marti, 2000; Ikeda & Hatta, 2001; Shu & Smith, 2001). Im Vergleich zu Familien aus der Schweiz stellten japanische Probanden ihre Familien wenig kohäsiv und niedrig hierarchisch dar (Ikeda & Hatta, 2001). Die niedrige familiäre Kohäsion wurde in fast allen Fällen durch eine Randstellung des Vaters verursacht, während die Mutter zu den Kindern und zum Partner eine kohäsive Beziehung aufwies. Die japanische Familie hat demnach weniger klare intergenerationale Subsystemgrenzen als Familien westlicher Industrieländer. Bei chinesischen Familien fand man ebenfalls eine sehr enge Beziehung der Mutter zu ihren Kindern, die ähnlich kohäsiv oder in vielen Fällen auch kohäsiver als die Vater-Mutter-Beziehung abgebildet wurde (Shu & Smith, 2001). Ein Vergleich der Familienbeziehungen aus Sicht von Kindern aus Brasilien und aus der Schweiz erbrachte keine signifikanten Unterschiede bezüglich der familiären Kohäsion, jedoch stellten die Schweizer Kinder die Elternbeziehung öfter als egalitär dar als die Brasilianer (Teodoro, 2005). Mit dem Familiogramm beschrieben die brasilianischen Kinder eine signifikant kohäsivere Beziehung der Vater-Kind-Dyade und eine ebensolche Tendenz in der Mutter-Kind-Dyade als die Kinder aus der Schweiz.

Einen weiteren wichtigen Faktor, der die Familienbeziehungen prägt, stellt der sozioökonomische Status einer Familie dar (Marti, Käppler, Eryksel, & Gehring, 2004). In einer in Brasilien durchgeführten Studie mit Familien aus dem

Stadtgebiet und aus Armenvierteln (Favelas), repräsentierten Kinder aus den Favelas ihre Familie weniger kohäsiv und die Eltern-Kind-Beziehung weniger hierarchisch als die Kinder aus dem Stadtgebiet (Oswald, 2002).

Diese inter- und intrakulturellen Unterschiede verdeutlichen, dass die Definition einer funktionalen Familie von Kultur zu Kultur variiert, und die Familientheorien, die in westlich orientierten Ländern durch die Arbeit mit Familien aus der Mittelschicht entwickelt wurden, nicht ohne eine Adaptation auf andere Kulturen und Subkulturen übertragbar sind.

II.7 MODELLE ZUR KLASSIFIZIERUNG VON FAMILIENSTRUKTUREN

Mit dem Anliegen, die Struktur der Familie und ihren Zusammenhang mit deren Funktionalität zu untersuchen und zu konkretisieren, entwickelten mehrere Familienforscher Modelle zur Beschreibung und Klassifizierung von Familienstrukturen. Unter einigen Modellen gewannen in den 80er Jahren besonders das ‚Circumplex Model of Marital and Family Systems‘ (Olson, Russell, & Sprenkle, 1989) und das ‚Beavers Systems Model‘ (Beavers & Voeller, 1983) an Popularität.

II.7.1 Das Circumplexmodell

Das Circumplexmodell wurde von Olson und Mitarbeitern entwickelt und stellt eines der bekanntesten Modelle der Familienpsychologie dar (Olson, 1986; Olson, Russell & Sprenkle, 1989). Das Modell basiert auf der Annahme, dass familiäre Kohäsion und Anpassungsfähigkeit grundlegende Dimensionen der Familienstruktur darstellen und das Funktionsniveau der Familie bestimmen. ‚Kohäsion‘ wird von den Autoren definiert als die emotionale Bindung zwischen den Familienmitgliedern und ‚Anpassungsfähigkeit‘ als die Fähigkeit eines ehelichen oder familiären Systems, seine Machtstrukturen, Rollen und Regeln in

Abhängigkeit des mit einer Situation und Entwicklungsaufgaben zusammenhängenden Stresses zu verändern (Olson, Russel, & Sprenkle, 1983, S. 70). Durch die Kombination der Ausprägungsgrade (niedrig, mittel, hoch) beider Dimensionen resultieren neun Typen von Familienstrukturen, die als balanciert, labil-balanciert oder unbalanciert klassifiziert werden. Der familiären Kommunikation kommt die Rolle einer Moderatorvariablen zu, die die Entwicklung der Kohäsion und Anpassungsfähigkeit erleichtert. Das Modell geht von einem kurvilinearen Zusammenhang der Kohäsion und Anpassungsfähigkeit mit dem Funktionsniveau einer Familie aus. Demnach werden Familienstrukturen mit sehr hoher oder sehr niedriger Ausprägung der Kohäsion und Anpassungsfähigkeit als dysfunktional und Familienstrukturen mit einer mittleren Ausprägung beider Dimensionen als funktional klassifiziert. Obwohl das Modell seit seiner Entwicklung bereits mehrere Veränderungen erfahren hat (Cluff, Hicks & Madsen, 1994), blieben die Hauptdimensionen Kohäsion und Anpassungsfähigkeit und die Basisannahme eines kurvilinearen Zusammenhangs dieser Dimensionen mit dem Funktionsniveau einer Familie erhalten (Olson, 1986; Olson et al., 1989).

Zur Erfassung dieses Zusammenhangs entwickelte Olson die Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES; Olson et al., 1985). Parallel zum theoretischen Modell wurde auch dieses Instrument bis zur Konstruktion der heute angewandten Skala FACES-III (Olson, 1986) kontinuierlich weiterentwickelt und verbessert. Anhand dieses Instruments konnte der kuvilineare Verlauf von Kohäsion und Anpassungsfähigkeit jedoch nicht nachgewiesen werden (Cluff et al., 1994). Olson et al. (1989) führen diesen Umstand auf eine lineare Testkonstruktion der Skala zurück. Ein weiteres Problem dieser Instrumente stellt die Konfundierung der Variablen Kohäsion und Anpassungsfähigkeit dar, die nicht orthogonal sind (Cluff et al., 1994). Aufgrund dieser und weiterer Unstimmigkeiten, auf die hier nicht eingegangen

werden soll, gilt das Modell inzwischen von Seiten vieler Autoren als umstritten (Cluff et al., 1994; Cluff & Hicks, 1994a, b; Hampson, Beavers, & Hulgus, 1988; Lee, 1988a, b).

II.7.2 Das Systemmodell von Beavers

Das Modell von Beavers (Beavers & Hampson, 2000; Beavers & Voeller, 1983) basiert auf zwei Dimensionen zur Beschreibung der Familienstruktur. Die erste Dimension umfasst die Struktur, Flexibilität und Kompetenz der Familie und weist einen linearen Zusammenhang zu deren Funktionalität auf. Die zweite Dimension repräsentiert den Familienstil, d.h. die Qualität der familiären Interaktion auf einem Kontinuum von zentripetal bis zentrifugal, und weist einen kurvilinearen Zusammenhang zur Funktionalität der Familie auf. Zentripetale Familienmitglieder beziehen ihre Zufriedenheit aus der Interaktion innerhalb der Familie. Zentrifugale Familienmitglieder richten ihr Interesse vorwiegend auf ihr Umfeld und ihre Zufriedenheit hängt von der Interaktion mit außerfamiliären Personen ab. Familien, die in den extremen Bereichen dieses Kontinuums angesiedelt sind, werden nach Beavers als dysfunktional klassifiziert. Anhand dieser zwei Dimensionen lassen sich neun Familientypen konstruieren, von der ‚optimalen Familie‘ bis hin zur ‚ernsthaft gestörten zentrifugalen Familie‘. Das Modell konnte bislang weitgehend empirisch bestätigt werden.

In den letzten Kapiteln wurde das System Familie beschrieben, und es wurde auf die Familienstruktur ausgehend von Minuchins struktureller Familiensystemtheorie eingegangen. Trotz der Schwierigkeit Familienbeziehungen zu operationalisieren und zu erfassen, haben sich die Dimensionen Kohäsion und Hierarchie als wesentliche Charakteristiken für

deren Beschreibung hervorgehoben. Im Folgenden soll auf zwei weitere Aspekte, die in bedeutender Wechselwirkung mit den Familienbeziehungen stehen, eingegangen werden, nämlich die Identifikation und das Selbstkonzept der Familienmitglieder.

II.8 IDENTIFIKATION UND SELBSTKONZEPT IM KONTEXT DER FAMILIENBEZIEHUNGEN

Identifikationsprozesse stellen ein wichtiges Fundament unserer Persönlichkeitsentwicklung, unserer psychischen Gesundheit und unseres Selbstkonzeptes dar. Darüber hinaus bestimmen sie, in welchem Maße wir ein Zugehörigkeitsgefühl zu einer sozialen Gruppe entwickeln, und spielen eine bedeutende Rolle bei der Entwicklung und Gestaltung der Familienbeziehungen (Remschmidt & Mattejat, 1999; Trautner, 1992). Die Bedeutung der Identifikation wird seit jeher diskutiert und es gibt hierzu verschiedene Ansichten unterschiedlicher theoretischer Traditionen (Psychoanalyse, Lerntheorie und Kognitive Psychologie). Allgemein ist man sich jedoch darüber einig, dass sich Identifikation auf einen Prozess bezieht, bei dem eine Person ihre Gedanken, Gefühle oder Handlungen nach einer anderen Person ausrichtet, die ihr als Modell dient (Bandura, 1969).

Bereits Freud (1923, 1982) setzte sich mit dem Begriff der Identifikation auseinander und formulierte verschiedene Theorien zum Identifikationsprozess. Jedoch basieren seine Definitionen stets auf dem Vorhandensein einer emotionalen Bindung zu einem Objekt, typischerweise den Eltern (Bronfenbrenner, 1960). Während er die Identifikation zunächst lediglich als Mechanismus zur Lösung des Oedipuskomplexes verstand, entwickelte er später auch ein Verständnis von Identifikation, das nicht auf sexuellen Impulsen und Wünschen zu einer Person basiert, sondern auf einer Bindung, die in ihrem

Wesen prä-sexuell ist und zur Mutter oder einer anderen Person, die dem Kinde Nahrung, Fürsorge und Schutz gibt, entwickelt wird (anaklitische Objektwahl). Freud postulierte demnach zwei Arten von Identifikationsprozessen. Zum einen die Identifikation mit dem Aggressor (ein von Anna Freud eingeführter Begriff), bzw. mit dem bestrafenden, kastrierenden Vater, die sich bei den Söhnen zur Lösung des Oedipuskomplexes vollzieht. Hier geschieht die Übernahme des Verhaltens und der Eigenschaften eines Objekts, das Macht und Bedrohung auslöst, als Strategie zur Reduktion der eigenen Angst. Mowrer (1950) bezieht sich hierbei auf den Prozess der defensiven Identifikation. Zum anderen die anaklitische Identifikation, die in den ersten Lebensjahren des Kindes aus Angst vor dem Verlust einer geliebten Bezugsperson geschieht und in der Introjektion ihres Verhaltens und ihrer Einstellungen besteht. Mowrer (1950) reformulierte diese Theorie aus lerntheoretischer Perspektive, indem er einführte, die Identifikation basiere auf einer Stimulusgeneralisierung. Indem die Bezugsperson die Primärbedürfnisse des Kindes befriedigt, gewinnt ihr Verhalten durch die Assoziierung mit einer Belohnungserfahrung den Charakter eines sekundären Gewinns. Durch die Stimulusgeneralisierung wird jegliches vom Kind ausgeführte Verhalten, das dem der Bezugsperson ähnelt, als positiv verstärkend erfahren.

Im Rahmen der Sozialen Lerntheorie definiert Bandura (1969) eine Identifikation als gegeben, wenn eine Ähnlichkeit zwischen dem Verhalten eines Modells und einer anderen Person besteht und das Verhalten des Modells der bestimmende Auslöser für die Ausführung des Verhaltens war. Voraussetzung für die Aneignung eines beobachteten Verhaltensmusters sind (1) die Aufmerksamkeit des Beobachters, (2) das Speichern des beobachteten Verhaltens, (3) die motorische Fähigkeit zur Umsetzung des Verhaltens und (4) die Motivation. Dabei ist es für die wiederholte Umsetzung des Verhaltens notwendig, dass dieses im Sinne des operanten Lernens mit einer positiven Konsequenz verbunden wird (Trautner, 1992). Kagan (1971) verweist auf vier

Stufen, die den Identifikationsprozess bestimmen: (1) eine Person (P) glaubt, dass sie und ein Modell (M) bestimmte physiologische und psychologische Attribute teilen; (2) P reagiert affektiv auf Ereignisse, die M durchlebt, als würde er sie selbst erfahren; (3) P möchte erstrebenswerte Attribute von M annehmen, um selbst die positiven Zielzustände zu erreichen, die M zu besitzen scheint; (4) P übernimmt Eigenschaften und Verhaltensweisen von M. Als Motive für die Identifikation nennt Kagan (1958) das Gefühl von Macht über die Umwelt, Liebe und Zuneigung.

Die Identifikation beeinflusst nicht nur wesentlich das offen gezeigte Verhalten, sondern spielt auch eine wichtige Rolle beim Prozess der Selbstdefinition, bzw. für das Selbstkonzept einer Person. Das Selbstkonzept wird zum einen von der eigenen Bewertung, inwieweit die eigenen Attribute mit jenen von der Kultur als wünschenswert anerkannten übereinstimmen, zum anderen von den Erfahrungen, die in sozialen Interaktionen gesammelt werden, bestimmt (Kagan, 1971; Renschmidt & Mattejat, 1999). Es entspricht der kognitiven Repräsentation eines Individuums von sich selbst, und kann als kognitives Schema im Sinne von Piaget verstanden werden, durch das die Erfahrungen eines Individuums strukturiert werden und welches durch Erfahrungen modifiziert werden kann (Renschmidt & Mattejat, 1999). Einen Aspekt des Selbstkonzeptes stellt die Selbstkongruenz dar, welche durch das Maß definiert wird, in welchem eine Person so ist, wie sie gerne sein würde.

Versteht man die Identifikation als Ausdruck einer wahrgenommenen Ähnlichkeit zu einer Person/ Gruppe oder als den Wunsch, einer bestimmten Person/Gruppe ähnlich zu sein, so kann die Identifikation mit der Familie darüber Aufschluss geben, ob eine Person sich in ihr wieder erkennt oder sich wünscht wie diese zu sein. Je höher die Identifikation mit der Familie, desto stärker das Gefühl zur Familie dazu zu gehören. In diesem Sinne kann das

Ausmaß der intrafamiliären Identifikation als Maß für die Qualität der Familienbeziehungen interpretiert werden.

Ein psychometrisches Testverfahren, das die familiäre Identifikation erhebt, stellt der Familienidentifikationstest von Renschmidt & Mattejat (1999) dar. Das Verfahren wurde bereits in Brasilien mit Stichproben verschiedener sozialer Schichten eingesetzt und es wurde ein interkultureller Vergleich mit Deutschland durchgeführt. Teodoro (2000) beobachtete, dass Kinder sowohl aus Favelas als auch aus dem mittleren Stadtgebiet (untere Mittelschicht) sich stärker mit Personen außerhalb der Familie (Freunde und Lehrer) identifizieren als mit ihren Eltern. Dieser Befund ist möglicherweise auf das niedrige Bildungsniveau der Eltern dieser Stichproben zurückzuführen, was durch eine positive Korrelation des Bildungsniveaus des Vaters und seiner Vorbildfunktion für das Kind unterstützt wurde. Im Vergleich zu Kindern aus Deutschland wiesen brasilianische Kinder eine geringere Selbstkongruenz auf, wobei der sozioökonomische Status der Familie hierbei ebenfalls eine wichtige Rolle als Kovariate spielte (Käppler, 2000).

Mit dem gleichen Instrument wurden in Deutschland Familien von hyperkinetischen Kindern untersucht (Käppler, 2005; Baumeister, 2002; Stadelmann, 2002; Weisenhorn, 2000). Es wurde gezeigt, dass Kinder mit ADHS im Vergleich zu Kindern mit anderen psychiatrischen Diagnosen oder keiner Diagnose eine geringere Selbstkongruenz aufweisen, d.h. eine geringere Übereinstimmung wahrnehmen zwischen dem, wie sie sind, und wie sie gerne sein würden, wie auch eine geringere Ähnlichkeit zwischen sich und ihren Eltern erleben. Zudem nimmt die Mutter für die Kinder mit ADHS im Vergleich zu den Kindern der nicht-klinischen Kontrollgruppe eine geringere Vorbildfunktion ein. Bedeutsamerweise zeigt sich jedoch kein Unterschied bezüglich der Vorbildfunktion des Vaters, was darauf hinweist, dass der Vater für das Kind mit ADHS eine wichtige Rolle als Modell spielt.

In dieser theoretischen Einführung wurde der bedeutende Zusammenhang zwischen der ADHS-Symptomatik des Kindes und seinen Familienbeziehungen dargelegt. Obwohl es hierzu noch wenige Längsschnittstudien gibt, weisen die Befunde auf eine reziproke Beeinflussung der Eigenschaften des Kindes und seiner Familie hin. Weiterhin wurde die systemische Sichtweise der Familie beschrieben und die familiäre Kohäsion und Hierarchie als zentrale Dimensionen zur Beschreibung der Familienbeziehungen vorgestellt. Zudem wurde auf den Zusammenhang zwischen psychischem Wohlbefinden, Selbstkonzept und Identifikationsprozessen eingegangen.

Im folgenden Kapitel soll nun auf die Methodik der hier vorgestellten Studie eingegangen werden.

III METHODIK

III.1 ZIELSETZUNG

Ziel dieser Studie ist die Untersuchung der Familienbeziehungen und der Identifikationsmuster von brasilianischen Familien mit Kindern mit ADHS im Querschnitt sowie im Behandlungsverlauf (Längsschnitt). Dabei wird sowohl die Sicht des Kindes als auch die seiner Eltern über die Familie erhoben.

In einem ersten Schritt werden die Familienbeschreibungen und Identifikationsmuster der Familien von Kindern mit ADHS analysiert. Anschließend sollen diese mit einer nicht-klinischen Kontrollgruppe von Kindern, Müttern und Vätern verglichen werden. Als letztes werden die Familienbeziehungen und Identifikationsmuster der Familien von Kindern mit ADHS im Verlauf einer medikamentösen oder kombinierten medikamentösen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung untersucht.

III.2 DATENZUGANG

Diese Studie wurde in Porto Alegre, Brasilien, im Zeitraum von März 2003 bis März 2006 durchgeführt. Die Rekrutierung der Patienten mit ADHS erfolgte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Klinik der Bundesuniversität im Rahmen der ADHS-Studiengruppe (PRODAH – Programa de Déficit de Atenção e Hiperatividade). Die ADHS-Studiengruppe untersucht die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung aus multidisziplinärer Perspektive und ist durch zahlreiche wissenschaftliche Beiträge bereits international bekannt geworden (z.B. Rohde, 2002; Rohde, Biederman, Busnello, Zimmermann, Schmitz, Martins, & Tramontina, 1999; Roman, Schmitz, Polankzick, Eizirik, Rohde, & Hutz, 2001; Schmitz, Cadore, Paczko, Moura, Knijnik, Kipper, Rohde, & Chaves, 2002). Alle Patienten werden in der

Klinik lediglich über den Zeitraum von drei Monaten behandelt und danach zur Behandlung außerhalb der Klinik überwiesen.

Der Zugang zur Kontrollgruppe geschah über die Kontaktaufnahme von Familien, die bereits an einem anderen Forschungsprojekt der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung als Vergleichsgruppe teilgenommen hatten (Schmitz et al., 2006).

Die Datenerhebung erfolgte durch die Autorin selbst und ereignete sich bei der ADHS-Gruppe in der Klinik und bei der Kontrollgruppe durch Hausbesuche an drei Messzeitpunkten. Die erste Testung fand zu Beginn der Behandlung statt, die zweite Testung drei Monate danach und die dritte Testung sechs Monate nach Behandlungsbeginn. Äquivalent dazu wurden die Testverfahren mit der Kontrollgruppe zu drei Zeitpunkten mit einem Abstand von drei Monaten durchgeführt. Zu jedem Messzeitpunkt wurden das Kind und mindestens ein Elternteil mit den in Kapitel III.5 vorgestellten Verfahren untersucht.

Das Projekt wurde von der Ethikkommission der Klinik überprüft und akzeptiert. Alle Teilnehmer wurden über das Projekt informiert und unterzeichneten eine Zustimmungserklärung.

III.3 STICHPROBEN

Zur Untersuchung der Fragestellungen dieser Studie wurden eine Querschnitt- und eine Längsschnittuntersuchung durchgeführt. Im Folgenden sollen die Stichproben beider Untersuchungen beschrieben werden.

III.3.1 Stichprobe der Querschnittuntersuchung

Für die Querschnittuntersuchung wurden zwei Stichproben rekrutiert: (1) eine Stichprobe von Kindern und Jugendlichen mit ADHS und (2) eine nicht-

klinische Kontrollgruppe von Kindern und Jugendlichen. Einschlusskriterium für beide Stichproben war ein Alter zwischen 7 und 17 Jahren und die Anwesenheit von mindestens einem biologischen Elternteil. Die Kinder der ADHS-Stichprobe sollten die Diagnose für die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung nach dem DSM-IV (APA, 1994) erfüllen. Ausschlusskriterien für beide Stichproben stellten die Einnahme von Psychopharmaka und ein geschätzter IQ von kleiner 70 dar. Für die ADHS-Stichprobe wurden Kinder und Jugendliche mit komorbider affektiver Störung, Schizophrenie oder tiefgreifender Entwicklungsstörung ausgeschlossen. Für die Kontrollgruppe wurden Kinder und Jugendliche mit jeglicher psychiatrischer Diagnose, mit Ausnahme einer spezifischen Phobie, ausgeschlossen.

Insgesamt wurden für die ADHS-Stichprobe 75 Familien kontaktiert, wovon lediglich eine Familie nicht zur Teilnahme bereit war. Von den 74 Familien, die an der Studie teilnahmen, erfüllten 33 die Einschlusskriterien zur Aufnahme in die Studie. Drei der ausgeschlossenen Kinder erfüllten nicht die Diagnose einer ADHS nach DSM-IV, 18 repräsentierten komorbide affektive Störungen, sieben brachen den Behandlungsprozess ab, bevor eine Diagnose festgelegt werden konnte, acht Kinder waren adoptiert, und ein Patient wies eine Intelligenzminderung auf. Somit setzt sich die ADHS-Stichprobe aus 33 Kindern mit ADHS (27 Jungen, Alter: $m=10.24$, $s=2.76$) und deren Eltern (33 Mütter und 14 Väter) zusammen. Bei zwanzig dieser Kinder (60.6%) besteht eine Komorbidität mit einer Störung des Sozialverhaltens und/oder einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten.

Für die Kontrollgruppe wurden 44 Familien kontaktiert und 32 erklärten sich zur Teilnahme bereit. Davon wiesen elf Kinder psychiatrische Diagnosen auf. Die Kontrollgruppe besteht somit aus 21 Kindern (13 Jungen, Alter: $m=11.95$, $s=3.04$) und deren Eltern (21 Mütter und 9 Väter).

In Tabelle 4 sind die Daten zu den demographischen und familienbezogene Charakteristiken von ADHS- und Kontrollgruppe zusammengefasst.

Die Familien der Kontrollgruppe, die sich nicht dazu bereit erklärten an der Studie teilzunehmen, unterschieden sich nicht signifikant von den Teilnehmern bezüglich des Geschlechts (Fisher Exakt Test: $p=.210$) und Alters des Kindes ($T=-1.67$, $p=.105$), der ethnischen Herkunft ($\chi^2=2.93$, $df=2$, $p=.231$), des sozioökonomischen Status ($\chi^2=1.64$, $df=2$, $p=.441$), des Bildungsniveaus der Eltern ($\chi^2=3.30$, $df=3$, $p=.336$), der Kinderanzahl pro Familie ($T=-.37$, $p=.711$) und des Zivilstatus (Fisher Exakt Test: $p=.075$).

Die ADHS- und Kontrollgruppe unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich des Geschlechts (Fisher Exakt Test: $p=.123$), des geschätzten Intelligenzquotienten ($T=0.57$, $p=.57$) und der ethnischen Herkunft ($X^2=.200$, $df=2$, $p=.905$) der Kinder, des Zivilstatus der Eltern ($X^2=.29$, $df=2$, $p=.864$), der Anzahl der Kinder pro Familie ($T=1.36$, $p=.18$), des Bildungsniveaus der Eltern (Mütter: $X^2=1.41$, $df=5$, $p=.923$; Väter: $X^2=1.96$, $df=5$, $p=.855$) und des Monatseinkommens ($X^2=.544$, $df=3$, $p=.909$). Jedoch ist die Kontrollgruppe signifikant älter ($T=-2.133$, $p=.038$) als die ADHS-Gruppe. In den vergleichenden Analysen beider Stichproben sollen das Geschlecht und das Alter der Kinder und die Anzahl der Kinder als Kovariaten berücksichtigt werden.

Tabelle 4: Demographische und familienbezogene Charakteristiken der Stichproben der Querschnittuntersuchung

	ADHS	Kontrollgruppe	p Wert
Geschlecht (männlich), %	81.8	61.9	.12
Alter in Jahren (MW, s)	10.2 (2.76)	11.9 (3.04)	.04
Geschätzter IQ (MW, s)	97.0 (13.1)	94.4 (10.4)	.57
Ethnische Herkunft, %			
Weiße	75.8	81.0	.90
Mulatten	18.2	14.3	
Afrobrasilianer	6.1	4.8	
Zivilstatus der Eltern, %			
Verheiratet	50.0	52.4	.86
Geschieden	43.8	38.1	
Allein erziehende Mutter	6.2	9.5	
Kinder pro Familie (MW, s)	2.61 (1.37)	2.19 (0.87)	.18
Bildungsniveau Mütter, %			
Bis zur Mittelstufe	39.4	47.6	.76
Bis zur Oberstufe	48.5	38.1	
Bis zur Hochschule	12.1	14.3	
Bildungsniveau Väter, %			
Bis zur Mittelstufe	44.0	53.3	.63
Bis zur Oberstufe	48.0	33.3	
Bis zur Hochschule	8.0	13.3	
Monatseinkommen %			
< 720 Reais *	34.4	28.6	.91
720-1200 Reais	25.0	33.3	
1200-2400 Reais	28.1	28.6	
2400-3600 Reais	12.5	9.5	

(* Brasilianische Währung. Ein Real entspricht ca. 0.38 Euro Cent (August 2006))

III.3.2 Stichprobe der Längsschnittuntersuchung

Für die Längsschnittstudie wurden drei Stichproben rekrutiert: (1) eine Stichprobe von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in medikamentöser Behandlung, (2) eine Stichprobe von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in kombinierter Behandlung (medikamentöse Behandlung und kognitive Verhaltenstherapie) und (3) eine nicht-klinische Kontrollgruppe von Kindern und Jugendlichen.

Die Gruppe von Patienten in medikamentöser Behandlung wurde in den ersten drei Monaten in der Klinik und in den folgenden drei Monaten außerhalb der Klinik betreut. Die Gruppe von Patienten in kombinierter Behandlung nahm an den ersten drei Monaten an der kognitiven Verhaltenstherapie in der Klinik teil. Jedoch fand die Betreuung ihrer medikamentösen Behandlung während des Untersuchungszeitraumes von sechs Monaten außerhalb der Klinik statt.

Einschlusskriterium für alle Stichproben war ein Alter zwischen 7 und 18 Jahren. Die Kinder der ADHS Stichproben sollten die Diagnose für die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung nach dem DSM-IV (APA, 1994) erfüllen. Ausschlusskriterium für alle Stichproben stellte ein geschätzter IQ von kleiner 70 dar. Für die ADHS-Stichprobe wurden Kinder und Jugendliche mit komorbider affektiver Störung, Schizophrenie oder tiefgreifender Entwicklungsstörung ausgeschlossen. Die Kinder und Jugendlichen der ADHS-Medikationsgruppe sollten sich zudem zum Untersuchungsbeginn in keiner psychopharmakologischen Behandlung befinden, während die Teilnehmer der ADHS-Psychotherapiegruppe bereits seit drei Monaten in erfolgreicher psychopharmakologischer Behandlung sein sollten. Für die Kontrollgruppe wurden Kinder und Jugendliche mit ADHS, affektiver Störung, Schizophrenie oder tiefgreifender Entwicklungsstörung ausgeschlossen. Weiterhin sollten sich die Teilnehmer der Kontrollgruppe

während des gesamten Untersuchungszeitraumes in keinerlei psychopharmakologischer oder psychotherapeutischer Behandlung befinden.

Für die ADHS-Medikationsgruppe wurden 65 Familien von Kindern mit ADHS kontaktiert, wovon 38 Kinder die Ausschlusskriterien für die Studie erfüllten: vier erfüllten nicht alle ADHS-Kriterien nach DSM-IV, 18 wiesen komorbide affektive Störungen auf, sieben beendeten nicht den Diagnostikprozess, vier nahmen bereits Psychopharmaka ein, ein Patient lehnte die medikamentöse Behandlung ab, ein Patient wies eine Intelligenzminderung auf, ein Patient lehnte die Teilnahme ab und zwei Familien waren nach der ersten Evaluation nicht mehr zu erreichen. Letztendlich setzt sich die Stichprobe aus 27 Kindern mit ADHS (20 Jungen, Alter MW = 10.78, $s = 2.83$), 27 Müttern und 9 Vätern zusammen.

Für die ADHS-Gruppe mit kombinierter Behandlung wurden 25 Kinder rekrutiert. Zwei Patienten brachen die Verhaltenstherapie und ein Patient die medikamentöse Behandlung ab, so dass eine Stichprobe von 22 Kindern (21 Jungen, Alter MW = 11.14, $s = 1.78$), 19 Müttern und 8 Vätern resultierte.

Von den 42 Familien, die für die Kontrollgruppe kontaktiert wurden, lehnten zwölf die Teilnahme an der Studie ab, zwei nahmen nur an der ersten Evaluation teil und ein Kind begann eine psychotherapeutische Behandlung während des Studienzeitraums. Die Kontrollgruppe besteht somit aus 27 Kindern (18 Jungen, Alter MW = 12.44, $s = 3.22$), 27 Müttern und 11 Vätern.

Wie bereits im vorherigen Abschnitt beschrieben, unterschieden sich die Familien der Kontrollgruppe, die sich nicht dazu bereit erklärten an der Studie teilzunehmen, nicht signifikant von den Teilnehmern bezüglich demographischer und familienbezogener Variablen (siehe Abschnitt III.3.1).

In Tabelle 5 sind die Daten zu den demographischen und familienbezogenen Charakteristiken der ADHS-Gruppen mit medikamentöser und kombinierter Behandlung sowie der Kontrollgruppe zusammengefasst.

Die Stichproben unterscheiden sich signifikant bezüglich des Geschlechts der Kinder ($\chi^2=6.09$, $df=2$, $p=.048$) und des Bildungsniveaus der Mutter ($\chi^2=13.92$, $df=4$, $p=.008$). Mit einer Tendenz unterscheiden sie sich bezüglich des Alters der Kinder ($F=2.75$, $p=.070$) und des Monatseinkommens ($\chi^2=15.16$, $df=8$, $p=.056$). Keine Unterschiede wurden bezüglich des geschätzten Intelligenzquotienten der Kinder ($F=1.63$, $p=.207$), der ethnischen Herkunft ($\chi^2=1.71$, $df=4$, $p=.789$), des Zivilstatus der Eltern ($\chi^2=2.30$, $df=6$, $p=.891$), der Anzahl der Kinder pro Familie ($F=1.59$, $p=.210$) und des Bildungsniveaus der Väter ($\chi^2=4.57$, $df=4$, $p=.334$) gefunden. Aufgrund dieser Ergebnisse wurde bei den vergleichenden Analysen der Stichproben mit der ANCOVA das Geschlecht und Alter des Kindes, das Bildungsniveau der Mutter und das Monatseinkommen als Kovariaten einbezogen.

Tabelle 5: Demographische und familienbezogene Charakteristiken der Stichproben der Längsschnittuntersuchung

	ADHS Medikation	ADHS kombiniert	Kontroll- gruppe	p Wert
Geschlecht (männlich), %	74.1	95.5	66.7	.048
Alter in Jahren (MW, SD)	10.78 (2.83)	11.14 (2.79)	12.44 (3.22)	.070
Geschätzter IQ (MW, SD)	96.6 (13.5)	102.7 (12.9)	95.7 (9.7)	.207
Ethnische Herkunft, %				
Weiße	81.5	90.9	88.9	.789
Mulatten	14.8	4.5	7.4	
Afrobrasilianer	3.7	4.5	3.7	
Zivilstatus der Eltern, %				
Verheiratet	56.0	51.9	55.0	.891
Geschieden	36.0	40.0	40.7	
Allein erziehende Mutter	4.0	5.0	7.4	
Verwitwet	4.0	0.0	0.0	
Kinder pro Familie (MW, SD)	2.41 (1.22)	1.91 (0.97)	2.41 (1.08)	.210
Bildungsniveau Mutter, %				
Bis zur Mittelstufe	44.4	19.0	55.6	.008
Bis zur Oberstufe	48.1	38.1	33.3	
Bis zur Hochschule	7.4	42.9	11.1	
Bildungsniveau Vater, %				
Bis zur Mittelstufe	50.0	20.0	52.6	.334
Bis zur Oberstufe	40.9	60.0	36.8	
Bis zur Hochschule	9.1	20.0	10.5	
Monatseinkommen %				
< 720 Reais *	38.5	14.3	29.6	.056
720-1200 Reais	30.8	19.0	33.3	
1200-2400 Reais	19.2	38.1	29.6	
2400-3600 Reais	11.5	9.5	7.4	
> 3600 Reais	0	19.0	0	

(* Brasilianische Währung. Ein Real entspricht ca. 0.38 Euro Cent (August 2006))

III.4 DIAGNOSTISCHER PROZESS

Die Diagnosestellung erfolgte in drei Schritten: a) trainierte Medizinstudenten führten mit den Eltern aller Teilnehmer ein semi-strukturiertes Interview (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, Epidemiological Version, K-SADS-E*) (Orvaschel, 1985) durch, das zur Erfassung der DSM-IV Kriterien modifiziert wurde. Die Interrater-Reliabilität für die ADHS-Diagnose wurde zuvor berechnet (Kappa Koeffizient = 0.94; $p < 0.001$) (Polanczyk et al 2003); b) Diskussion jeder mit dem K-SADS-E festgestellten Diagnose in einem klinischen Komitee unter Leitung eines erfahrenen Kinder- und Jugendpsychiaters; c) klinische Bewertung der Diagnosen anhand der DSM-IV Kriterien durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, der zuvor das Ergebnis des K-SADS-E erhielt und Interviews mit den Eltern und Kindern oder Jugendlichen durchführte. Traten in diesem Diagnostikprozess Divergenzen auf, wurde der auf dem klinischen Interview basierenden Diagnose Vorrang gegeben (Rohde, 2002).

Der Intelligenzquotient wurde von Psychologen anhand der Untertests Wortschatz und Mosaik-Test der Wechsler Intelligenzskala (WISC III) (Wechsler, 1991) erhoben. Vor Behandlungsbeginn und drei Monate danach wurden die Eltern darum gebeten, das Verhalten ihres Kindes anhand einer Screeningskala für die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (SNAP-IV; Swanson et al., 2001) zu beschreiben. Die Skala mit insgesamt 26 Items besteht aus den Subskalen ‚Unaufmerksamkeit‘ (9 Items), ‚Hyperaktivität/Impulsivität‘ (9 Items) und ‚oppositionelles Verhalten‘ (8 Items). Das Instrument wurde bereits häufig in Studien zur ADHS eingesetzt, einschließlich Studien, die den Behandlungsverlauf untersuchten (Swanson et al., 2001). Die interne Konsistenz der SNAP-IV variiert von gut bis sehr gut (Stevens et al., 1998). In einer in Brasilien durgeführten Studie wurde ein

Cronbach's Alpha-Koeffizient von 0.74 für die gesamte Skala berechnet (Correia-Filho et al., 2005).

III.5 ERHEBUNGSINSTRUMENTE

In diesem Abschnitt sollen die Instrumente vorgestellt werden, die zur Untersuchung der Familienbeziehungen, der Selbstkongruenz und der Identifikationsmuster der Teilnehmer angewandt wurden. Alle Verfahren wurden mit dem Kind und mindestens einem Elternteil durchgeführt.

Die Familienbeziehungen der Teilnehmer wurden anhand des Familiensystemtests (FAST) und des Familiogramms (FG) erfasst. Die Selbstkongruenz und das Identifikationsmuster wurden mit dem Familien-Identifikations-Test (FIT) untersucht. Die demographischen (Geschlecht, Alter, Monatseinkommen, Bildungsniveau der Eltern) und familienbezogenen Daten (Familienstand der Eltern, Anzahl der Kinder) wurden von den Eltern im Interview erfragt.

III.5.1 Der Familiensystemtest (FAST)

Der Familiensystemtest (FAST; Gehring, 1998; Gehring & Marti, 1990) ist eine standardisierte Figurenlegetechnik, welche auf der Konzeption der strukturellen Familiensystemtheorie basiert und sich an der Methode der Familienskulptur orientiert. Das Verfahren ermöglicht die quantitative und qualitative Erfassung der familiären Kohäsion und Hierarchie über die subjektive Wahrnehmung der Familienmitglieder. Die Kohäsion wird als die emotionale Beziehung zwischen den Familienmitgliedern definiert und die Hierarchie leitet sich aus der Autorität, Dominanz und Entscheidungsmacht der einzelnen Personen ab. Beide Dimensionen sind orthogonal zueinander und der Test weist eine zufrieden stellende Validität und Reliabilität auf. Dem Anspruch der

Familiensystemtheorie folgend, ermöglicht das Verfahren die Beschreibung der Familienstruktur aus verschiedenen Perspektiven, da er sowohl mit einzelnen Familienmitgliedern getrennt, als auch mit der gesamten Familie zusammen durchgeführt werden kann. Außerdem werden sowohl das Familiensystem als Ganzes, wie auch seine Subsysteme und Dyaden erfasst.

Der Test setzt sich aus Testformularen, einem quadratischen Brett (9 x 9 Felder), sechs männlichen und sechs weiblichen Holzfiguren zur Darstellung der Familie und achtzehn zylindrischen Holzklötzchen in drei verschiedenen Größen für die Erhebung der Figuren zusammen. Außerdem stehen optional je eine männliche und eine weibliche Holzfigur in oranger, violetter und grüner Farbe zur Verfügung.

Durch seine kindgerechte Konstruktion ist der Test bereits mit Kindern ab dem sechsten Lebensjahr durchführbar. Die Durchführung des Tests dauert ca. 5 – 10 Minuten.

Der Proband wird gebeten, seine Familie mit dem Test in drei verschiedenen Situationen vorzustellen: die Familie im Alltag (Typische Repräsentation), die Familie, wie er sie sich wünscht (Ideale Repräsentation) und die Familie in einer Konfliktsituation (Konfliktrepräsentation). Auf anschauliche Weise wird der Person erklärt, dass sie durch den Abstand der Figuren zueinander zeigen kann, wie nahe sich die Familienmitglieder sind, und dass sie durch die Erhebung der Figuren mittels Klötzchen darstellen kann, welche Personen in der Familie mehr Macht bzw. Einfluss haben. In der vorliegenden Arbeit wird jedoch nur die Typische Repräsentation der Familie untersucht.

Die Kohäsion der Familie, der Subsysteme und Dyaden werden durch den Abstand der Figuren zueinander gemessen. Die Hierarchie ergibt sich aus den Unterschieden in der räumlichen Erhebung der Figuren. Gehring (1998) schlägt zwei Methoden zur Auswertung der Kohäsion und Hierarchie vor: zum einen

die arithmetische Berechnung dieser Dimensionen, zum anderen die heuristische Auswertung anhand von Daumenregeln.

Die arithmetische Berechnung der Kohäsion einer Dyade erfolgt anhand des Satz des Pythagoras mit folgender Formel: $\sqrt{(x_1-x_2)^2 + (y_1-y_2)^2}$, wobei x_1/y_1 und x_2/y_2 den Koordinaten der Figuren auf dem Brett entsprechen. Dementsprechend wird die Kohäsion des Elternsubsystems ermittelt. Die Kohäsion des Geschwistersubsystems wird über den Durchschnitt der Kohäsion aller Geschwisterdyaden berechnet und die Familienkohäsion über den Durchschnitt der Kohäsion aller dargestellten Dyaden. Dabei wurden auch Personen eingeschlossen, die nicht zur Kernfamilie gehören, wie z. B Großeltern, Tanten und Onkel. Die Kohäsion des Mutter-Kinder-Subsystems berechnet sich aus dem Durchschnitt der Kohäsion aller Mutter-Kind-Dyaden. Die Kohäsion des Vater-Kinder-Subsystems berechnet sich aus dem Durchschnitt der Kohäsion aller Vater-Kind-Dyaden. Werden zwei Figuren nebeneinander aufgestellt, beträgt die Distanz zwischen ihnen 1. Die maximal mögliche Distanz zwischen zwei Figuren beträgt 11.3. Diese Werte werden von 12 subtrahiert, so dass die Kohäsionswerte in einem Bereich von 0.7 bis 11 liegen können und somit ein höherer Wert einer höheren Kohäsion entspricht. Die Hierarchie der Dyade wird über die Höhendifferenz beider Figuren berechnet. Das höchste Klötzchen entspricht einem Wert von drei, das mittlere zwei und das niedrigste eins. Werden mehrere Klötzchen zur Erhebung einer Person herangezogen, werden ihre Werte summiert. Die Familien- und Subsystemhierarchie werden kalkuliert, indem die Summe der Dyadendifferenzen durch die entsprechende Anzahl der beteiligten Dyaden dividiert wird.

Die zweite Auswertungsform soll die Einteilung der Kohäsion und Hierarchie in die Kategorien niedrig, mittel und hoch erleichtern. Zur Klassifizierung der Kohäsion wird ein Quadrat von 3x3 Feldern verwendet, das so über das Legebrett gelegt wird, dass die maximal mögliche Anzahl von Personen hineinpasst. In Abhängigkeit der Familiengröße und der Anzahl der Personen,

die sich innerhalb dieses Quadrats befinden, wird die Kohäsion als niedrig, mittel oder hoch gewertet. Die genaue Anleitung und Beispiele hierzu werden im Manual (Gehring, 1998) zum Verfahren beschrieben und sollen hier nicht näher erläutert werden. Die Hierarchie der Dyade wird hier ebenfalls über die Höhendifferenz beider Figuren berechnet. Jedoch wird die Familienhierarchie kalkuliert, indem der Wert des mächtigsten Kindes vom Hierarchiewert des weniger mächtigen Elternteils subtrahiert wird. Eine Differenz von drei oder mehr wird als hoch hierarchisch und eine Differenz von eins oder zwei als mittel hierarchisch eingestuft. Besteht keine Differenz oder weist ein Kind mehr Macht auf als ein Elternteil, wird die Familie als niedrig hierarchisch gewertet. Entsprechend wird die Hierarchie des Geschwistersubsystems über die Subtraktion des Hierarchiewertes des weniger mächtigen Kindes vom Hierarchiewert des mächtigsten Kindes berechnet. Die Hierarchie des Elternsubsystems wird über die Höhendifferenz beider Elternteile gemessen. Eine Machtdifferenz von zwei oder mehr entspricht einer hohen Hierarchie, eine Differenz von eins einer mittleren, und keine Differenz wird als tief hierarchisch klassifiziert. Die Hierarchie des Geschwistersubsystems wird gemäß der Regel für das Elternsystem eingestuft.

Über die Einteilung der Kohäsion und Hierarchie in niedrig, mittel und hoch ist eine Klassifizierung der Familienstruktur in balanciert, labil-balanciert und unbalanciert möglich.

Neben der Ausprägung der Kohäsion und Hierarchie wird zudem die Qualität der Generationengrenze überprüft, indem Koalitionen und Hierarchieumkehrungen erfasst werden. Eine Koalition ist gegeben, wenn ein Elternteil eine kohäsivere Beziehung zu einem oder mehreren Kindern pflegt als zum Partner. Hat ein Kind mehr Macht als ein Elternteil, spricht man von einer Hierarchieumkehrung.

Das Verfahren weist eine akzeptable Test-Retest Reliabilität und Konvergenz-, Diskriminanz- und Konstruktvalidität auf (Gehring, 1998). Zudem wurde der FAST bereits in vorhergehenden Studien zur ADHS (Saile et al., 1999) und bei brasilianischen Stichproben eingesetzt (Graeff-Martins et al., submitted; Marti, Käßler, Eryksel, & Gehring, 2004; Oswald, 2002).

In dieser Studie wurden mit dem FAST die Kohäsion der Familie und der Subsysteme ‚Eltern‘, ‚Mutter-Kinder‘, ‚Vater-Kinder‘ und ‚Geschwister‘ untersucht. Zur differenzierteren Analyse wurden zudem die Kohäsion der Dyaden ‚Mutter-Indexkind‘ und ‚Vater-Indexkind‘ und der Subsysteme ‚Mutter-Geschwisterkinder‘ und ‚Vater-Geschwisterkinder‘ überprüft. Weiterhin wurden die intergenerationale und durchschnittliche Familienhierarchie und die Hierarchie der Subsysteme ‚Eltern‘, ‚Vater-Kinder‘, ‚Mutter-Kinder‘ und ‚Geschwister‘ analysiert. Zur differenzierteren Analyse wurde zudem die Hierarchie der Dyaden ‚Mutter-Indexkind‘ und ‚Vater-Indexkind‘ untersucht. Darüber hinaus wurden intergenerationale Koalitionen und Hierarchieumkehrungen erfasst.

III.5.2 Das Familiogramm (FG)

Das Familiogramm (Teodoro, 2005) basiert auf der Idee des Soziogramms und ermöglicht die graphische Darstellung verschiedener Dimensionen der familiären Beziehungsstruktur in Form eines Netzwerkes. Dabei wird die kognitive Repräsentation einer Person von der Beziehung in allen möglichen Dyaden der Familie erhoben. Durch die flexible Struktur des Verfahrens können in Abhängigkeit des Untersuchungsschwerpunktes verschiedene Familienfaktoren untersucht werden, wie z.B. in der vorliegenden Studie die Kohäsion, Hierarchie und Negativität des Familiensystems. Dabei werden diese Faktoren sowohl für das Familiensystem als Ganzes als auch für die einzelnen

Subsysteme und Dyaden berechnet. Ein Vorteil dieses Instrumentes gegenüber dem Familiensystemtest (Gehring, 1998) ist, dass die Beziehungen bidirektional erfasst werden. Es wird sowohl das Verhalten einer Person A gegenüber der Person B, als auch das Verhalten der Person B gegenüber der Person A registriert, während diese Differenzierung beim FAST nicht möglich ist und von einem gleichförmigen Beziehungsverhalten beider Personen einer Dyade ausgegangen wird.

Vor der Anwendung des Verfahrens wird die untersuchte Person gefragt, wer zu ihrer Familie gehört, und es wird eine Liste dieser Namen erstellt. Dabei beschränkt sich die Definition der Familie auf eine Gruppe von Personen, mit der die Person den Alltag teilt.

Das Testmaterial für die Anwendung mit den Kindern besteht aus individuellen Kärtchen (6 x 3 cm), die mit den Namen der einzelnen genannten Familienmitglieder bedruckt sind, einem Legebrett und einem Antwortblatt (siehe Formular, Anhang 1-3). Das Legebrett ist entsprechend einer fünfstufigen Likertskala in fünf Spalten aufgeteilt, die von ‚überhaupt nicht‘ bis ‚ganz genau‘ reichen. Diese Kärtchen werden dem Kind nacheinander paarweise vorgelegt, wobei jedes Namenpaar in beiden Richtungen kombiniert wird (A-B und B-A). Zur Erhebung der Kohäsion wird beim Legen jeder Kärtchenkombination folgender Satz mit den entsprechenden Namen gesagt: *„Person ‚A‘ fühlt sich wohl in der Nähe von Person ‚B‘“*. Zu jeder gelegten Kombination wird das Kind darum gebeten, eine der Antwortkategorien auf dem Legebrett zu wählen. Nachdem alle möglichen Kombinationen gelegt wurden, beginnt der gleiche Prozess nun anhand eines anderen Satzes. Der in dieser Studie verwendete Satz zur Beschreibung der Hierarchie lautet übersetzt *„Person ‚A‘ hört auf Person ‚B‘“* und der Satz zur Beschreibung der Negativität lautet übersetzt *„Person ‚A‘ kritisiert Person ‚B‘“*. Für die Eltern existiert eine Fragebogenversion. (siehe Formular, Anhang 1-3)

Auf diese Weise werden für jede Dimension (Kohäsion, Hierarchie, Negativität) verschiedene Charakteristiken des familiären Beziehungsnetzwerkes berechnet und es kann eine graphische Darstellung der Beziehungen in Form eines Netzwerkes erstellt werden (z.B. mit dem Programm PAJEK (Batagelj & Mrvar, 2002)). Folgende Charakteristiken können zu jeder Dimension berechnet werden: Dichte, Prestige, Zentralität und Diskrepanz.

Die ‚Dichte‘ eines Familiensystems bezieht sich auf die Vollständigkeit der Grafik und bestimmt sich aus der Anzahl der bestehenden Linien relativ zur Anzahl der höchst möglichen Anzahl von Linien (siehe Abbildung 1).

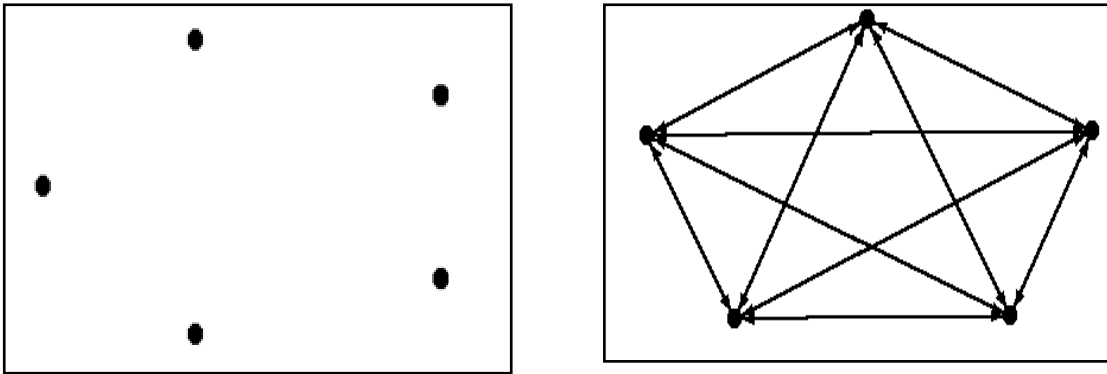


Abbildung 1: Beispiel für eine Dichte von Null (links) und die maximale mögliche Dichte von Eins (rechts) in einer Familie aus fünf Familienmitgliedern
(aus Teodoro, 2005, S.21)

Die ‚Zentralität‘ eines Familienmitglieds wird abgeleitet von der Anzahl der Pfeile, die dieser aussendet (z.B. in der Nähe von wie vielen Familienmitgliedern es sich wohl fühlt). Das ‚Prestige‘ einer Person ergibt sich aus der Anzahl von Pfeilen, die auf sie zeigen (z.B. wie viele Familienmitglieder sich in ihrer Nähe wohl fühlen) (siehe Abbildung 2).

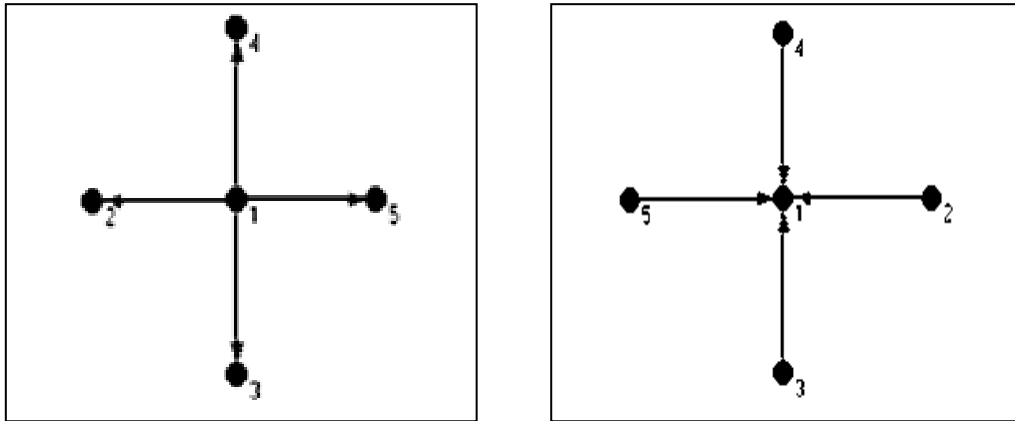


Abbildung 2: Beispiel für die maximale Zentralität (links) und das maximale Prestige (rechts) einer Person in einer Familie aus fünf Familienmitgliedern
(aus Teodoro, 2005, S.23/24)

Die ‚Diskrepanz‘ ist ein Maß für die Dyade und signalisiert, ob sich die beiden Personen einer Dyade in ihrem Verhalten/Empfinden zueinander gleichen oder unterscheiden. An einem Beispiel erklärt, gibt die Diskrepanz wieder, ob sich Person A genauso wohl fühlt in der Nähe von Person B, wie sich jene in der Nähe von Person A fühlt. Über die Differenzbildung der jeweiligen Werte (Likertskala von ‚überhaupt nicht‘ bis ‚ganz genau‘) der bidirektionalen Beziehung (A-B und B-A) wird die Diskrepanz berechnet. Die Diskrepanz I gibt den absoluten Wert der Diskrepanz wieder und ihre Werte variieren zwischen 0 und 1. Die Diskrepanz II gibt die nicht in den Betrag gesetzte Diskrepanz wieder und variiert von -1 bis +1.

Zur Berechnung der Variablen liegen verschiedene Berechnungsformeln vor. Hierzu sei auf Teodoro (2005) verwiesen, der eine genaue Berechnung dieser Variablen und die Schritte zur Erstellung einer Grafik deutlich beschreibt. In der hier vorgestellten Studie wurden alle Variablen auf Basis der fünfstufigen Likert-Skala ausgewertet.

Es liegen noch keine Studien zur Validität und Reliabilität des Verfahrens vor. Das Familiogramm wurde jedoch bereits in Brasilien und der Schweiz eingesetzt und erwies sich als adäquates Instrument zur Untersuchung von Familienbeziehungen (Teodoro, 2005).

Zum besseren Verständnis der Informationen, die mit dem Familiogramm gewonnen werden können, sollen im Folgenden die Variablen Dichte, Zentralität und Prestige an einem Beispiel veranschaulicht werden.

Beispiel:

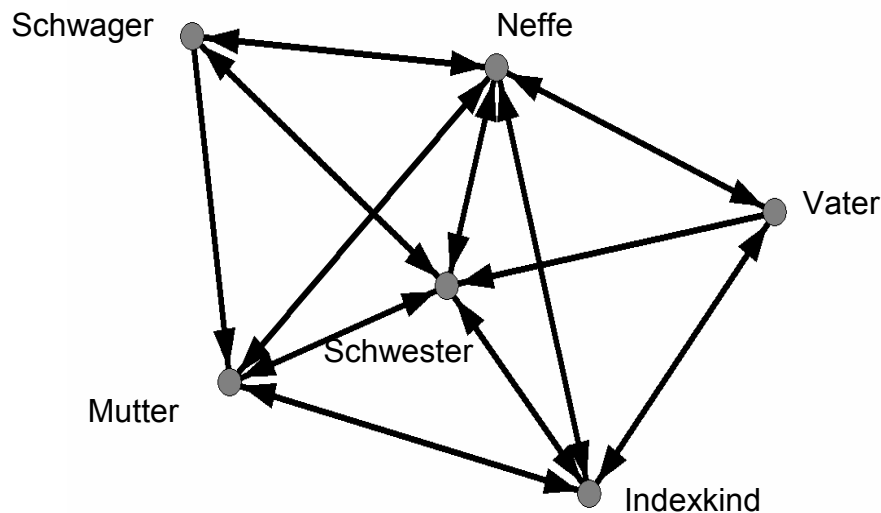


Abbildung 3: Beispiel für die graphische Darstellung der mit dem Familiogramm erfassten Kohäsion einer Familie aus Sicht des Indexkinds

Abbildung 3 stellt die graphische Darstellung der Kohäsion einer Familie aus Sicht eines Kindes mit ADHS dar. Das Kind hat in die Familienbeschreibung sich selbst, den Vater, die Mutter, die bereits verheiratete ältere Schwester, den Schwager und den Neffen einbezogen.

Wie der Abbildung zu entnehmen ist, sind nicht alle möglichen Beziehungslinien zwischen den Familienmitgliedern vorhanden. Die Dichte der gesamten Familie entspricht einem Wert von 0.73 und der Kernfamilie einem

Wert von 0.75. Tabelle 6 gibt die Dichtewerte der Dyaden der Kernfamilie wieder. Wie in der Abbildung zu sehen, besteht zwischen Vater und Mutter keinerlei Beziehung, weswegen die Dichte der Elterndyade Null entspricht. Hingegen besteht zwischen dem Indexkind und seiner Schwester und seinen Eltern jeweils in beiden Richtungen eine Verbindung, weswegen die Dichte dem maximalen Wert 1 entspricht.

Dyade	Dichte zur Kohäsion
Vater-Mutter	0
Indexkind-Vater	1
Indexkind-Mutter-	1
Indexkind-Schwester	1

Tabelle 6: Dichtewerte der Kohäsion einer Beispielfamilie

Der Neffe weist die maximale Zentralität von 1 auf, da er sich in der Nähe aller Familienmitglieder wohl fühlt. Hingegen fühlen sich der Vater und der Schwager in der Nähe weniger Personen wohl und haben jeweils eine Zentralität von 0.7. Das maximale Prestige von 1 haben der Neffe und die Schwester, da sie von allen Familienmitgliedern gewählt werden, d.h. alle Familienmitglieder fühlen sich wohl in deren Nähe. Der Vater und der Schwager weisen das geringste Prestige auf (0.4). In Tabelle 7 sind alle Werte zur Zentralität und zum Prestige der Familienmitglieder einzusehen.

Familienmitglied	Zentralität	Prestige
Vater	0.70	0.40
Mutter	0.75	0.80
Indexkind	0.85	0.80
Schwester	0.80	1.00
Schwager	0.70	0.40
Neffe	1.00	1.00

Tabelle 7. Zentralitäts- und Prestigewerte der Mitglieder einer Beispielfamilie

III.5.3 Der Familien-Identifikations-Test (FIT)

Mit dem Familien-Identifikations-Test (FIT; Remschmidt & Mattejat, 1999) können das Selbstkonzept einer Person, ihre Selbstkongruenz, Fremdkonzepte und ihr Identifikationsmuster untersucht werden. Das Verfahren basiert auf verschiedenen Vorläuferverfahren (Block, 1961; Kelly, 1955) und hat sich als reliabel und valide erwiesen. Aufgrund seiner Ähnlichkeit mit einem Spiel, kann der Test bereits mit Kindern ab dem siebten oder achten Lebensjahr angewandt werden. Die Durchführungsdauer beträgt im Durchschnitt ca. 15 – 20 Minuten. Das Testmaterial besteht aus Testformularen, einem Legebrett und zwölf Kärtchen mit verschiedenen Persönlichkeitseigenschaften. Das Legebrett ist in fünf Spalten eingeteilt, die entsprechend einer fünfstufigen Likert-Skala beschriftet sind von „überhaupt nicht“ bis „ganz genau“. Für die Eltern besteht eine Fragebogenversion. Die zwölf Adjektive können den Dimensionen ‚soziale Aktivität‘, ‚Assertivität‘, ‚soziale Resonanzfähigkeit‘ und ‚emotionale Labilität‘ zugeordnet werden, wie in Tabelle 8 veranschaulicht wird.

Adjektive (und ihre Polung)	Zugehörige Persönlichkeitsdimensionen (Theoretische Zuordnung)
lebhaft (+) gesprächig (+) ruhig (-)	soziale Aktivität
selbstsicher (+) selbständig (+) ängstlich (-)	Assertivität
verständnisvoll (+) rücksichtsvoll (+) freundlich (+)	soziale Resonanzfähigkeit
nervös (+) launisch (+) zufrieden (-)	emotionale Labilität

Tabelle 8: Liste der Adjektive des Familien-Identifikations-Tests (Remschmidt & Mattejat, 1999, S. 10)

Mit dem Legebrett und den Adjektivkärtchen wird der Proband gebeten zu beschreiben, wie er selbst ist (Reales Selbstbild), wie er gerne sein würde (Ideales Selbstbild), wie seiner Meinung nach sein Vater, seine Mutter, seine Geschwister etc. sind. Das Verfahren ist sehr flexibel, so dass zusätzliche Fragen gestellt werden konnten, wie z.B. wie der Proband meint, dass er nach Ansicht seiner Eltern sein sollte (Sollbild), wie sein/e Lieblingslehrer/in, sein/e beste/r Freund/in, sein Idol sind. Jede Person beschreibt der Proband, indem er die Kärtchen in die entsprechenden Antwortspalten legt.

Durch die Korrelation dieser einzelnen Beschreibungen können auf Selbst- und Fremdkonzeptebene verschiedene Variablen gewonnen werden.

Abbildung 4 veranschaulicht diese Variablen.

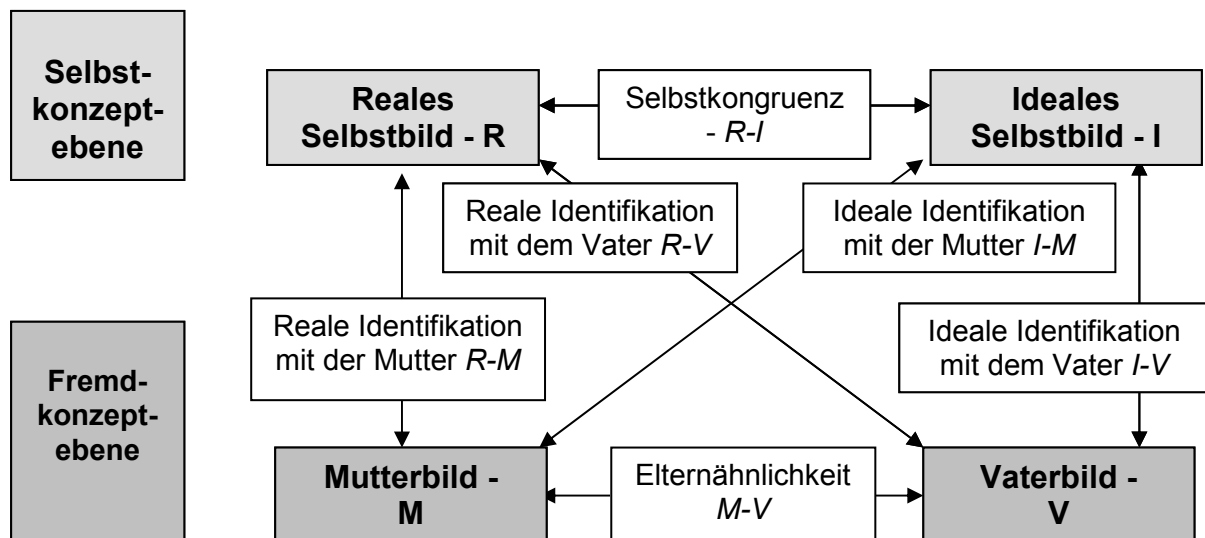


Abbildung 4: Konzeption des Familien-Identifikations-Tests (FIT)

Auf der Selbstkonzeptebene können folgende Aspekte bewertet werden:

1. Korrelation zwischen dem Real- und Idealselbst: Selbstkongruenz (ein hoher Wert bedeutet "ich bin, wie ich sein möchte").

2. Korrelation zwischen dem Real- und Sollbild: Übereinstimmung der realen Selbstbeschreibung mit den Erwartungen der Eltern (ein hoher Wert bedeutet „Ich bin, wie meine Eltern es von mir erwarten“).
3. Korrelation zwischen dem Idealselbst und dem Sollbild: Übereinstimmung zwischen dem Idealen Selbstbild und den Erwartungen der Eltern (ein hoher Wert bedeutet „Ich würde gerne so sein, wie es meine Eltern von mir erwarten“).

Anhand der Fremdkonzepte (Beschreibungen anderer Personen durch den Probanden) werden die reale und ideale Identifikation des Probanden mit einer Person abgeleitet:

1. Korrelation zwischen dem Realen Selbstbild und einem Fremdkonzept X: Ausmaß der wahrgenommenen Ähnlichkeit zwischen sich selbst und Person X (z.B. „Ich bin so wie meine Mutter/mein Vater.“)
2. Korrelation zwischen dem Idealen Selbstbild und einem Fremdkonzept: Ausmaß, in dem der Proband wie Person X sein möchte (Modellfunktion der Person X; z.B. „Ich möchte so sein wie meine Mutter/mein Vater.“).

Je höher die Korrelation, desto größer ist die Identifikation mit der entsprechenden Person.

Das Verfahren weist eine akzeptable Test-Retest-Reliabilität und Konstruktvalidität auf (Renschmidt & Matthejat, 1999). Der FIT wurde ebenfalls bereits in Studien zur ADHS (Käppler, 2005) und bei brasilianischen Stichproben eingesetzt (Graeff-Martins et al., submitted; Käppler, 2002; Käppler, 2005; Teodoro, 2000; Teodoro, 2005;) und hat sich als auf eine brasilianische Stichprobe übertragbar erwiesen.

III.6 INTERVENTIONEN

Die Patienten mit ADHS wurden entweder rein medikamentös behandelt oder nahmen zusätzlich zur medikamentösen Behandlung während der ersten drei Monate des Untersuchungszeitraumes an einer manualisierten kognitiven Verhaltenstherapie teil. Im Folgenden sollen beide Behandlungsformen beschrieben werden.

III.6.1 Medikamentöse Behandlung

Die Patienten wurden gemäß des Protokolls der Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit schnell freigesetztem Methylphenidat behandelt. Die Dosis des Methylphenidats wurde erhöht bis keine weitere klinische Verbesserung eintrat oder unerwünschte Nebeneffekte festgestellt wurden (Rohde, 2002). Das Methylphenidat wurde bevorzugt zweimal am Tag verabreicht (acht Uhr morgens und mittags), jedoch wurde eine extra Dosis um fünf/sechs Uhr nachmittags verschrieben, wenn ein Kind am Abend die kontinuierliche Deckung benötigte. Die Durchschnittsdosis des verschriebenen Methylphenidats betrug 0.45 mg/kg/Tag.

III.6.2 Kombinierte Behandlung mit verhaltenstherapeutischem Trainingsprogramm

Die Kinder mit ADHS und ihre Eltern nahmen über den Zeitraum von zwölf Wochen an einer manualisierten Gruppenverhaltenstherapie mit Elternteraining teil. Die Intervention wurde von einer in Verhaltenstherapie ausgebildeten Psychologin durchgeführt. Das verwendete Manual (Knapp, Rohde, Lyszkowski, & Johannpeter, 2002) basierte auf den Manualen von Barkley (1997) und der MTA-Studie (*Multimodal Treatment Study for Children with ADHD*) (Arnold et al., 1997). Zwölf Verhaltenstherapiesitzungen wurden direkt mit den Kindern und vier zusätzliche Sitzungen mit den Eltern, meist der

Mutter, durchgeführt. Die Behandlung umfasste eine informative Einführung zur Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung, die Einführung des Punktesystems, Selbstinstruktion, Problemlösung, Selbstkontrolle und Selbstevaluation, Planung und terminliche Festlegung von Aktivitäten und die Registrierung dysfunktionaler Gedanken. Alle Kinder befanden sich bei Beginn der Verhaltenstherapie und des Elterntrainings seit mindestens drei Monaten in erfolgreicher Behandlung mit Methylphenidat und setzten die medikamentöse Behandlung nach Ende der Verhaltenstherapie fort.

III.7 DATENANALYSE

Nach Eingabe der erhobenen Rohdaten in Excel wurden die Untersuchungsvariablen berechnet, und im Anschluss zur statistischen Analyse auf SPSS 13.0 übertragen.

Bei allen statistischen Analysen wurde ein zweiseitiges Signifikanzniveau kleiner 5% akzeptiert (mit Ausnahme konfundierender Variablen, siehe unten).

Die Prüfung der abhängigen Variablen auf Normalverteilung erfolgte anhand des Kolmogorov-Smirnov-Tests. Die Variablen des Familiensystemtests und des Familiogramms erwiesen sich als nicht normalverteilt, und die Variablen des Familien-Identifikations-Tests als normalverteilt. Aufgrund dessen wurden die Daten des Familiensystemtests und des Familiogramms mit nicht-parametrischen und die Daten des Familien-Identifikations-Tests mit parametrischen Tests analysiert. Die Korrelationen des FIT wurden für die statistischen Analysen in Fisher's Z-Werte transformiert und zur Präsentation der Ergebnisse wieder in Korrelationen zurücktransformiert.

Kontrollvariablen:

Die Analyse auf einen Geschlechtseffekt erfolgte anhand des Mann-Whitney-U-Tests (nicht normalverteilt) und des Student-T-Tests (normalverteilt). Der

Zusammenhang zwischen dem Alter der Kinder und der Kinderanzahl pro Familie wurden mit der Spearman-(nicht normalverteilt) und der Pearson-Korrelation analysiert. Die Effekte des Bildungsniveaus der Eltern, des Monatseinkommens und des Familienstands der Eltern wurden mit dem Kruskal-Wallis-Test (nicht normalverteilt) und der einfaktoriellen Varianzanalyse (normalverteilt) überprüft.

Intragruppenvergleiche:

Innerhalb der Stichproben erfolgte der Vergleich der abhängigen Variablen anhand des Wilcoxon-Tests (bei nicht normalverteilten Intervalldaten), des Student-T-Tests für abhängige Stichproben (bei normalverteilten Intervalldaten), des McNemar-Tests (Nominaldaten) und des Chi-Quadrat-Tests (Nominaldaten).

Zur Untersuchung auf Perspektivenunterschiede zwischen Kindern, Müttern und Vätern wurden der Friedman-Test (bei nicht normalverteilten Intervalldaten), der Wilcoxon-Test (bei nicht normalverteilten Intervalldaten), der McNemar-Test (Nominaldaten) und der Cochran-Test (Nominaldaten) angewandt.

Der Vergleich der Messwerte der verschiedenen Erhebungszeitpunkte (T1 - T2, T1 - T3) erfolgte beim FAST und FG (nicht normalverteilt) mit dem Friedman-Test und Wilcoxon-Test sowie beim FIT mit der einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung oder dem Student-T-Test für abhängige Stichproben.

Intergruppenvergleiche:

Der Vergleich der Stichproben bezüglich der demographischen Variablen (Alter und Geschlecht der Kinder, Bildungsniveau der Eltern, Einkommen) und Familiencharakteristiken (Familienstand und Familiengröße) wurde mit dem Chi-Quadrat-Test und dem Fisher's Exakt Test (diskrete Variablen) und dem Student-T-Test für unabhängige Stichproben und der einfaktoriellen Varianzanalyse durchgeführt.

Der Vergleich der Stichproben bezüglich der mit dem FAST, FIT und FG erhobenen abhängigen Variablen erfolgte anhand von Kovarianzanalysen (ANCOVA). Hierbei wurde beim Familiensystemtest und beim Familiogramm die Normalverteilungs-Voraussetzung gebrochen.

Zum Vergleich der Stichproben bezüglich der Differenzen zwischen den Erhebungszeitpunkten (FAST, FIT und FG) wurden die Werte von T2 und T3 von den Werten in T1 subtrahiert (T1-T2, T1-T3). Der Vergleich der Stichproben bezüglich dieser Differenzen erfolgte ebenfalls mit Kovarianzanalysen.

Potentielle konfundierende Variablen wurden als Kovariaten in die Analyse aufgenommen, wenn der Zusammenhang mit dem Studienfaktor (Stichprobe) und den Outcome-Variablen (FAST, FIT, FG) $p \leq 0.20$ betrug.

Dropouts:

Dropouts im sechsten Monat wurden gemäß der Methode ‚*last observation carried forward*‘ (LOCF) ersetzt (ADHS-Gruppe in medikamentöser Behandlung: $n=7$, ADHS-Gruppe in kombinierter Behandlung: $n=6$, Kontrollgruppe: $n=5$). Da die familiäre Kohäsion und Hierarchie, die Selbstkongruenz und die Identifikationen dazu tendierten, im Verlauf der Behandlung zuzunehmen, konnte diese Methode den Behandlungseffekt nicht vergrößern. Dropouts unterschieden sich hinsichtlich demographischer oder familienbezogener Charakteristiken nicht signifikant von den Teilnehmern, die an allen Erhebungszeitpunkten teilnahmen. Die Kinder, die zum letzten Messzeitpunkt nicht mehr an der Untersuchung teilnahmen, wiesen zu Beginn der Studie eine tendenziell höhere reale ($T=2.01$, $p=.052$) und signifikant höhere ideale Identifikation ($T=3.08$, $p=.004$) mit dem Geschwister auf, unterscheiden sich jedoch nicht bezüglich der mit dem FAST und FG erhobenen Familienbeziehungen.

Bei der Darstellung der Ergebnisse in den Tabellen und Grafiken wird im Folgenden die übliche Kennzeichnung für das Signifikanzniveau verwendet:

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$; (T) $p \leq .10$ (statistische Tendenz).

IV ERGEBNISSE

In diesem Kapitel sollen die Ergebnisse der Studie in drei Blöcken vorgestellt werden. (1) Zunächst werden die Ergebnisse zu den Familienbeziehungen und Identifikationsmustern der Familien mit einem ADHS-Kind präsentiert. (2) Anschließend werden die Ergebnisse zum Querschnittvergleich der Familien der ADHS- und der Kontrollgruppe vorgestellt. (3) Zuletzt werden die Längsschnitt-Ergebnisse zu den Familienbeziehungen und Identifikationsmustern der Patienten (medikamentöse oder kombinierte Behandlung) zu Beginn und zum Ende der Therapie und zum 3-Monate-Follow-up dargestellt und den entsprechenden Verlaufsdaten der Kontrollgruppe gegenübergestellt. Zur besseren Verständlichkeit sollen die mit den einzelnen Verfahren gewonnenen Ergebnisse getrennt aufgeführt werden.

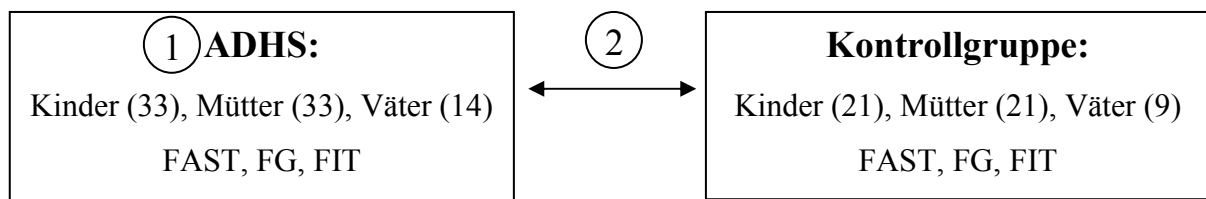


Abbildung 5: Querschnittuntersuchung: 1) Untersuchung innerhalb der ADHS-Stichprobe, 2) Vergleich der ADHS- und Kontrollgruppe (Angaben zur jeweiligen Stichprobengröße in Klammer)

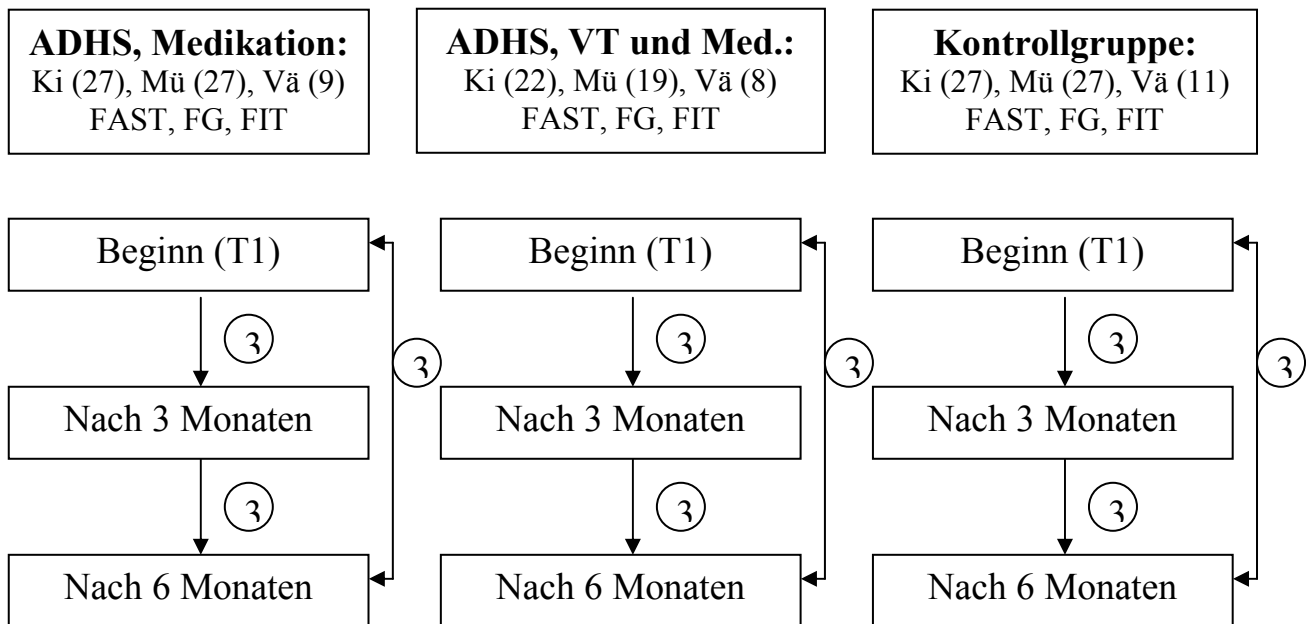


Abbildung 6: 3) Längsschnittuntersuchung: Vergleich der Messzeitpunkte (Angaben zur jeweiligen Stichprobengröße in Klammer)

IV.1 FAMILIENBEZIEHUNGEN, SELBSTKONGRUENZ UND IDENTIFIKATIONSMUSTER AUS SICHT DES KINDES MIT ADHS SOWIE SEINER ELTERN

In diesem Abschnitt sollen die Ergebnisse zu den Familienbeschreibungen der Kinder und Jugendlichen mit ADHS und ihrer Eltern vorgestellt werden. Mit dem Familiensystemtest (FAST) wurden die Kohäsion und Hierarchie der Familie und mit dem Familiogramm (FG) die Kohäsion, Hierarchie und Negativität der Familie erhoben. Anhand des Familien-Identifikations-Tests (FIT) wurden die Selbstkongruenz des Kindes, wie auch die Identifikationsmuster des Kindes und seiner Eltern erhoben. Aufgrund der geringeren Anzahl von Kindern, die mehr als ein Geschwister hatte, wurde nur die Beziehung zum ältesten Geschwister untersucht.

Die Familienbeschreibungen der Kinder mit ADHS, die in der vorliegenden Untersuchung im Fokus stehen, werden in Abbildungen veranschaulicht. Die detaillierten Ergebnisse zu den Kindern, Müttern und Vätern werden in Tabellen dargestellt. Im Anhang befinden sich weitere Ergebnistabellen.

IV.1.1 Kohäsion der Familie anhand des FAST

Die Kohäsion der Familie und ihrer Subsysteme ist, wie in Abschnitt III.5.1 dargelegt, über die Nähe/Distanz der Figuren in den Familienrepräsentationen operationalisiert.

Zunächst wird überprüft, ob sich Unterschiede ergeben bezüglich des Geschlechts und Alters der Kinder, der Komorbidität mit einer Störung des Sozialverhaltens und des Zivilstatus der Eltern (siehe Tabelle 30, Tabelle 33, Tabelle 36 und Tabelle 39 im Anhang). Die Jungen stellen die Vater-Kind-Beziehung mit einer Tendenz kohäsiver dar als die Mädchen ($Z=-1.87$, $p=.065$). Zum Alter der Kinder und Jugendlichen wird bei Berechnung der Spearman-Korrelation kein Zusammenhang gefunden. Ebenso unterscheiden sich die Darstellungen der Kinder mit und ohne komorbider Störung des Sozialverhaltens nicht signifikant voneinander. Jedoch besteht ein signifikanter Effekt des Zivilstatus der Eltern in der Hinsicht, dass Kinder geschiedener oder alleinerziehender Eltern im Vergleich zu Kindern verheirateter Eltern eine weniger kohäsive Beziehung ($Z=-3.03$, $p=.004$) zwischen Vater und Mutter beschreiben. Bezüglich der restlichen Familienbeziehungen (Vater-Kinder, Mutter-Kinder, Geschwister) wird jedoch kein Unterschied festgestellt.

Eine MANOVA zur Überprüfung auf Wechselwirkungen zwischen Geschlecht und Alter der Kinder und Zivilstatus der Eltern bezüglich der dargestellten Kohäsion erbringt keine signifikanten Ergebnisse.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse zum Vergleich der Kohäsion in den verschiedenen Subsystemen der Familie vorgestellt werden. Zur Berechnung der Kohäsion der verschiedenen Subsysteme wird auf die Erklärungen in Abschnitt III.5.1 verwiesen.

In den Familienrepräsentationen der Kinder wird das Subsystem der Eltern signifikant kohäsiver dargestellt als das Geschwister- ($Z=-2.03$, $p=.042$) und das Vater-Kinder-Subsystem ($Z=-2.12$, $p=.034$) (siehe Abbildung 7).

Bei den Müttern hingegen wird lediglich ein tendenziell signifikanter Unterschied zwischen der Kohäsion des Eltern- und Geschwistersubsystems deutlich ($Z=-1.93$, $p=.053$).

Die kleinere Stichprobe der Väter ($n=14$) bildet die Kohäsion des Elternsubsystems ebenso signifikant höher als die des Geschwister- ($Z=-2.03$, $p=.042$), Vater-Kinder- ($Z=-2.06$, $p=.040$) und Mutter-Kinder-Subsystems ($Z=-2.91$, $p=.004$) ab.

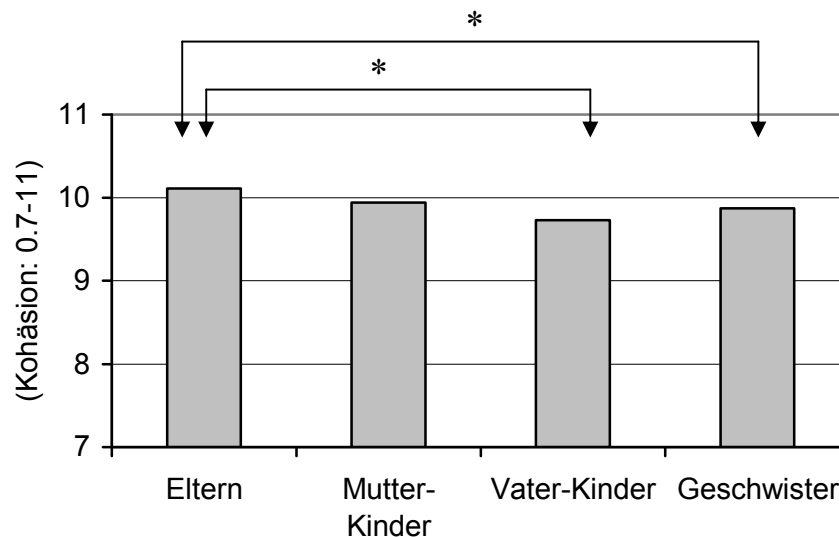


Abbildung 7: Kohäsion der Subsysteme in der Familienrepräsentation der Kinder mit ADHS (FAST)

Vergleicht man die Kohäsion zwischen Kind mit ADHS und Vater/Mutter und die Kohäsion zwischen Geschwisterkindern ohne ADHS und Vater/Mutter, so findet man weder in den Repräsentationen der Kinder, noch in jenen der Mütter und Väter einen signifikanten Unterschied in der Kohäsionsausprägung. Die Ergebnisse hierzu finden sich in Tabelle 29 im Anhang.

Tabelle 9 enthält die Kohäsionswerte der Familienbeschreibungen der Kinder, Mütter und Väter. Die verschiedenen Perspektiven werden mit dem Friedman-Test und dem Wilcoxon-Test auf signifikante Unterschiede getestet. Obwohl die Vergleiche mit den Daten der Väter auf einer kleineren Stichprobe basieren (n=14 Vater-Mutter-Kind-Triaden), werden in der Tabelle die Werte der jeweiligen Gesamtstichproben dargestellt.

Tabelle 9: Kohäsion der Familie und der Subsysteme aus Sicht der Kinder mit ADHS und ihrer Mütter und Väter in der Typischen Repräsentation (FAST)

Familie und Subsysteme	Kohäsion			M-K:	V-M-K:
	Kind (n=33)	Mutter (n=33)	Vater (n=14)	Z/ Signifikanz	X ² / Signifikanz
Familie	9.87 (1.11)	9.99 (1.24)	10.47 (0.45)	-0.68	7.09 *
Eltern	10.11 (1.95)	10.02 (2.28)	10.97 (0.11)	-0.86	4.26
Mutter-Kinder	9.94 (1.13)	10.25 (1.04)	10.37 (0.49)	-1.14	0.15
Vater-Kinder	9.73 (1.20)	9.67 (1.99)	10.45 (0.75)	-0.18	5.00 (T)
Geschwister	9.87 (1.33)	9.96 (0.88)	10.33 (0.74)	-0.68	7.52 *

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; Mittelwerte und Standardabweichung in Klammer (Wertebereich 0.7 bis 11); V=Vater, M=Mutter, K=Kind;

Wie in Tabelle 9 veranschaulicht wird, unterscheiden sich die Familienbeschreibungen der Kinder, Mütter und Väter (jeweils n=14) signifikant bezüglich der Kohäsion des gesamten Familiensystems, des Geschwistersubsystems und tendenziell auch bezüglich des Vater-Kinder-Subsystems. Eine differenziertere Analyse anhand des Wilcoxon-Testes zeigte, dass die Väter im Vergleich zu den Kindern das Familiensystem als Ganzes (Z=

-2.58, $p=.010$), das Geschwistersubsystem ($Z=-2.52$, $p=.012$) und das Vater-Kinder-Subsystem ($Z=-2.22$, $p=.026$) signifikant kohäsiver darstellen. Hingegen sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den Repräsentationen der Mütter und Kinder, wie auch der Mütter und Väter vorhanden.

Beim Vergleich der Repräsentationen der gesamten Kinder- und Mütterstichproben (jeweils $n=33$) resultieren ebenfalls keine signifikanten Unterschiede.

IV.1.2 Familienhierarchie anhand des FAST

Die Hierarchische Struktur der Familie wird beim Familiensystemtest, wie in Kapitel III.5.1 dargelegt, über die Höhenunterschiede der aufgestellten Figuren erfasst. Die vom Probanden bestimmte Höhe der Figur bzw. des Familienmitglieds repräsentiert deren Macht und Einfluss.

Zunächst wird auf Unterschiede bezüglich des Geschlechts und Alters der Kinder, der Komorbidität mit einer Störung des Sozialverhaltens und des Zivilstatus der Eltern überprüft (siehe Tabelle 30, Tabelle 33, Tabelle 36 und Tabelle 39 im Anhang). Es wird kein signifikanter Zusammenhang der dargestellten Hierarchie mit dem Geschlecht und Alter der Kinder und Jugendlichen gefunden. Die Kinder mit komorbider Störung des Sozialverhaltens stellen die Familie im Durchschnitt weniger hierarchisch dar, wobei auf Subsystemebene keine signifikanten Unterschiede registriert werden ($Z=-2.11$, $p=.036$). Der Zivilstatus der Eltern beeinflusst die wahrgenommene Hierarchie insofern, dass die Kinder geschiedener oder alleinerziehender Eltern eine tendenziell geringere Hierarchie zwischen dem Vater und den Kindern darstellen ($Z=-1.75$, $p=.089$). Bei diesen Familien lebt der Vater meist von den Kindern getrennt, pflegt jedoch Kontakt zu ihnen, oder ist überhaupt nicht präsent, und/oder der aktuelle Partner der Mutter wird von den Kindern als Vater betrachtet.

Abbildung 8 gibt die Hierarchie der Familiensubsysteme aus Sicht der Kinder wieder und Tabelle 10 fasst die Hierarchiewerte der Familienrepräsentationen der Kinder, Mütter und Väter zusammen. Es wird sowohl die durchschnittliche Familienhierarchie (Durchschnitt der absoluten Hierarchiewerte aller möglichen Dyaden in der Familie) als auch die intergenerationale Familienhierarchie (Differenz des weniger mächtigen Elternteils zum mächtigsten Kind) angegeben. Die Geschwisterhierarchie wurde über den Durchschnitt der absoluten Hierarchiewerte aller Geschwisterdyaden berechnet. Die Hierarchiewerte der anderen Subsysteme wurden gemäß der in Absatz III.5.1 vorgestellten Auswertungsweise berechnet. Wie im vorigen Abschnitt wurden auch hier die Ergebnisse der jeweiligen Gesamtstichproben angegeben.

In den Familienrepräsentationen der Kinder und Jugendlichen werden das Vater-Kinder-Subsystem signifikant ($Z=-2.17$, $p=.030$) und das Mutter-Kinder-Subsystem tendenziell ($Z=-1.71$, $p=.086$) hierarchischer dargestellt als das Elternsystem. Andererseits ist die Hierarchie des Elternsystems signifikant höher als jene des Geschwistersystems ($Z=-2.49$, $p=.013$) (siehe Abbildung 8).

Aus Perspektive der Mütter wird das Elternsystem ebenfalls hierarchischer dargestellt als das Geschwistersystem ($Z=-2.79$, $p=.005$).

Ähnlich wie die Kinder repräsentieren die Väter das Elternsystem ebenfalls tendenziell hierarchischer als das Geschwistersystem ($Z=-1.89$, $p=.059$) und signifikant weniger hierarchisch als das Vater-Kinder- ($Z=-2.46$, $p=.014$) und Mutter-Kinder-Subsystem ($Z=-2.95$, $p=.003$).

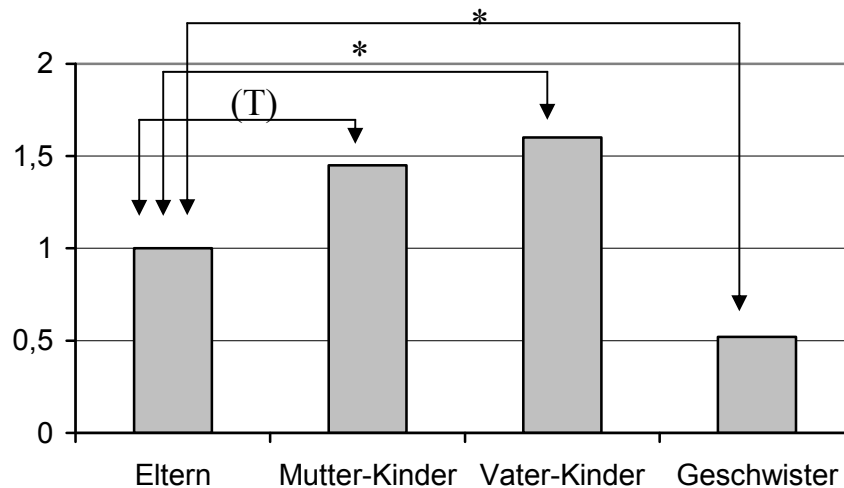


Abbildung 8: Hierarchie der Subsysteme in der Familienrepräsentation der Kinder mit ADHS (FAST)

Tabelle 10: Hierarchie der Familie und der Subsysteme aus Sicht der Kinder mit ADHS und ihrer Mütter und Väter in der Typischen Repräsentation (FAST)

Familie und Subsysteme	Hierarchie			M-K: Z/ Signifikanz	V-M-K: X ² / Signifikanz
	Kind (n=33)	Mutter (n=33)	Vater (n=14)		
Familie (durchschnittlich)	1.20 (0.59)	0.71 (0.75)	1.20 (.060)	-2.76 **	4.42
Familie (intergenerational)	0.79 (1.39)	0.36 (1.17)	1.50 (1.02)	-1.17	6.88 *
Eltern	1.0 (0.79)	0.87 (0.76)	0.50 (.065)	-1.34	6.70 *
Mutter-Kinder	1.45 (1.23)	0.96 (1.07)	1.86 (1.03)	-1.93 (T)	3.96
Vater-Kinder	1.60 (1.03)	0.83 (1.18)	1.64 (1.00)	-2.43 *	4.23
Geschwister	0.52 (0.75)	0.36 (0.55)	0.00 (0.00)	-0.98	7.11 *

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; Mittelwerte und Standardabweichung in Klammer;
V=Vater, M=Mutter, K=Kind;

Die Perspektiven der Kinder, Mütter und Väter (jeweils $n=14$) bezüglich der hierarchischen Struktur der Familie werden mit dem Friedman-Test verglichen. Wie in Tabelle 10 gekennzeichnet unterscheiden sich ihre Darstellungen signifikant hinsichtlich der intergenerationalen Familienhierarchie und der Eltern- und Geschwisterhierarchie. Die differenziertere Auswertung dieser

Unterschiede mit dem Wilcoxon-Test zeigte, dass die Väter die intergenerationale Familienhierarchie signifikant höher einschätzen als die Kinder ($Z=-2.43$, $p=.015$) und Mütter ($Z=-.2.12$, $p=.034$). Andererseits bilden die Väter das Elternsubsystem mit einer Tendenz weniger hierarchisch als die Kinder ($Z=-1.89$, $p=.059$) und Mütter ($Z=-1.89$, $p=.059$) ab. Das Geschwistersubsystem wird von den Kindern signifikant hierarchischer portraitiert als von den Vätern ($Z=-2.02$, $p=.043$).

Beim Vergleich der Repräsentationen der 33 Kind-Mutter-Dyaden zeigt sich, dass die Kinder die durchschnittliche Familienhierarchie ($Z=-2.76$, $p=.006$) und die Hierarchie des Vater-Kinder-Subsystems ($Z=-2.43$, $p=.015$) signifikant höher und die Hierarchie des Mutter-Kinder-Subsystems ($Z=-1.93$, $p=.054$) tendenziell höher beurteilen als die Mütter.

IV.1.3 Kohäsion der Familie anhand des FG

Die familiäre Kohäsion wurde mit dem Familiogramm anhand des Satzes „Person A’ fühlt sich wohl in der Nähe von ,Person B’“ erfasst. Alle möglichen Dyaden einer Familie wurden in diesem Satz in beiden Richtungen gegenübergestellt, wie z.B.: (1) „Peter fühlt sich wohl in der Nähe von Anna“ und (2) „Anna fühlt sich wohl in der Nähe von Peter“. Diese Aussagen werden auf einer fünfstufigen Likertskala von „überhaupt nicht“ bis „ganz genau“ eingestuft. Die Beziehung zwischen beiden Personen einer Dyade wird somit bidirektional beschrieben. Wie in Abschnitt III.5.2 beschrieben, können mit dem Familiogramm die Dichte und Diskrepanz der Familienbeziehungen, wie auch die Zentralität und das Prestige der Familienmitglieder gemessen werden.

In diesem Abschnitt sollen die Ergebnisse der Familienbeschreibungen der Kinder, Mütter und Väter in Bezug auf die Kohäsion der Familie vorgestellt werden.

Zunächst wird auf einen Effekt des Geschlechts und Alters der Kinder, der Komorbidität mit einer Störung des Sozialverhaltens und des Zivilstatus der Eltern untersucht (siehe Tabelle 31, Tabelle 34, Tabelle 37 und Tabelle 40 im Anhang).

Es wird kein Zusammenhang mit dem Geschlecht der Kinder und Jugendlichen gefunden. Im Gegensatz zur mit dem FAST erhobenen Kohäsion der Familienbeziehungen korrelieren mehrere Kohäsionsvariablen des Familiogramms mit dem Alter der Kinder und Jugendlichen. Die Dichte der Familie als Ganzes ($r=-.489$, $p=.004$) und des Geschwister- ($r=-.513$, $p=.012$) und Vater-Kinder-Subsystems ($r=-.646$, $p=.000$) korrelieren negativ mit dem Alter des Kindes. Ebenso finden sich negative Korrelationen zur Zentralität des Indexkindes ($r=-.390$, $p=.028$), des Vaters ($r=-.501$, $p=.007$) und des Geschwisters ($r=-.434$, $p=.038$) und zum Prestige des Indexkindes ($r=-.480$, $p=.005$), des Vaters ($r=-.454$, $p=.015$), der Mutter ($r=-.374$, $p=.035$) und des Geschwisters ($r=-.568$, $p=.005$).

Die Kinder mit komorbider Störung des Sozialverhaltens stellen die Familie insgesamt signifikant weniger kohäsiv dar ($Z=-2.53$, $p=.011$). Auf Subsystemebene beschreiben sie die Elternbeziehung ($Z=-3.06$, $p=.003$) signifikant weniger kohäsiv und die Vater-Kind-Beziehung ($Z=-2.03$, $p=.059$) mit einer statistischen Tendenz weniger kohäsiv als die Kinder ohne komorbider Störung des Sozialverhaltens. Es wird kein Effekt des Zivilstatus der Eltern beobachtet.

Im Folgenden sollen die Kohäsionswerte der Subsysteme und Dyaden aus Sicht der Kinder, der Mütter und der Väter vorgestellt und einander gegenübergestellt werden. Die Dichte der Beziehungen, d.h. die Intensität der Beziehung einer Dyade (von „überhaupt nicht“ bis „ganz genau“) relativ zur maximal möglichen Intensität („ganz genau“), gibt das Konzept der Kohäsion am besten wieder.

Eine hohe Dichte der Dyade oder des Subsystems bedeutet demnach, dass sich alle Beteiligten in der Gesellschaft der anderen wohl fühlen.

Abbildung 9 gibt die Kohäsion der Familiensubsysteme aus Sicht der Kinder wieder.

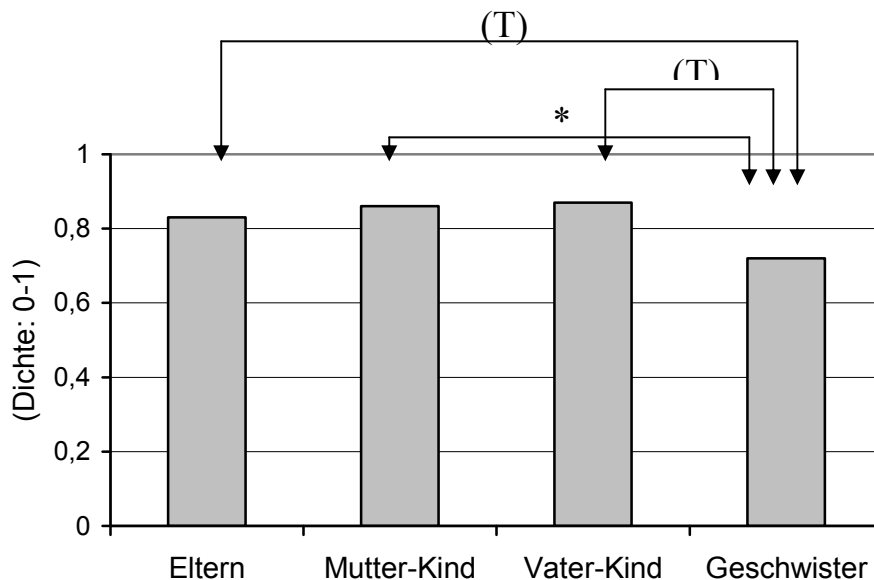


Abbildung 9: Kohäsion der Subsysteme aus Sicht der Kinder mit ADHS (FG)

Die Kinder beschreiben das Subsystem der Geschwister signifikant weniger kohäsiv als die Mutter-Kind-Dyade ($Z=-2.51$, $p=.012$) und mit einer Tendenz ebenso weniger kohäsiv als das Elternsystem ($Z=-1.80$, $p=.072$) und die Vater-Kind-Dyade ($Z=-1.92$, $p=.055$). Die Beziehung des Kindes mit dem ältesten Geschwister wird als signifikant weniger kohäsiv als die Beziehung des Kindes mit der Mutter eingeschätzt ($Z=-2.43$, $p=.015$). Um diese Ergebnisse auf Altersunterschiede zu testen wird eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt. Dabei werden das Alter als Zwischensubjektfaktor und jeweils zwei Dichtewerte als abhängige Variablen eingegeben. Es werden kein Haupteffekt des Alters und keine Wechselwirkung festgestellt.

Aus Sicht der Mütter ist die Mutter-Indexkind-Dyade signifikant kohäsiver als das Eltern- ($Z=-2.72$, $p=.006$) und Geschwistersubsystem ($Z=-3.24$, $p=.001$) und die Vater-Kind- ($Z=-3.10$, $p=.002$) und ältestes-Geschwister-Kind- Dyade ($Z=-3.11$, $p=.002$). Die anderen Dyaden unterscheiden sich nicht signifikant in ihrer Kohäsion.

Die Väter hingegen stellen die Kohäsion der Familie ähnlich wie die Kinder dar. Das Geschwistersubsystem und die Dyade ältestes-Geschwister-Kind werden signifikant weniger kohäsiv dargestellt als die Eltern- ($Z=-2.37$, $p=.018$ und $Z=-2.02$, $p=.043$), Vater-Kind- ($Z=-2.10$, $p=.036$ und $Z=-2.20$, $p=.028$) und Mutter-Kind-Dyade ($Z=-2.10$, $p=.036$ und $Z=-2.20$, $p=.028$). Die Kohäsionswerte der anderen Dyaden unterscheiden sich nicht signifikant.

Tabelle 11 gibt die Dichtewerte zur Kohäsion der Kernfamilie, des Geschwistersubsystems und der Dyaden Vater-Mutter, Mutter-Kind, Vater-Kind und ältestes-Geschwister-Kind aus Sicht der Kinder, Mütter und Väter wieder.

Tabelle 11: Dichtewerte zur Kohäsion der Familie aus Sicht der Kinder mit ADHS, ihrer Mütter und Väter (FG)

Familie, Subsysteme, Dyaden	Kohäsion (Dichte)			M-K:	V-M-K:
	Kind (n=33)	Mutter (n=33)	Vater (n=14)	Z/ Signifikanz	χ^2 / Signifikanz
Familie	0.83 (0.16)	0.78 (0.18)	0.86 (0.14)	-1.18	1.08
Geschwister	0.72 (0.28)	0.63 (0.26)	0.69 (0.30)	-1.53	1.35
Eltern	0.83 (0.22)	0.74 (0.24)	0.87 (0.18)	-0.96	1.58
Mutter-Kind	0.86 (0.25)	0.88 (0.18)	0.90 (0.14)	-0.35	1.54
Vater-Kind	0.87 (0.20)	0.74 (0.27)	0.88 (0.15)	-2.03 *	1.27
Geschwister1- Kind	0.72 (0.28)	0.62 (0.30)	0.65 (0.34)	-1.47	2.07

* $p \leq .05$; Mittelwerte und Standardabweichung in Klammer (Wertebereich 0 bis 1); V=Vater, M=Mutter, K=Kind;

Die Dichtewerte der vierzehn Kind-Mutter-Vater-Triaden wurden mit dem Friedman-Test auf Unterschiede geprüft. Es wurden keine signifikanten Unterschiede gefunden.

Vergleicht man jedoch die Gesamtstichproben der Kinder und ihrer Mütter, unterscheiden sich diese signifikant in der Beschreibung der Kohäsion der Vater-Kind-Dyade ($Z=-2.03$, $p=.043$). Die Mütter schätzen die Beziehung zwischen Vater und Kind weniger kohäsiv ein als das Kind selbst.

Auf der individuellen Ebene können die Zentralität und das Prestige jedes Familienmitglieds bezüglich der Kohäsion gemessen werden. Die Zentralität gibt wieder, bei wie vielen der maximal möglichen Anzahl der Familienmitglieder sich die betreffende Person wohl fühlt. Das Prestige ist ein Maß dafür, wie wohl sich die anderen Familienmitglieder in der Nähe der betreffenden Person fühlen. Im Folgenden sollen die Zentralität und das Prestige der einzelnen Familienmitglieder aus Sicht der Kinder mit ADHS, der Mütter und der Väter vorgestellt werden.

Tabelle 12 enthält die Zentralitäts- und Prestigewerte der einzelnen Familienmitglieder für die Gesamtstichproben der Kinder, Mütter und Väter.

Nach Ansicht der Kinder, hat das älteste Geschwister eine signifikant geringere Zentralität als die Mutter ($Z=-2.14$, $p=.033$). Die anderen Familienmitglieder unterscheiden sich jedoch nicht signifikant bezüglich der Zentralität. Zudem werden keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Prestiges der einzelnen Personen gefunden.

Die Mütter hingegen schreiben sich selbst eine signifikant höhere Zentralität als dem Vater ($Z=-2.82$, $p=.005$), dem Kind ($Z=-2.18$, $p=.029$) und dem ältesten Geschwister ($Z=-2.32$, $p=.021$) zu. Ihr Prestige ist ebenfalls signifikant höher als das des Kindes ($Z=-2.04$, $p=.041$) und des ältesten Geschwisters ($Z=-2.47$,

p=.013) und mit einer Tendenz ebenfalls höher als das Prestige des Vaters ($Z=-1.68$, $p=.092$).

Die Väter beschreiben sich selbst ($Z=-2.21$, $p=.027$) und die Mütter ($Z=-2.32$, $p=.020$) mit signifikant höherer Zentralität als das älteste Geschwister. Zudem erlangt die Mutter in ihrer Familienbeschreibung ein tendenziell höheres Prestige als das älteste Geschwister ($Z=-1.86$, $p=.063$).

Tabelle 12: Zentralität und Prestige der Familienmitglieder bezüglich der familiären Kohäsion aus Sicht der Kinder, ihrer Mütter und Väter (Familiogramm)

Variablen	Subsysteme	Kohäsion			χ^2 / Signifikanz (n=14)
		Kinder (n=33)	Mütter (n=33)	Väter (n=14)	
Zentralität	Vater	0.84 (0.18)	0.74 (0.21)	0.87 (.017)	2.84
	Mutter	0.86 (0.17)	0.84 (0.15)	0.90 (0.13)	0.67
	Kind	0.84 (0.15)	0.77 (0.21)	0.85 (0.16)	0.88
	Geschwister 1	0.79 (0.18)	0.73 (0.23)	0.77 (0.18)	0.67
	Vgl. zw. Personen/ Sign.	M > G *	M > V, K, G *	V, M > G *	
Prestige	Vater	0.87 (0.17)	0.78 (0.21)	0.87 (0.12)	0.17
	Mutter	0.85 (0.22)	0.82 (0.17)	0.89 (0.15)	0.88
	Kind	0.80 (0.21)	0.76 (0.21)	0.82 (0.20)	0.63
	Geschwister 1	0.83 (0.21)	0.72 (0.20)	0.80 (0.19)	1.75
	Vgl. zw. Personen/ Sign.		M > K, G M > V (T)	M > G (T)	

Alle Ergebnisse nicht signifikant. Mittelwerte und Standardabweichung in Klammer; M=Mütter, V=Väter, K=Kind mit ADHS, G=Geschwister.

Die Zentralitäts- und Prestigewerte der vierzehn Kind-Mutter-Vater- Triaden werden mit dem Friedman-Test verglichen, und es werden keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Perspektiven festgestellt.

Stellt man jedoch die Werte der Gesamtstichproben der Kinder und Mütter gegenüber (jeweils $n=33$), weisen die Mütter dem ältesten Geschwister ein signifikant geringeres Prestige zu ($Z=-2.01$, $p=.045$).

IV.1.4 Familienhierarchie anhand des FG

Die hierarchische Struktur der Familie wurde mit dem Familiogramm anhand des Satzes „Person A hört auf Person B“ erfasst. Alle möglichen Dyaden einer Familie wurden in diesem Satz in beiden Richtungen gegenübergestellt, wie z.B.: (1) „Peter hört auf Anna“ und (2) „Anna hört auf Peter“. Diese Aussagen wurden mit einer fünfstufigen Likert-Skala von „überhaupt nicht“ bis „ganz genau“ beantwortet.

Für die Dimension Hierarchie wurden die Diskrepanz der Familienbeziehungen und die Zentralität und das Prestige der Familienmitglieder erhoben. Die Diskrepanz gibt die Gegenseitigkeit ($A \rightarrow B$ und $A \leftarrow B$) der Beziehungen zwischen Vater, Mutter, Kind und ältestem Geschwister wieder. Eine große Diskrepanz in der Beziehung zweier Personen deutet darauf hin, dass eine Person oft auf die andere hört, während die andere kaum auf sie hört. Eine Person mit hoher Zentralität hört häufig auf die anderen, und eine Person mit hohem Prestige wird häufig von den anderen Familienmitgliedern gehört.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Hierarchiebeschreibungen der Kinder mit ADHS, ihrer Mütter und Väter vorgestellt werden. Zunächst wird auf einen Effekt des Geschlechts und Alters der Kinder, der Komorbidität mit einer Störung des Sozialverhaltens und des Zivilstatus der Eltern überprüft (siehe Tabelle 31, Tabelle 34, Tabelle 37 und Tabelle 40 im Anhang).

Die Mädchen stellen das Geschwistersubsystem signifikant hierarchischer dar als die Jungen ($Z=-2.07$, $p=.046$). Das Alter der Kinder und Jugendlichen korreliert negativ mit der Zentralität des Kindes ($r=-.484$, $p=.005$) und dem

Prestige des Vaters ($r = -.433$, $p = .021$) sowie des ältesten Geschwisters ($r = -.429$, $p = .041$). Die Kinder mit komorbider Störung des Sozialverhaltens beschreiben das Elternsystem mit einer statistischen Tendenz hierarchischer als die Kinder ohne komorbider Störung des Sozialverhaltens ($Z = -1.97$, $p = .077$). Die Kinder aus traditionellen Familien (verheiratete Eltern) stellen die Familie insgesamt ($Z = -1.66$, $p = .099$) und das Geschwistersystem ($Z = -1.90$, $p = .069$) mit einer statistischen Tendenz hierarchischer dar als die Kinder nicht-traditioneller Familien (geschiedene oder allein erziehende Eltern).

Zunächst sollen die Antworten der Kinder, Mütter und Väter auf der fünfstufigen Likertskala (von 1=überhaupt nicht bis 5=ganz genau) und die Diskrepanz der Werte innerhalb einer Dyade ($A \rightarrow B \geq A \leftarrow B$) analysiert werden. Tabelle 13 fasst die Mittelwerte und Standardabweichungen der Antworten und Diskrepanzwerte für die jeweiligen Gesamtstichproben zusammen.

Nach Ansicht der Kinder ($Z = -3.84$, $p = .000$), Mütter ($Z = -2.33$, $p = .020$) und Väter ($Z = -2.36$, $p = .018$) hört das Kind signifikant häufiger auf den Vater als dieser auf das Kind hört. Ebenso hört das Kind in den Beschreibungen der Kinder ($Z = -3.49$, $p = .000$) und Väter ($Z = -2.0$, $p = .046$) signifikant häufiger auf die Mutter, als diese auf das Kind hört.

In den Beschreibungen der Mütter zeichnet sich diesbezüglich lediglich eine Tendenz in die gleiche Richtung ab ($Z = -1.76$, $p = .079$). Das Verhalten des Kindes gegenüber dem Vater und der Mutter unterscheidet sich aus allen Perspektiven nicht signifikant. Die Beziehung der Eltern und der Geschwister wird von den Familienmitgliedern ähnlich dargestellt.

Tabelle 13: Antworten auf der Likert-Skala und Diskrepanz I zur Hierarchie in den Beschreibungen der Kinder mit ADHS, ihrer Mütter und Väter (FG)

Dyaden in beiden Richtungen	„Person A hört auf Person B“			M-K: Z/ Signifikanz	V-M-K: X ² / Signifikanz
	Likert-Skala: 1=überhaupt nicht; 5=ganz genau				
	Kinder (n=33)	Mütter (n=33)	Väter (n=14)		
Vater-Mutter	3.50 (1.39)	2.81 (1.24)	3.50 (.094)	-1.53	1.04
Mutter-Vater	3.58 (1.45)	2.85 (1.13)	3.14 (1.03)	-1.99 *	3.29
Diskrepanz I	0.23 (0.32)	0.18 (0.19)	0.20 (0.17)	-0.70	0.20
Kind-Vater	3.93 (1.09)	3.15 (1.20)	3.93 (1.00)	-2.74 **	2.42
Vater-Kind	2.25 (1.48)	2.30 (1.10)	2.86 (0.86)	-0.82	2.18
Diskrepanz I	0.46 (0.35)	0.34 (0.32)	0.34 (0.29)	-1.65 (T)	1.22
Kind-Mutter	3.63 (1.24)	2.91 (1.04)	3.64 (0.93)	-2.32 *	0.93
Mutter-Kind	2.44 (1.56)	2.45 (1.03)	2.93 (0.92)	-0.35	0.13
Diskrepanz I	0.34 (0.33)	0.23 (0.26)	0.25 (0.26)	-1.53	2.18
Kind-Geschw.1	2.52 (1.70)	2.00 (1.28)	2.40 (1.07)	-1.41	0.77
Geschw.1-Kind	2.13 (1.49)	1.91 (1.00)	2.10 (.074)	-0.66	3.92
Diskrepanz I	0.25 (0.35)	0.20 (0.29)	0.18 (0.21)	-0.54	0.52

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; Mittelwerte und Standardabweichung in Klammer;
V=Vater, M=Mutter, K=Kind;

Auf Dyadenebene ist die Diskrepanz zwischen Vater-Kind in den Beschreibungen der Kinder signifikant höher als zwischen Vater-Mutter ($Z = -2.67$, $p = .008$) und Kind-Geschwister ($Z = -1.97$, $p = .049$) und tendenziell höher als zwischen Mutter-Kind ($Z = -1.71$, $p = .087$). Zudem ist die Diskrepanz zwischen Mutter-Kind signifikant höher als zwischen Kind-Geschwister ($Z = -2.00$, $p = .046$). Die Hierarchie der Dyaden aus Sicht der Kinder ist in Abbildung 10 dargestellt.

Aus Sicht der Mütter ist die Diskrepanz zwischen Vater-Kind signifikant höher als zwischen Mutter-Kind ($Z = -1.98$, $p = .048$), Vater-Mutter ($Z = 2.25$, $p = .025$) und Kind-Geschwister ($Z = -1.98$, $p = .048$).

In den Beschreibungen der Väter unterscheiden sich die Diskrepanzwerte der Dyaden nicht signifikant.

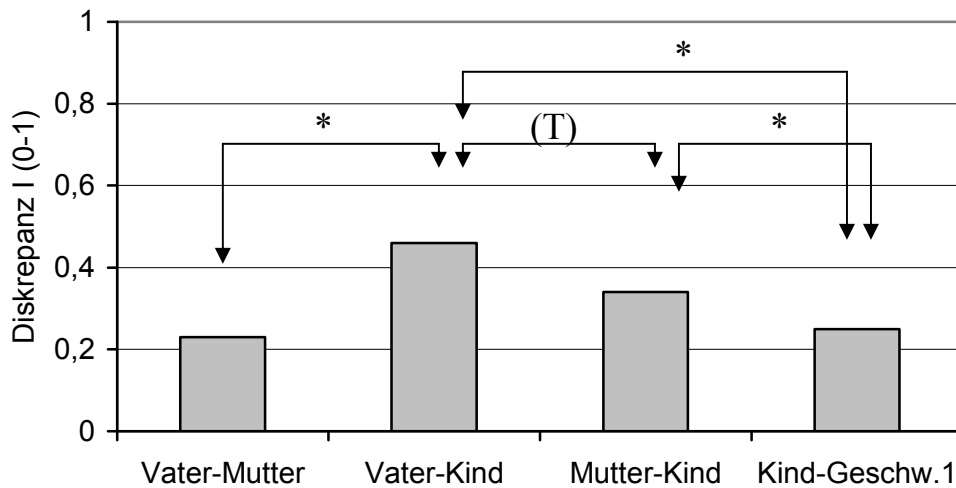


Abbildung 10: Hierarchie (Diskrepanz I) der Dyaden aus Sicht der Kinder mit ADHS (FG)

Da die Diskrepanz I nicht die Richtung der Diskrepanz wiedergibt ($A \rightarrow B \geq A \leftarrow B$), wurde die Diskrepanz II berechnet und die Werte in drei Kategorien eingeteilt: negativ ($A < B$), null ($A = B$), positiv ($A > B$). In Tabelle 14 wird die Häufigkeit der drei Diskrepanzformen pro Dyade aufgelistet. Mit dem Chi-Quadrat-Test wird überprüft, ob sich die Diskrepanzformen signifikant in ihrer Häufigkeitsverteilung unterscheiden. Die signifikanten Ergebnisse sind in der Tabelle entsprechend gekennzeichnet.

Wie in Tabelle 14 zu sehen ist, kommt in den Beschreibungen der Kinder bezüglich der Mutter-Kind- und Vater-Kind-Dyade signifikant häufiger eine negative Diskrepanz zustande, d. h. den Eltern kommt aus Sicht der Kinder in den meisten Fällen eine höhere hierarchische Position zu. Signifikant seltener kommt es vor, dass ein Kind mehr Einfluss ausübt als seine Eltern (entsprechend

einer Hierarchieumkehrung). Es kommen zwei Hierarchieumkehrungen in der Mutter-Kind- und in der Vater-Kind-Dyade vor.

Tabelle 14: Diskrepanz II zur Hierarchie in den Dyaden aus Sicht der Kinder mit ADHS, ihrer Mütter und Väter

Dyaden	Richtung der Diskrepanz II			X ² Signifikanz
	„Person A hört auf Person B.“			
	negativ (A<B)	Null (A=B)	positiv (A>B)	
<i>Kinder:</i>				
Vater-Mutter (n=26)	6 (23.1%) ^d	14 (53.8%) ^c	6 (23.1%) ^d	4.92 (T)
Mutter-Kind (n=32)	19 (59.4%) ^a	11 (34.4%)	2 (06.2%) ^b	13.56 ***
Vater-Kind (n=28)	19 (67.9%) ^a	7 (25.0%) ^b	2 (07.1%) ^b	16.36 ***
Kind-Gesch. (n=23)	4 (17.4%)	11 (47.8%)	8 (34.8%)	3.22
<i>Mütter:</i>				
Vater-Mutter (n=27)	8 (29.6%)	13 (48.2%)	6 (22.2%)	2.89
Mutter-Kind (n=33)	10 (42.4%)	11 (33.3%)	8 (24.3%)	1.64
Vater-Kind (n=27)	14 (51.9%) ^c	8 (29.6%) ^d	5 (18.5%) ^d	4.67 (T)
Kind-Gesch. (n=23)	6 (26.1%) ^d	13 (56.5%) ^c	4 (17.4%) ^d	5.83 (T)
<i>Väter:</i>				
Vater-Mutter (n=14)	2 (14.3%)	5 (35.7%)	7 (50.0%)	2.71
Mutter-Kind (n=14)	8 (57.1%)	4 (28.6%)	2 (14.3%)	4.00
Vater-Kind (n=14)	9 (64.3%) ^a	3 (21.4%) ^b	2 (14.3%) ^b	6.1 *
Kind-Gesch. (n=10)	2 (20.0%)	5 (50.0%)	3 (30.0%)	1.40

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$; Häufigkeiten (n) und Prozente in Klammer.

^a Die Häufigkeit ist signifikant größer als statistisch erwartet.

^b Die Häufigkeit ist signifikant kleiner als statistisch erwartet.

^c Die Häufigkeit ist tendenziell größer als statistisch erwartet.

^d Die Häufigkeit ist tendenziell kleiner als statistisch erwartet.

Zur Überprüfung dieser Ergebnisse auf einen Alterseffekt wird eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt, wobei das Alter als Zwischensubjektfaktor und jeweils zwei Diskrepanzwerte als

abhängige Variable eingegeben werden. Es werden kein Haupteffekt des Alters und keine Wechselwirkung gefunden.

Bei den Familiogrammen der Mütter und Väter hingegen werden diese Machtunterschiede kaum deutlich erkennbar. In ihren Darstellungen der Mutter-Kind-Dyade kommen alle drei Diskrepanzformen ohne signifikante Häufigkeitsunterschiede vor. In der Vater-Kind-Dyade haben die Väter aus Sicht der Mütter lediglich mit einer Tendenz eine hierarchisch höhere Position, während dieser Unterschied in den Beschreibungen der Väter signifikant wird.

Dennoch unterscheiden sich die Diskrepanzwerte (II) der Familiogramme der Kinder, Mütter und Väter nicht signifikant. Die Gesamtstichproben der Kinder und Mütter (jeweils $n=33$) unterscheiden sich jedoch signifikant bezüglich der Diskrepanz II der Vater-Kind- ($Z=-2.32$, $p=.020$) und Mutter-Kind-Dyade ($Z=-1.98$, $p=.048$), die in den Beschreibungen der Kinder signifikant größer ist, d. h. die Kinder nehmen größere Machtunterschiede wahr.

Zuletzt werden die Zentralität und das Prestige der Familienmitglieder bezüglich der Familienhierarchie aus Sicht der Kinder, Mütter und Väter analysiert. Die Zentralitäts- und Prestigewerte der jeweiligen Gesamtstichproben sind in Tabelle 15 einzusehen.

In den Beschreibungen der Kinder haben diese selbst eine signifikant höhere Zentralität als ihre Väter ($Z=-3.01$, $p=.003$) und Mütter ($Z=-2.61$, $p=.009$), d.h., die Kinder sind diejenigen, auf die am meisten Einfluss ausgeübt wird. Umgekehrt haben die Väter ($Z=-4.24$, $p=.000$ und $Z=-3.46$, $p=.001$) und Mütter ($Z=-4.60$, $p=.000$ und $Z=-3.44$, $p=.001$) jedoch ein signifikant höheres Prestige als das Kind mit ADHS und sein ältestes Geschwister, d.h. die Eltern haben signifikant mehr Macht/Einfluss in der Familie.

Tabelle 15: Zentralität und Prestige der Familienmitglieder bezüglich der familiären Hierarchie aus Sicht der Kinder, ihrer Mütter und Väter (FG)

Variablen	Subsysteme	Hierarchie			M-K: Z/ Signifikanz	V-M-K: X ² / Signifikanz
		Kinder (n=33)	Mütter (n=33)	Väter (n=14)		
Zentralität	Vater	0.42 (0.28)	0.38 (0.26)	0.53 (0.18)	-0.43	3.11
	Mutter	0.47 (0.31)	0.40 (0.24)	0.51 (0.21)	-0.86	0.15
	Kind	0.59 (0.22)	0.43 (0.26)	0.62 (0.21)	-2.68 **	2.33
	Geschw. 1	0.49 (0.26)	0.46 (0.19)	0.50 (0.19)	-0.22	4.75 (T)
Prestige	Vater	0.70 (0.23)	0.57 (0.17)	0.68 (0.15)	-2.28 *	0.51
	Mutter	0.66 (0.24)	0.56 (0.17)	0.67 (0.16)	-1.72 (T)	1.65
	Kind	0.32 (0.29)	0.33 (0.20)	0.42 (0.18)	-0.43	0.28
	Geschw. 1	0.41 (0.33)	0.34 (0.19)	0.52 (0.11)	-0.67	3.37

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; Mittelwerte und Standardabweichung in Klammern (Wertebereich 0 bis 1); V=Vater, M=Mutter, K=Kind;

Die Mütter teilen dem Geschwisterkind eine signifikant höhere Zentralität (weniger Einfluss) zu als dem Kind mit ADHS ($Z=-2.27$, $p=.024$) und sich selbst ($Z=-1.71$, $p=.088$). Zugleich räumen sie sich selbst und dem Vater ein signifikant höheres Prestige, d.h. mehr Macht/Einfluss, als dem Kind mit ADHS ($Z=-4.38$, $p=.000$ und $Z=-4.04$, $p=.000$) und seinem ältesten Geschwister ein ($Z=-4.20$, $p=.000$ und $Z=-3.81$, $p=.000$).

Bezüglich der Zentralität der Familienmitglieder wird in den Beschreibungen der Väter kein signifikanter Unterschied deutlich. Jedoch teilen die Väter ebenso sich selbst und der Mutter ein signifikant höheres Prestige, d.h. mehr Macht/Einfluss, zu als dem Kind mit ADHS ($Z=-3.07$, $p=.002$ und $Z=-3.07$, $p=.002$) und seinem ältesten Geschwister ($Z=-2.30$, $p=.022$ und $Z=-2.81$, $p=.005$).

Die Zentralitäts- und Prestigewerte der Beschreibungen der Kinder, Mütter und Väter werden wieder mit dem Friedman-Test verglichen (jeweils $n=14$). Die

Ergebnisse des Vergleichs sind in Tabelle 15 einzusehen. Es wird lediglich eine Tendenz bezüglich der Zentralität des ältesten Geschwisters gefunden, die jedoch beim Vergleich der einzelnen Perspektiven mit dem Wilcoxon-Test nicht aufrechterhalten wird.

Die Gesamtstichproben der Kinder und Mütter (jeweils $n=33$) unterscheiden sich jedoch signifikant darin, dass die Kinder sich selbst mit einer signifikant höheren Zentralität ($Z=-2.68$, $p=.007$), den Vater mit einem signifikant höheren Prestige ($Z=-2.28$, $p=.023$), und die Mutter mit einem tendenziell höheren Prestige ($Z=-1.72$, $p=.085$) wahrnehmen als ihre Mütter.

IV.1.5 Negativität in den Familienbeziehungen anhand des FG

Die Negativität der Familienbeziehungen wurde mit dem Familiogramm mit Hilfe des Satzes ‚Person A kritisiert Person B‘ erfasst. Die Erhebungsprozedur verlief wie bei den Dimensionen Kohäsion und Hierarchie durch die Gegenüberstellung aller möglichen Personenpaare in beiden Richtungen. Es wurden die Dichte und Diskrepanz der Familienbeziehungen und die Zentralität und das Prestige der Familienmitglieder bezüglich der Negativität erhoben.

Die hohe Dichte einer Beziehung bedeutet in diesem Fall, dass die Beziehung durch einen hohen Grad an Kritik charakterisiert ist. Die Diskrepanz gibt an, ob die Kritik in einer Dyade von einer Person ausgeht oder beidseitig erfolgt. Eine hohe Zentralität einer Person deutet darauf hin, dass diese häufig die anderen Familienmitglieder kritisiert, und ein hohes Prestige signalisiert, dass sie häufig von den Anderen kritisiert wird.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse vorgestellt werden.

Zunächst wird auf einen Effekt des Geschlechts und Alters der Kinder, der Komorbidität mit einer Störung des Sozialverhaltens und des Zivilstatus der Eltern überprüft (siehe Tabelle 31, Tabelle 34, Tabelle 37 und Tabelle 40 im

Anhang). Die Mädchen beschreiben eine höhere Negativität in der Mutter-Kind-Beziehung als die Jungen ($Z=-2.16$, $p=.033$). Es wird lediglich eine positive Korrelation des Alters mit der Zentralität des Kindes gefunden, d.h. je älter das Kind, desto häufiger kritisiert es die anderen Familienmitglieder ($r=.402$, $p=.023$). Es wird kein Zusammenhang mit der Komorbidität einer Störung des Sozialverhaltens und dem Zivilstatus der Eltern beobachtet.

Im Folgenden soll die Dichte der Negativität in den Familienbeschreibungen der Kinder, Mütter und Väter analysiert und verglichen werden. Die Dichtewerte sind in Tabelle 16 für die jeweiligen Gesamtstichproben der Kinder, Mütter und Väter zusammengefasst. Abbildung 11 veranschaulicht die Negativität in den Subsystemen aus Sicht der Kinder mit ADHS.

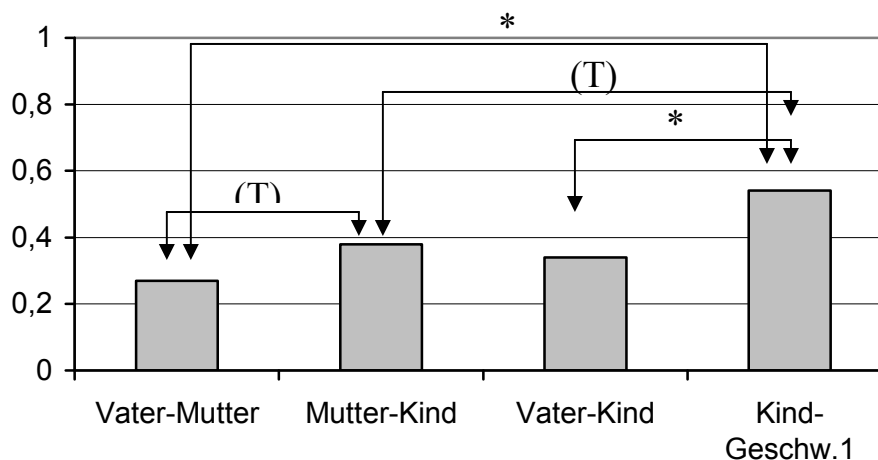


Abbildung 11: Negativität in den Subsysteme aus Sicht der Kinder mit ADHS (FG)

In den Beschreibungen der Kinder ist die Dichte der Dyade ältestes-Geschwister-Kind signifikant höher als jene der Dyaden Vater-Mutter ($Z=-2.73$, $p=.006$) und Vater-Kind ($Z=-2.03$, $p=.042$) und mit einer Tendenz höher als jene der Dyade Mutter-Kind ($Z=-1.82$, $p=.069$), d.h. zwischen ältestem Geschwister und Kind herrscht am meisten Kritik. Außerdem ist die Dichte der Vater-Mutter-

Dyade mit einer Tendenz geringer als jene der Mutter-Kind-Dyade ($Z=-1.80$, $p=.071$).

Aus Sicht der Mütter ist die Dichte der Negativität (Ausmaß an Kritik) in der Dyade ältestes-Geschwister-Kind ebenfalls mit einer Tendenz höher als in den Dyaden Vater-Kind ($Z=-1.87$, $p=.062$) und Mutter-Kind ($Z=-1.92$, $p=.055$).

In den Darstellungen der Väter ist die Dichte der Dyade ältestes-Geschwister-Kind ebenso signifikant höher als jene der Vater-Kind-Dyade ($Z=-2.52$, $p=.012$). Zudem wird die Mutter-Kind-Dyade mit einer signifikant höheren Dichte als die Vater-Kind-Dyade beschrieben ($Z=-2.41$, $p=.016$).

Die Perspektiven der Kinder, Mütter und Väter (jeweils $n=14$) werden wieder mit dem Friedman-Test überprüft, und es werden, wie in Tabelle 16 vermerkt, signifikante Unterschiede bezüglich der Dichte der Kernfamilie, der Vater-Mutter- und der Mutter-Kind-Dyade gefunden. Mit dem Wilcoxon-Test werden diese Unterschiede für die vierzehn Kind-Mutter-Vater-Triaden differenzierter analysiert. Hierbei zeigt sich, dass die Mütter das Elternsystem ($Z=-2.62$, $p=.009$) mit signifikant höherer Dichte und die Kernfamilie ($Z=-1.73$, $p=.084$) und die Mutter-Kind-Dyade ($Z=-1.93$, $p=.054$) mit einer tendenziell höheren Dichte darstellen als ihre Kinder. Gleichermaßen beschreiben die Väter das Elternsystem ($Z=-1.97$, $p=.049$) mit signifikant höherer Dichte und die Mutter-Kind-Dyade ($Z=-1.82$, $p=.069$) mit tendenziell höherer Dichte als ihre Kinder. Die Repräsentationen der Eltern unterscheiden sich darin, dass die Mütter die Familie mit tendenziell höherer Dichte abbilden als die Väter ($Z=1.92$, $p=.054$).

Vergleicht man die Familienbeschreibungen der 33 Mutter-Kind-Dyaden findet man einen signifikanten Unterschied bezüglich des Elternsystems, das die Mütter mit signifikant höherer Dichte beschreiben als ihre Kinder ($Z=-2.16$, $p=.031$).

Tabelle 16: Dichtewerte zur Negativität der Familie aus Sicht der Kinder mit ADHS, ihrer Mütter und Väter (FG)

Familie, Subsysteme und Dyaden	Negativität (Dichte)			M-K: Z/ Signifikanz	V-M-K: X ² / Signifikanz
	Kind (n=33)	Mutter (n=33)	Vater (n=14)		
Familie	0.36 (0.16)	0.44 (0.19)	0.38 (0.16)	-1.40	6.91 *
Geschwister	0.51 (0.27)	0.57 (0.24)	0.49 (0.11)	-0.56	2.65
Vater-Mutter	0.27 (0.24)	0.45 (0.24)	0.42 (0.26)	-2.16 *	7.65 *
Mutter-Kind	0.38 (0.26)	0.49 (0.24)	0.44 (0.17)	-1.52	9.53 **
Vater-Kind	0.34 (0.24)	0.42 (0.27)	0.33 (0.19)	-0.82	0.59
Geschwister1- Kind	0.54 (0.32)	0.60 (0.24)	0.56 (0.20)	-0.30	1.59

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; Mittelwerte und Standardabweichung in Klammern (Wertebereich 0 bis 1); V=Vater, M=Mutter, K=Kind;

Auf individueller Ebene sollen nun die Zentralität und das Prestige der Familienmitglieder aus Sicht des Kindes, der Mutter und des Vaters betrachtet werden. In Tabelle 17 sind die Werte zur Zentralität und zum Prestige der jeweiligen Gesamtstichproben aufgeführt.

Aus Sicht des Kindes hat die Mutter bezüglich der Negativität eine signifikant größere Zentralität als der Vater ($Z=-2.13$, $p=.034$) und das Kind mit ADHS ($Z=-2.10$, $p=.036$), d.h., die Mutter kritisiert die anderen Familienmitglieder am häufigsten. Andererseits haben das Kind mit ADHS und sein Geschwister ein signifikant höheres Prestige als Vater ($Z=-4.00$, $p=.000$ und $Z=-2.98$, $p=.003$) und Mutter ($Z=-4.30$, $p=.000$ und $Z=-3.57$, $p=.000$), d.h. die Kinder erfahren am häufigsten Kritik.

In den Beschreibungen der Mütter kritisieren das Kind mit ADHS und das Geschwisterkind (Zentralität) signifikant weniger als Mutter ($Z=-3.47$, $p=.001$ und $Z=-3.23$, $p=.001$) und Vater ($Z=-3.02$, $p=.002$ und $Z=-2.28$, $p=.023$). Das Kind mit ADHS wird signifikant häufiger kritisiert (Prestige) als Vater ($Z=$

-4.47, $p=.000$), Mutter ($Z=-4.50$, $p=.000$) und Geschwister ($Z=-1.97$, $p=.049$). Ebenso wird sein Geschwister signifikant häufiger kritisiert (Prestige) als Vater ($Z=-3.29$, $p=.001$) und Mutter ($Z=-3.30$, $p=.001$). Die Mutter wird signifikant häufiger kritisiert (Prestige) als der Vater ($Z=-2.32$, $p=.020$).

Aus Perspektive der Väter kritisiert das Kind mit ADHS signifikant weniger (Zentralität) als Vater ($Z=-2.11$, $p=.035$) und Mutter ($Z=-2.56$, $p=.010$). Mit einer Tendenz kritisiert das Geschwisterkind ebenfalls weniger (Zentralität) als die Mutter ($Z=-1.72$, $p=.086$). Wiederum wird das Kind mit ADHS als dasjenige Familienmitglied dargestellt, das signifikant häufiger kritisiert wird (Prestige) als Vater ($Z=-3.18$, $p=.001$), Mutter ($Z=-2.98$, $p=.003$) und Geschwister ($Z=-2.20$, $p=.028$). Genauso wird das Geschwisterkind signifikant häufiger kritisiert (Prestige) als Vater ($Z=-2.52$, $p=.012$) und Mutter ($Z=-2.30$, $p=.021$). Die Mutter wird signifikant häufiger kritisiert (Prestige) als der Vater ($Z=-2.10$, $p=.036$).

Im Folgenden sollen die Werte der Kinder, Mütter und Väter bezüglich der Zentralität und des Prestiges der Familienmitglieder gegenübergestellt werden.

Wie in Tabelle 17 vermerkt, unterscheiden sich die 14 Kind-Mutter-Vater-Triaden signifikant bezüglich des Prestiges der Mutter und mit einer Tendenz bezüglich der Zentralität des Vaters, der Zentralität der Mutter und des Prestiges des Kindes. Diese Ergebnisse werden mit dem Wilcoxon-Test differenzierter analysiert. Im Vergleich zu den Kindern beschreiben die Mütter den Vater mit signifikant höherer Zentralität ($Z=-2.29$, $p=.022$) und die Mutter mit tendenziell höherer Zentralität ($Z=-1,82$, $p=.068$). Zudem stellen die Mütter und Väter die Mutter mit signifikant höherem Prestige dar als die Kinder ($Z=-2.20$, $p=.028$ und $Z=-2.12$, $p=.034$) und die Mütter bilden sich selbst mit tendenziell höherem Prestige ab als die Väter ($Z=-1.73$, $p=.083$). Es wird kein signifikanter Unterschied bezüglich des Prestiges des Kindes gefunden.

Beim Vergleich der 33 Mutter-Kind-Dyaden zeigt sich, dass die Mütter den Vater mit signifikant höherer Zentralität ($Z=-2.37$, $p=.018$) und sich selbst mit

signifikant höherem Prestige ($Z=-2.04$, $p=.041$) darstellen als die Kinder. Mit einer statistischen Tendenz ist das Prestige des Kindes aus Sicht der Mütter höher als aus Sicht der Kinder selbst ($Z=-1.71$, $p=.087$).

Tabelle 17: Zentralität und Prestige der Familienmitglieder bezüglich der familiären Negativität aus Sicht der Kinder, ihrer Mütter und Väter (FG)

Variablen	Subsysteme	Negativität			M-K: Z/ Signifikanz	V-M-K: χ^2 / Signifikanz
		Kinder (n=33)	Mütter (n=33)	Väter (n=14)		
Zentralität	Vater	0.34 (0.21)	0.48 (0.24)	0.45 (0.24)	-2.37 *	5.06 (T)
	Mutter	0.46 (0.25)	0.52 (0.21)	0.52 (0.19)	-1.13	5.12 (T)
	Kind	0.33 (0.27)	0.39 (0.28)	0.28 (0.21)	-0.48	2.46
	Geschw. 1	0.35 (0.28)	0.43 (0.22)	0.42 (0.22)	-0.83	0.38
Prestige	Vater	0.24 (0.16)	0.27 (0.20)	0.24 (0.19)	-0.07	0.82
	Mutter	0.23 (0.20)	0.34 (0.19)	0.31 (0.18)	-2.04 *	12.4 **
	Kind	0.46 (0.22)	0.58 (0.22)	0.52 (0.18)	-1.17 (T)	4.79 (T)
	Geschw. 1	0.47 (0.23)	0.53 (0.25)	0.49 (0.11)	-0.15	1.90

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; Mittelwerte und Standardabweichung in Klammern (Wertebereich 0 bis 1); V=Vater, M=Mutter, K=Kind;

In den letzten Abschnitten wurden die Ergebnisse zur Kohäsion, Hierarchie und Negativität aus Sicht des Kindes mit ADHS und seiner Eltern vorgestellt. Im Folgenden sollen die Ergebnisse des FAST und FG miteinander verglichen werden.

IV.1.6 Familiäre Kohäsion und Hierarchie mit dem FAST und dem FG

Nachdem in den vorherigen Abschnitten die Ergebnisse zur mit dem FAST und dem FG erhobenen familiären Kohäsion und Hierarchie vorgestellt wurden, sollen die Daten beider Instrumente nun miteinander verglichen werden.

Hierzu wurden Spearman-Korrelationen zwischen den Ergebnissen des FAST und des FG berechnet. Es wurden die entsprechenden Daten zur Kohäsion der Familie, des Geschwistersubsystems und der Eltern-, Mutter-Kind- und Vater-Kind-Dyaden miteinander korreliert. Beim FG wurden hierfür die Dichtewerte zur Kohäsion hinzugezogen. Zum Vergleich beider Verfahren bezüglich der Hierarchie wurden die Daten zur Eltern-, Mutter-Kind- und Vater-Kind-Dyade analysiert. Beim FG wurden hierfür die Diskrepanz II-Werte verwendet; da diese Werte lediglich für die Dyadenebene vorliegen, konnte kein Vergleich der Hierarchie der Familie und des Geschwistersubsystems erfolgen.

Tabelle 18 fasst die Korrelationen zum Vergleich der FAST- und FG-Werte der Kinder, Mütter und Väter zusammen.

Bei den Kindern mit ADHS korrelieren die Daten des FAST und FG signifikant positiv bezüglich der Kohäsion der gesamten Familie ($p=.006$) und des Geschwistersubsystems ($p=.005$), wie auch bezüglich der Hierarchie der Elterndyade ($p=.031$). Die Daten zur Kohäsion der Eltern- ($p=.074$) und Mutter-Kind-Dyade ($p=.058$) korrelieren mit einer statistischen Tendenz positiv.

Die FAST- und FG- Beschreibungen der Mütter korrelieren signifikant positiv bezüglich der Kohäsion der Familie ($p=.000$) und der Eltern- ($p=.018$), Mutter-Kind- ($p=.022$) und Vater-Kind-Dyade ($p=.033$), wie auch der Hierarchie der Vater-Kind-Dyade ($p=.005$). Mit einer statistischen Tendenz korrelieren die Daten zur Kohäsion des Geschwistersubsystems positiv ($p=.074$).

Bei den Vätern korrelieren die Werte zur Kohäsion der Familie signifikant positiv ($p=.001$).

Tabelle 18: Vergleich der Daten des FAST und FG aus Sicht der Kinder mit ADHS und ihrer Eltern

Variable	Vergleich der Daten des FAST und FG: Spearman Korrelation		
	Kinder	Mütter	Väter
<i>Kohäsion</i>			
Familie	.476 **	.610 ***	.779 ***
Geschwister	.593 **	.389 (T)	.520
Eltern	.357 (T)	.490 *	.432
Mutter-Kind	.339 (T)	.396 *	-.185
Vater-Kind	-.047	.447 *	.432
<i>Hierarchie</i>			
Eltern	.425 *	-.032	-.108
Mutter-Kind	-.166	.131	.100
Vater-Kind	-.169	.560 **	-.068

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$;

Im nächsten Abschnitt sollen die Ergebnisse zu den Beschreibungen der Familienmitglieder mit dem Familien-Identifikations-Test und zu den Identifikationsmustern der Kinder, Mütter und Väter vorgestellt werden.

IV.1.7 Selbstkongruenz und Identifikationsmuster anhand des FIT

In diesem Abschnitt sollen die Ergebnisse zur Selbstkongruenz und zur realen und idealen Identifikation des Kindes mit ADHS und seiner Eltern präsentiert werden. Die Selbstkongruenz ist die Übereinstimmung zwischen dem realen Selbst und dem idealen Selbst und stellt ein Maß für die Zufriedenheit mit dem eigenen Selbstbild dar. Die reale Identifikation gibt wieder, in welchem Ausmaß eine Ähnlichkeit zwischen der eigenen und einer anderen Person

wahrgenommen wird. Die ideale Identifikation zeigt, inwieweit sich eine Person mit einer anderen als Modell/Vorbild identifiziert.

Zunächst wird auf einen Effekt des Geschlechts und Alters der Kinder, der Komorbidität mit einer Störung des Sozialverhaltens und des Zivilstatus der Eltern untersucht (siehe Tabelle 32, Tabelle 35, Tabelle 38 und Tabelle 41 im Anhang). Beim Vergleich der Identifikationsmuster der Mädchen und Jungen werden bei den Jungen eine tendenziell höhere reale Identifikation mit dem Vater ($T=1.91$, $p=.067$), eine signifikant höhere ideale Identifikation mit der Mutter ($T=2.15$, $p=.040$) und eine tendenziell höhere ideale Identifikation mit dem besten Freund ($T=2.04$, $p=.052$) beobachtet. Das Alter der Kinder und Jugendlichen korreliert signifikant (positiv) mit der realen Identifikation mit dem besten Freund ($r=.423$, $p=.022$) und dem Lehrer ($r=.458$, $p=.014$), wie auch mit der idealen Identifikation mit dem Lehrer ($r=.454$, $p=.015$) und dem Idol ($r=.644$, $p=.001$). Die Kinder mit komorbider Störung des Sozialverhaltens weisen mit einer statistischen Tendenz eine geringere Selbstkongruenz auf ($T=-1.91$, $p=.067$), wie auch eine geringere reale Identifikation mit dem Idol ($T=-2.11$, $p=.046$) als die Kinder ohne komorbide Störung des Sozialverhaltens. Es wird kein signifikanter Zusammenhang mit dem Zivilstatus der Eltern beobachtet.

Tabelle 19 enthält die Werte der realen und idealen Identifikation des Kindes mit der Mutter, dem Vater, dem älteren Geschwister, dem besten Freund, dem Lieblingslehrer, dem Idol und den vom Kind angenommenen Erwartungen der Eltern darüber, wie das Kind sein sollte (Sollbild). In Tabelle 20 sind die Werte zur realen und idealen Identifikation der Eltern mit dem Partner, dem ADHS-Kind und dem älteren Geschwister aufgeführt.

Tabelle 19: Reale und ideale Identifikation der Kinder mit ADHS (FIT) (n=30)

Variable	Koeffizienten	Vgl. der Höhe der Identifikationen T/ Signifikanz
Selbstkongruenz	0.41	
Reale Identifikation: 'Ich bin wie ...'		
Mutter (RM)	0.30	} n.s.
Vater (RV)	0.31	
Geschwister (RG)	0.25	
Freund/in (RF)	0.37	
Lehrer/in (RL)	0.27	
Idol (RI)	0.32	
Sollbild (RS)	0.34	
Ideale Identifikation: 'Ich wäre gern wie ...'		
Mutter (IM)	0.62	IM > IG, T= 3.24 **
Vater (IV)	0.61	IM > IF, T=2.14 *
Geschwister (IG)	0.29	IV > IF, T=2.16 *
Freund/in (IF)	0.46	
Lehrer/in (IL)	0.69	
Idol (II)	0.66	
Sollbild (IS)	0.83	

n.s. keine signifikanten Unterschiede, ** $p \leq 0.010$, * $p \leq 0.05$; Werte in Korrelationskoeffizienten (Wertebereich -1 bis 1).

Wie in Tabelle 19 gekennzeichnet, weisen die Kinder mit ADHS keine signifikant höhere reale Identifikation mit einem bestimmten Familienmitglied oder einer Person außerhalb der Familie auf, d.h. sie nehmen zu allen Personen ein vergleichbares Ausmaß an Ähnlichkeit wahr. Hingegen ist die ideale Identifikation der Kinder mit der Mutter signifikant höher als mit dem älteren Geschwister (T=3.24, $p=0.005$), und die ideale Identifikation mit der Mutter und dem Vater ist signifikant höher als mit dem besten Freund (entsprechend T=2.14, $p=0.042$ und T=2.16, $p=0.040$). Keine Unterschiede wurden bezüglich der idealen Identifikation mit dem Lehrer und dem Idol gefunden.

Die Eltern weisen ebenfalls keine signifikant höhere reale Identifikation mit einem bestimmten Familienmitglied auf, d.h. sie nehmen ein vergleichbares Ausmaß an Ähnlichkeit mit allen Familienmitgliedern wahr (siehe Tabelle 20). Ebenfalls wurden keine Unterschiede bezüglich der idealen Identifikation der Eltern mit allen Familienmitgliedern entdeckt.

Tabelle 20: Reale und ideale Identifikation der Mütter (n=33) und Väter (n=14) der Kinder mit ADHS (FIT)

Variable	Korrelationskoeffizienten	Vgl. der Höhe der Identifikationen T/ Signifikanz
<i>Mütter</i>		
Reale Identifikation: 'Ich bin wie'		
Partner (RP)	0.24	} n.s.
Kind (RK)	0.34	
Geschwister (RG)	0.16	
Ideale Identifikation: 'Ich wäre gern wie ...'		
Partner (IP)	0.42	} n.s.
Kind (IK)	0.15	
Geschwister (IG)	0.51	
<i>Väter</i>		
Reale Identifikation: 'Ich bin wie'		
Partnerin (RP)	0.16	} n.s.
Kind (RK)	0.14	
Geschwister (RG)	0.01	
Ideale Identifikation: 'Ich wäre gern wie ...'		
Partnerin (IP)	0.21	} n.s.
Kind (IK)	0.20	
Geschwister (IG)	0.18	

n.s. keine signifikanten Unterschiede; Werte in Korrelationskoeffizienten (Wertebereich -1 bis 1).

In den letzten Abschnitten wurden die Ergebnisse zu den Familienbeziehungen (Familiensystemtest und Familiogramm), Selbstkongruenz und Identifikationsmustern (Familien-Identifikations-Test) von Kindern mit ADHS und ihren Eltern dargestellt. Im Folgenden Kapitel werden diese Ergebnisse den Familienbeschreibungen einer nicht-klinischen Kontrollgruppe gegenübergestellt.

IV.2 FAMILIENBEZIEHUNGEN, SELBSTKONGRUENZ UND IDENTIFIKATIONSMUSTER AUS SICHT VON KINDERN MIT UND OHNE ADHS SOWIE IHRER ELTERN

In diesem Kapitel sollen die Ergebnisse zum Vergleich von Familien mit und ohne ein Kind mit ADHS bezüglich der Familienbeziehungen und Identifikationsmuster, wie auch zum Vergleich der Selbstkongruenz der Kinder mit und ohne ADHS vorgestellt werden. Dazu wurden die entsprechenden Daten von 33 Familien mit Kindern mit ADHS (33 Kinder, 33 Mütter und 14 Väter) und 21 Familien mit Kindern ohne jegliche psychische Erkrankung (21 Kinder, 21 Mütter und 9 Väter) miteinander verglichen. Die Familienbeziehungen wurden anhand des Familiensystemtests (FAST) und Familiogramms (FG) erfasst, und die Identifikationsmuster und die Selbstkongruenz anhand des Familien-Identifikations-Test (FIT). In Abschnitt IV.2.1 sollen beide Stichproben zuerst bezüglich der mit dem FAST erhobenen familiären Kohäsion und Hierarchie verglichen werden. In Abschnitt IV.2.2 erfolgt der Vergleich beider Stichproben bezüglich der mit dem FG beschriebenen familiären Kohäsion, Hierarchie und Negativität. Zuletzt werden beide Gruppen in Abschnitt IV.2.3 hinsichtlich der mit dem FIT erfassten Identifikationsmuster und der Selbstkongruenz verglichen.

IV.2.1 Vergleich der Kohäsion und Hierarchie der Familien anhand des FAST

Zum Vergleich der Familien mit und ohne ein Kind mit ADHS bezüglich der mit dem FAST erhobenen Familienbeziehungen werden Varianzanalysen und Kovarianzanalysen mit den Kovariaten Geschlecht und Alter der Kinder und Anzahl der Kinder pro Familie berechnet. Zunächst sollen die Ergebnisse zum

Vergleich der Familienbeschreibungen der Kinder mit und ohne ADHS vorgestellt werden und im Anschluss die Ergebnisse zum Vergleich der Familienbeschreibungen der Eltern beider Stichproben. Tabelle 21 enthält die Werte zur familiären Kohäsion und Tabelle 22 die Werte zur Familienhierarchie aus Sicht der Kinder, Mütter und Väter der ADHS Gruppe und der Kontrollgruppe.

Wie in Tabelle 21 vermerkt, stellen die Kinder mit ADHS die Familie insgesamt signifikant weniger kohäsiv dar als die Kinder der Kontrollgruppe ($F=5.95$, $p=.018$). Bei einer differenzierteren Untersuchung der Kohäsion in den Subsystemen zeigt sich, dass das Mutter-Kinder-Subsystem von den Kindern mit ADHS signifikant weniger kohäsiv portraitiert wird ($F=8.67$, $p=.005$), während bezüglich der Subsysteme Vater-Kinder, Eltern und Geschwister keine Unterschiede signifikant werden (siehe Abbildung 12). Eine Analyse der Eltern-Kind-Beziehung auf Dyadenebene zeigte, dass die Dyade Mutter-Indexkind von den Kindern mit ADHS signifikant weniger kohäsiv ($F=6.52$, $p=.014$) und die Dyade Vater-Indexkind tendenziell weniger kohäsiv ($F=3.90$, $p=.055$) portraitiert wird als von den Kontrollkindern. Die Familienrepräsentationen der Kinder beider Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Hierarchie (siehe Abbildung 13) und der Anzahl intergenerationaler Koalitionen (ADHS: 36.7% vs. KG: 18.8%; Fisher Exakt Test: $p=.316$) und Hierarchieumkehrungen (ADHS: 12.1% vs. KG: 14.3%; Fisher Exakt Test: $p=1.00$).

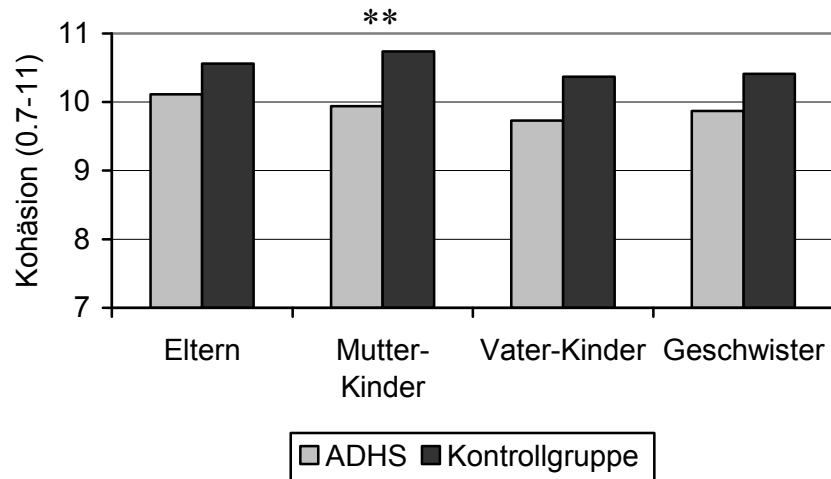


Abbildung 12: Kohäsion der Familiensubsysteme aus Sicht der Kinder mit ADHS und der Kontrollgruppe (FAST)

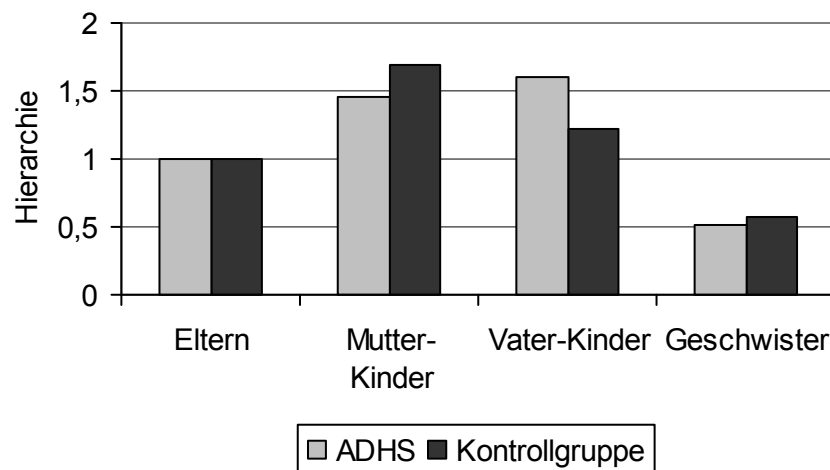


Abbildung 13: Hierarchie in den Familiensubsystemen aus Sicht der Kinder mit ADHS und der Kontrollgruppe (FAST)

Die Familienbeschreibungen der Mütter beider Stichproben unterscheiden sich nicht in der Darstellung der familiären Kohäsion (siehe Abbildung 14). Jedoch repräsentieren die Mütter der ADHS-Gruppe die Familie mit signifikant höherer durchschnittlicher Familienhierarchie (Durchschnitt der absoluten Hierarchiewerte aller möglichen Dyaden in der Familie) ($F=5.31$, $p=.025$) und mit einer tendenziell höheren intergenerationalen Familienhierarchie (Differenz

des weniger mächtigen Elternteils zum mächtigsten Kind) als die Mütter der Kontrollgruppe ($F=2.90$, $p=.095$). Auf Subsystemebene werden jedoch keine signifikanten Unterschiede in der Hierarchie beobachtet (siehe Abbildung 15).

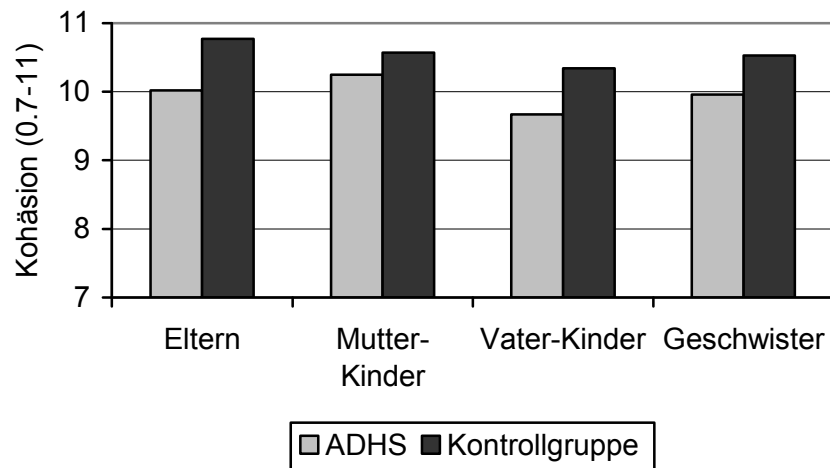


Abbildung 14: Kohäsion der Familiensubsysteme aus Sicht der Mütter der ADHS- und der Kontrollgruppe (FAST)

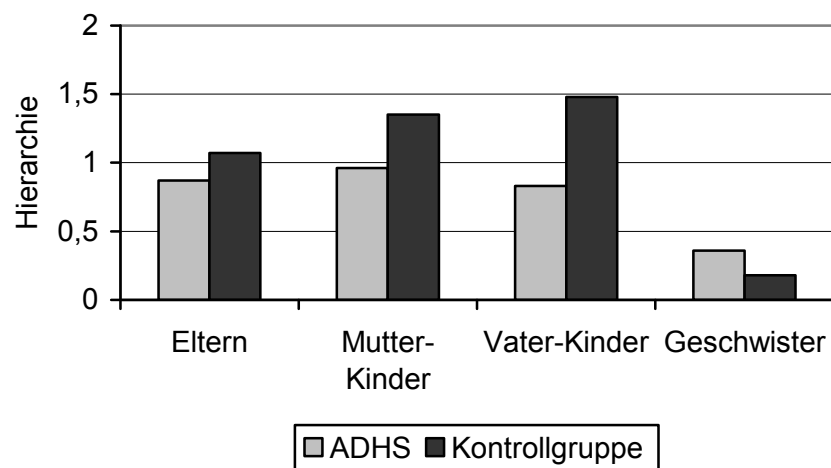


Abbildung 15: Hierarchie in den Familiensubsystemen aus Sicht der Mütter der ADHS- und der Kontrollgruppe (FAST)

Die Repräsentationen der Mütter beider Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant in der Häufigkeit intergenerationaler Koalitionen (ADHS: 26.1% vs.

KG: 14.3%; Fisher Exakt Test: $p=.683$) und Hierarchieumkehrungen (ADHS: 21.2% vs. KG: 4.8%; Fisher Exakt Test: $p=.131$).

Beim Vergleich der Väter beider Stichproben wird auf Familiensystemebene kein Unterschied bezüglich der Kohäsion deutlich (siehe Abbildung 16). Auf Subsystemebene wird lediglich eine Tendenz bezüglich des Elternsubsystems verzeichnet, das von den Vätern der ADHS Gruppe kohäsiver dargestellt wird als von den Vätern der Kontrollgruppe ($F=3.05$, $p=.096$). Hingegen ergibt eine spezifischere Analyse der Eltern-Kind-Beziehung auf Dyadenebene, dass die Väter der ADHS-Gruppe die Dyade Mutter-Indexkind signifikant weniger kohäsiv abbilden als die Väter der Kontrollgruppe ($F=4.89$, $p=.038$).

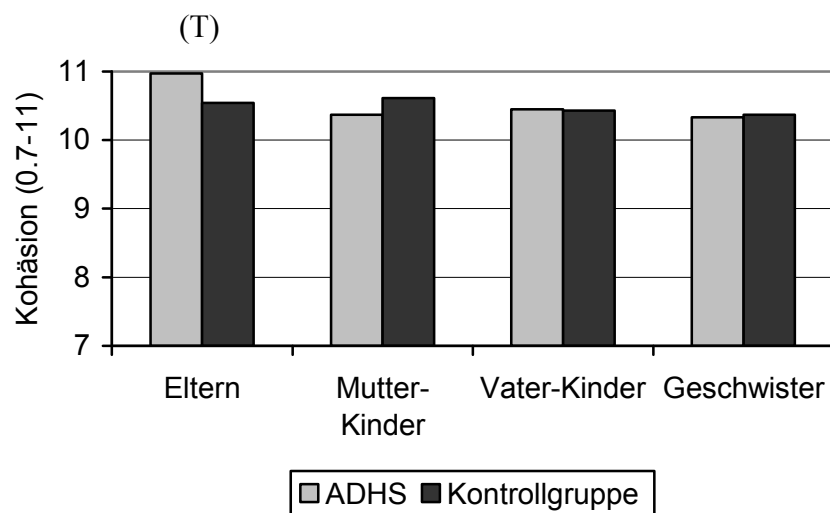


Abbildung 16: Kohäsion der Familiensubsysteme aus Sicht der Väter der ADHS- und der Kontrollgruppe (FAST)

Außerdem beschreiben die Väter der ADHS-Gruppe die Familie mit tendenziell höherer intergenerationaler Hierarchie als die der Kontrollgruppe ($F=4.05$, $p=.059$). Hingegen wird das Geschwistersubsystem von den Vätern der ADHS-Kinder signifikant weniger hierarchisch abgebildet als von den Vätern der Kontrollkinder ($F=8.46$, $p=.011$) (siehe Abbildung 17).

Die Väter der Kontrollgruppe registrieren mehr Koalitionen zwischen der Mutter und den Kindern als die Väter der ADHS-Gruppe (33.3% vs. 0; Fisher Exakt Test: $p=.047$), während sie sich nicht in der Anzahl der abgebildeten Hierarchieumkehrungen unterscheiden (ADHS: 0 vs. KG: 11.1%, Fisher Exakt Test: $p=.391$).

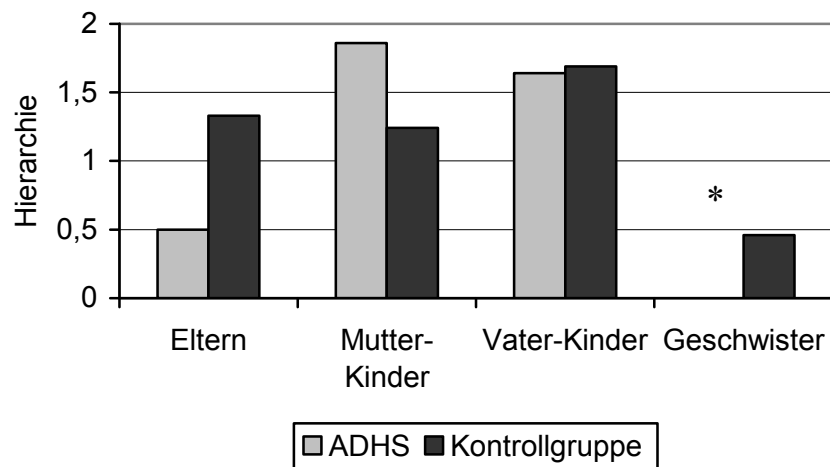


Abbildung 17: Hierarchie in den Familiensubsystemen aus Sicht der Väter der ADHS- und der Kontrollgruppe (FAST)

Zur Untersuchung auf einen Interaktionseffekt zwischen Perspektive (Kind/Mutter/Vater) und Gruppe (ADHS/Kontrollgruppe) werden einfaktorielle Kovarianzanalysen mit Messwiederholung mit den Kovariaten Geschlecht und Alter der Kinder und Kinderanzahl pro Familie durchgeführt. Es werden signifikante Interaktionseffekte bei der Beschreibung der Kohäsion des Eltern- (Greenhouse-Geisser, $F=3.61$, $p=.050$) und des Vater-Kinder-Subsystems (Greenhouse-Geisser, $F=3.20$, $p=.054$) gefunden. Während die Väter der ADHS-Gruppe das Eltern-Subsystem kohäsiver darstellen als die Mütter und Kinder, repräsentierten die Väter der Kontrollgruppe eine geringere Kohäsion als Mütter und Kinder. In der ADHS-Gruppe stellen die Kinder das Vater-Kinder-Subsystem weniger kohäsiv dar als ihre Eltern, während in der Kontrollgruppe das Gegenteil beobachtet wird. Diese Ergebnisse können jedoch aufgrund der

kleinen Stichproben, die aus der geringen Anzahl von Vätern resultiert (ADHS: n=14, Kontrollgruppe: n=9), nur mit Einschränkung interpretiert werden. Führt man diese Analyse nur mit der Stichprobe von Kindern und Müttern durch, so ergeben sich keine signifikanten Perspektive-Gruppe-Interaktionseffekte.

Tabelle 21: Kohäsion der Familie und der Subsysteme aus Sicht der Kinder mit und ohne ADHS, ihrer Mütter und Väter (FAST)

Kohäsion	Familie und Subsysteme				
	Familie	Eltern	Mutter-Kinder	Vater-Kinder	Geschwister
<i>Kinder</i>					
ADHS (n=33)	9.87 (1.11)	10.11 (1.95)	9.94 (1.13)	9.73 (1.20)	9.87 (1.33)
Kontroll (n=21)	10.52 (0.51)	10.56 (1.23)	10.74 (0.27)	10.37 (1.13)	10.41 (0.47)
F/Sign.	5.95 *	0.71	8.67 **	2.76	1.72
<i>Mütter</i>					
ADHS (n=33)	9.99 (1.24)	10.02 (2.28)	10.25 (1.04)	9.67 (1.99)	9.96 (0.88)
Kontroll (n=21)	10.60 (0.34)	10.77 (0.61)	10.57 (0.43)	10.34 (0.55)	10.53 (0.64)
F/Sign.	2.62	1.21	0.29	0.66	2.29
<i>Väter</i>					
ADHS (n=14)	10.47 (0.45)	10.97 (0.11)	10.37 (0.49)	10.45 (0.75)	10.33 (0.74)
Kontroll (n=9)	10.49 (0.32)	10.54 (0.60)	10.61 (0.43)	10.43 (0.51)	10.37 (0.49)
F/Sign.	0.07	3.05 (T)	0.72	0.01	1.26

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; Mittelwerte und Standardabweichungen in Klammer; Wertebereich 0.7 bis 11.

Tabelle 22: Hierarchie der Familie und der Subsysteme aus Sicht der Kinder mit und ohne ADHS, ihrer Mütter und Väter (FAST)

Hierarchie	Familie und Subsysteme					
	Familie (durchs.)	Familie (intergen.)	Eltern	Mutter- Kinder	Vater- Kinder	Ge- schwister
<i>Kinder</i>						
ADHS (n=33)	1.20 (0.59)	0.79 (1.39)	1.00 (0.79)	1.45 (1.23)	1.60 (1.03)	0.52 (0.75)
Kontroll (n=21)	1.31 (0.63)	0.86 (1.65)	1.00 (0.97)	1.69 (1.10)	1.22 (1.47)	0.58 (0.88)
F/Sign.	0.48	0.08	0.16	0.52	1.27	0.13
<i>Mütter</i>						
ADHS (n=33)	0.71 (0.75)	0.36 (1.17)	0.87 (0.76)	0.96 (1.07)	0.83 (1.18)	0.36 (0.55)
Kontroll (n=21)	1.14 (0.51)	0.95 (0.97)	1.07 (0.92)	1.35 (0.86)	1.48 (1.09)	0.18 (0.41)
F/Sign.	5.31 *	2.90 (T)	0.38	1.94	2.24	1.27
<i>Väter</i>						
ADHS (n=14)	1.20 (.060)	1.50 (1.02)	0.50 (.065)	1.86 (1.03)	1.64 (1.00)	0.00 (0.00)
Kontroll (n=9)	1.31 (0.76)	0.44 (1.13)	1.33 (2.00)	1.24 (0.63)	1.69 (2.17)	0.46 (0.40)
F/Sign.	0.14	4.05 (T)	1.53	1.82	0.00	8.46 *

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; Mittelwerte und Standardabweichungen in Klammer.

In diesem Abschnitt wurden die Ergebnisse zum Vergleich der Familienrepräsentationen der Kinder, Mütter und Väter der ADHS- und der Kontrollgruppe präsentiert. Im nächsten Kapitel werden die Ergebnisse zum Vergleich beider Stichproben mit dem Familiogramm vorgestellt.

IV.2.2 Vergleich der Kohäsion, Hierarchie und Negativität der Familien anhand des FG

In diesem Kapitel sollen zunächst die Ergebnisse zum Vergleich der ADHS- und Kontrollgruppe bezüglich der familiären Kohäsion dargestellt werden.

Anschließend erfolgt die Gegenüberstellung der Stichproben hinsichtlich der familiären Hierarchie und Negativität beider Stichproben.

Der Vergleich beider Stichproben bezüglich der erhobenen Dimensionen erfolgt anhand von Varianzanalysen und Kovarianzanalysen mit den Kovariaten Geschlecht und Alter der Kinder und Kinderanzahl pro Familie. Zur Analyse der Kohäsion wurde die Dichte der jeweiligen Beziehungen ausgewählt, da diese das Konstrukt am adäquatesten operationalisiert (Wasserman & Faust, 1994). Die Hierarchie wurde über die Diskrepanz I in den Dyaden untersucht (Teodoro, 2005) und die Negativität ebenfalls über die Dichte der jeweiligen Beziehungen.

Beide Gruppen von Kindern unterscheiden sich nicht signifikant in der Beschreibung der familiären Kohäsion (siehe Abbildung 18).

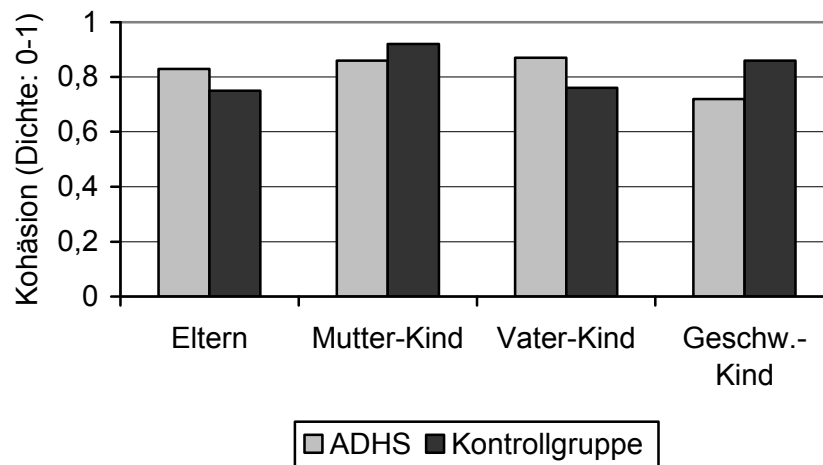


Abbildung 18: Kohäsion der Familiensubsysteme aus Sicht der Kinder mit ADHS und der Kontrollgruppe (Dichte, FG)

Die Mütter der ADHS-Gruppe erleben die Familie insgesamt ($F=6.26$, $p=.016$) und spezifischer das Geschwistersubsystem ($F=11.07$, $p=.002$) und die Dyade Kind–Geschwister ($F=7.64$, $p=.009$) weniger kohäsiv als die Kontrollmütter

(siehe Abbildung 19). Hingegen unterscheiden sich die Väter beider Stichproben nicht in der Beschreibung der Kohäsion (siehe Abbildung 20).

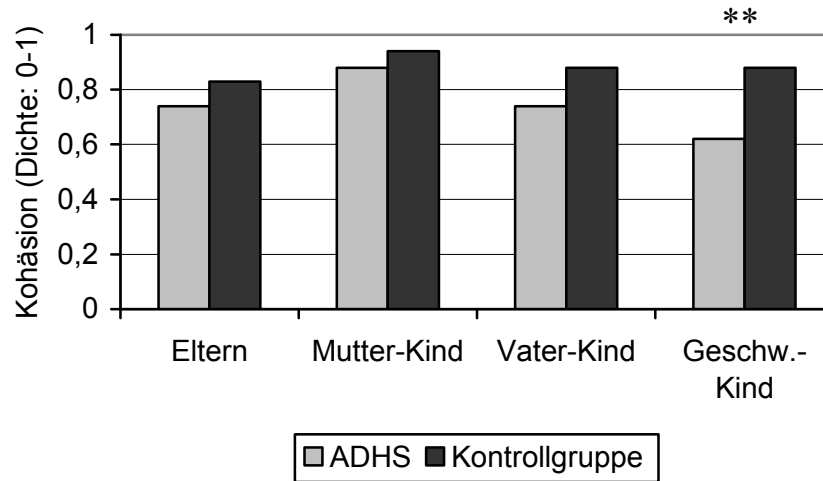


Abbildung 19: Kohäsion der Familiensubsysteme aus Sicht der Mütter der ADHS- und Kontrollgruppe (Dichte, FG)

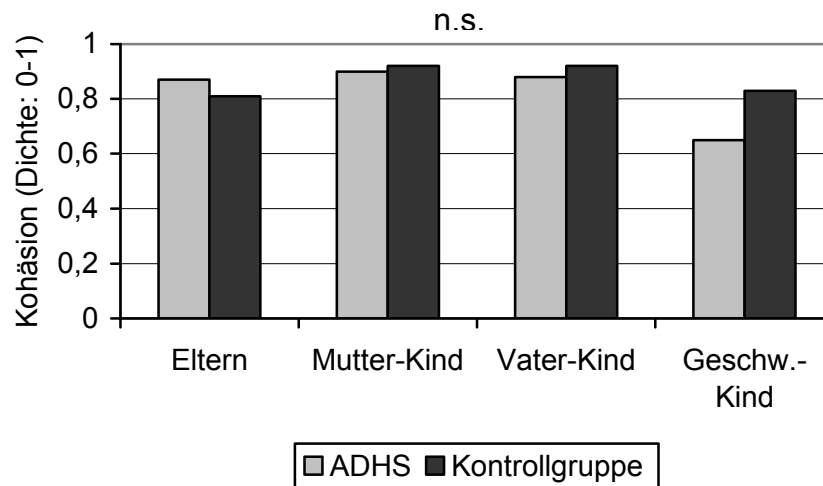


Abbildung 20: Kohäsion der Familiensubsysteme aus Sicht der Väter der ADHS- und Kontrollgruppe (Dichte, FG)

Tabelle 23 enthält die Werte zur familiären Kohäsion aus Sicht der Kinder, Mütter und Väter der ADHS- und Kontrollgruppe.

Tabelle 23: Dichtewerte zur Kohäsion der Familie und der Subsysteme aus Sicht der Kinder mit und ohne ADHS, ihrer Mütter und Väter (FG)

Kohäsion Dichte	Familie, Geschwistersubsystem und Dyaden					
	Familie	Ge- schwister	Vater- Mutter	Mutter- Kind	Vater- Kind	Geschw.- Kind
<i>Kinder</i>						
ADHS (n=33)	0.83 (0.16)	0.72 (0.28)	0.83 (0.22)	0.86 (0.25)	0.87 (0.20)	0.72 (0.28)
Kontroll (n=21)	0.84 (0.18)	0.84 (0.21)	0.75 (0.30)	0.92 (0.17)	0.76 (0.26)	0.86 (0.21)
F/Sign.	0.30	1.53	0.29	0.99	2.27	1.78
<i>Mütter</i>						
ADHS (n=33)	0.78 (0.18)	0.63 (0.26)	0.74 (0.24)	0.88 (0.18)	0.74 (0.27)	0.62 (0.30)
Kontroll (n=21)	0.90 (0.11)	0.90 (0.18)	0.83 (0.20)	0.94 (0.10)	0.88 (0.17)	0.88 (0.19)
F/Sign.	6.26*	11.07 **	1.10	1.56	2.42	7.64 **
<i>Väter</i>						
ADHS (n=14)	0.86 (0.14)	0.69 (0.30)	0.87 (0.18)	0.90 (0.14)	0.88 (0.15)	0.65 (0.34)
Kontroll (n=9)	0.88 (0.08)	0.86 (0.17)	0.81 (0.22)	0.92 (0.11)	0.92 (0.11)	0.83 (0.18)
F/Sign.	0.01	0.59	1.34	0.12	0.08	0.37

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; Mittelwerte und Standardabweichungen in Klammer; Wertebereich: 0 bis 1.

Zur Überprüfung auf einen Interaktionseffekt zwischen Gruppe (ADHS/Kontrollgruppe) und Perspektive (Vater/Mutter/Kind) werden wiederum Kovarianzanalysen mit Messwiederholung mit den Kovariaten Geschlecht und Alter der Kinder und Kinderanzahl pro Familie durchgeführt. Es wird kein signifikanter Interaktionseffekt gefunden; allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Analyse aufgrund der durch die kleine Anzahl von Vätern reduzierten Stichprobe nur eingeschränkt interpretierbar ist (ADHS: $n=14$, Kontrollgruppe: $n=9$). Werden nur die Perspektiven der Kinder und Mütter in die Analyse eingeschlossen, wird eine tendenziell signifikante Interaktion bei der Beschreibung der Kohäsion der Mutter-Kind- Dyade gefunden ($F=2.90$, $p=.095$). Während die Kinder mit ADHS die Dyade kohäsiver beschreiben als

ihre Mütter, schätzen die Kontrollkinder diese als weniger kohäsiv ein als ihre Mütter.

Als nächstes sollen die Ergebnisse zum Vergleich der Hierarchie in beiden Gruppen dargelegt werden. Die Werte zur Diskrepanz I beider Stichproben sind in Tabelle 24 einzusehen.

Tabelle 24: Diskrepanz I zur familiären Hierarchie aus Sicht der Kinder mit und ohne ADHS, ihrer Mütter und Väter (FG)

Hierarchie Diskrepanz I	Familie, Geschwistersubsystem und Dyaden					
	Familie	Ge- schwister	Vater- Mutter	Vater- Kind	Mutter- Kind	Kind- Geschw.1
<i>Kinder</i>						
ADHS (n=33)	0.35 (0.19)	0.24 (0.26)	0.23 (0.32)	0.46 (0.35)	0.34 (0.33)	0.25 (0.35)
Kontroll (n=21)	0.35 (0.22)	0.36 (0.24)	0.27 (0.32)	0.33 (0.36)	0.36 (0.30)	0.40 (0.31)
F/Sign.	0.00	1.21	0.12	1.30	0.02	1.85
<i>Mütter</i>						
ADHS (n=33)	0.27 (0.18)	0.21 (0.26)	0.18 (0.19)	0.34 (0.32)	0.23 (0.26)	0.20 (0.29)
Kontroll (n=21)	0.30 (0.25)	0.12 (0.12)	0.14 (0.20)	0.38 (0.35)	0.39 (0.35)	0.11 (0.16)
F/Sign.	0.21	1.47	0.32	0.10	2.86 (T)	1.08
<i>Väter</i>						
ADHS (n=14)	0.26 (0.15)	0.17 (0.18)	0.20 (0.17)	0.34 (0.29)	0.25 (0.26)	0.18 (0.21)
Kontroll (n=9)	0.24 (0.22)	0.18 (0.20)	0.22 (0.34)	0.36 (0.33)	0.28 (0.34)	0.09 (0.19)
F/Sign.	0.04	0.01	0.06	0.03	0.08	0.15

(T) $p \leq .10$; Mittelwerte und Standardabweichungen in Klammer (Wertebereich 0 bis 1).

Die Familienbeschreibungen der Kinder (siehe Abbildung 21) und Väter (siehe Abbildung 23) beider Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der Hierarchie (Diskrepanz I).

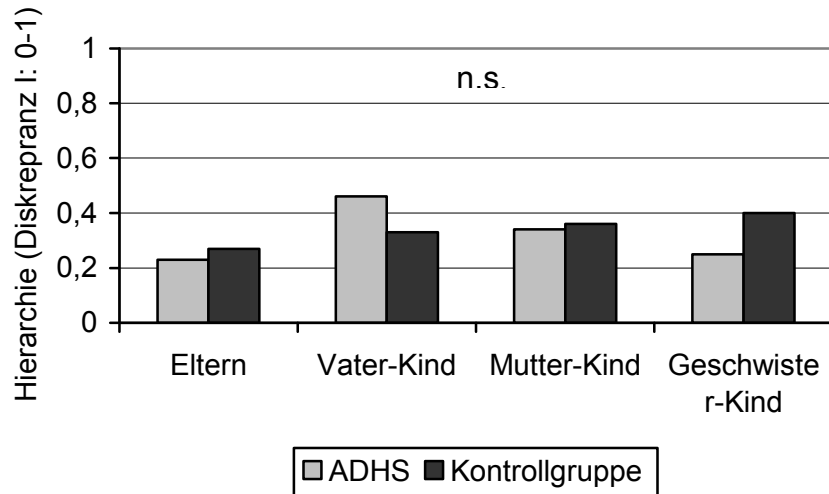


Abbildung 21: Hierarchie in den Dyaden aus Sicht der Kinder mit ADHS und der Kontrollgruppe (Diskrepanz I, FG)

Die Mütter der ADHS Gruppe beschreiben eine tendenziell geringere Diskrepanz I zwischen Kind und Mutter als die Mütter der Kontrollgruppe ($F=2.86$, $p=.097$) (siehe Abbildung 22). Die differenziertere Untersuchung der Richtung der Diskrepanz anhand der Diskrepanz II ergibt, dass die Mütter der ADHS-Gruppe signifikant mehr Hierarchieumkehrungen in der Kind-Mutter-Dyade wahrnehmen als die Mütter der Kontrollgruppe (24.2% vs. 0; Fisher Exakt Test: $p=.017$).

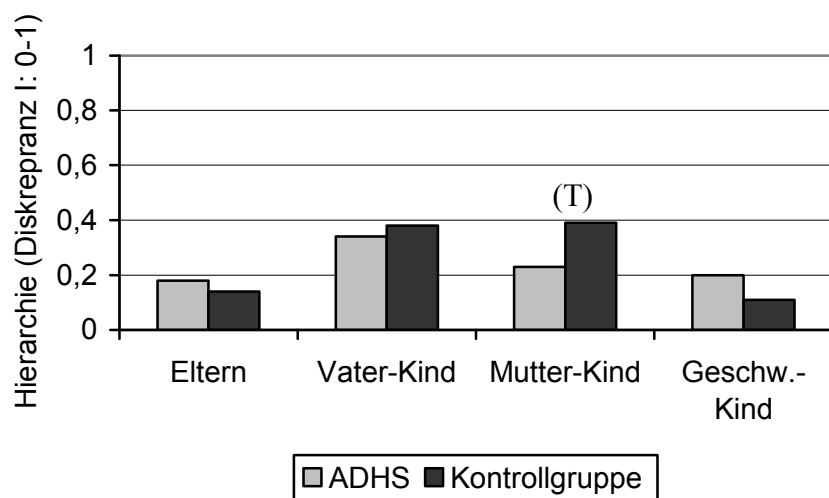


Abbildung 22: Hierarchie in den Dyaden aus Sicht der Mütter der ADHS- und Kontrollgruppe (Diskrepanz I, FG)

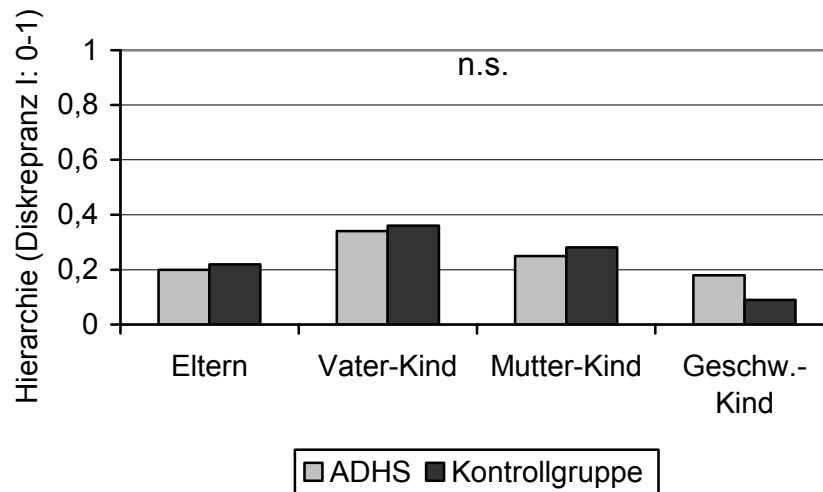


Abbildung 23: Hierarchie in den Dyaden aus Sicht der Väter der ADHS- und Kontrollgruppe (Diskrepanz I, FG)

Es wird keine signifikante Interaktion zwischen Perspektive (Vater/Mutter/Kind) und Gruppe (ADHS/Kontrollgruppe) gefunden.

Schließlich sollen die Ergebnisse zum Vergleich beider Stichproben bezüglich der Negativität präsentiert werden. In Tabelle 25 sind die Ergebnisse zur Dichte in den Familienbeschreibungen der Kinder, Mütter und Väter beider Gruppen aufgeführt.

Die Kinder mit ADHS beschreiben tendenziell mehr Kritik (höhere Dichte) im Geschwistersubsystem ($F=3.46$, $p=.071$) als die Kontrollkinder, jedoch werden auf Dyadenebene keine Unterschiede signifikant (siehe Abbildung 24).

Die Mütter der ADHS-Gruppe stellen die Mutter-Kind-Dyade mit signifikant mehr Kritik dar (höhere Dichte) ($F=4.42$, $p=.040$) (siehe Abbildung 25) als die Mütter der Kontrollgruppe.

Die Väter der ADHS Gruppe erleben tendenziell mehr Kritik (höhere Dichte) in der Kind-Geschwister-Dyade ($F=4.01$, $p=.065$) und im gesamten

Geschwistersubsystem ($F=4.14$, $p=.061$) als die Väter der Kontrollgruppe (siehe Abbildung 26).

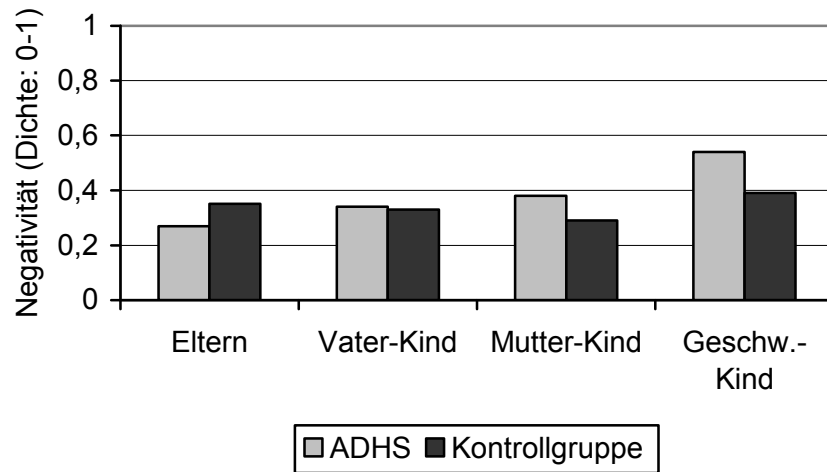


Abbildung 24: Negativität in den Dyaden aus Sicht der Kinder mit ADHS und der Kontrollgruppe (Dichte, FG)

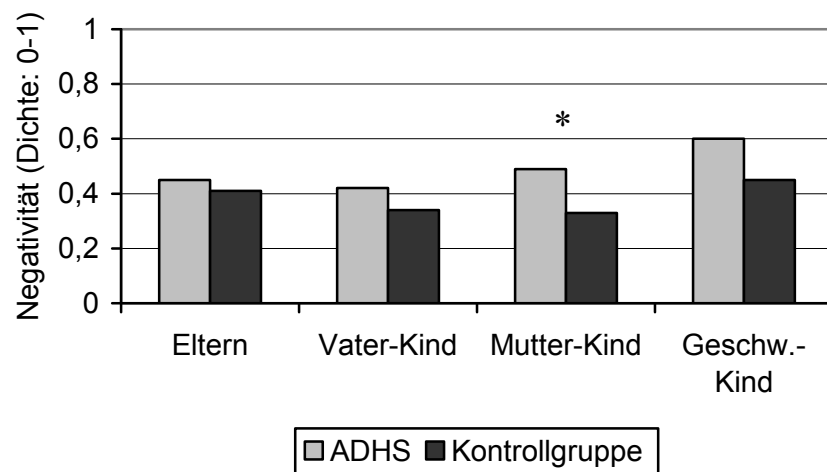


Abbildung 25: Negativität in den Dyaden aus Sicht der Mütter der ADHS- und der Kontrollgruppe (Dichte, FG)

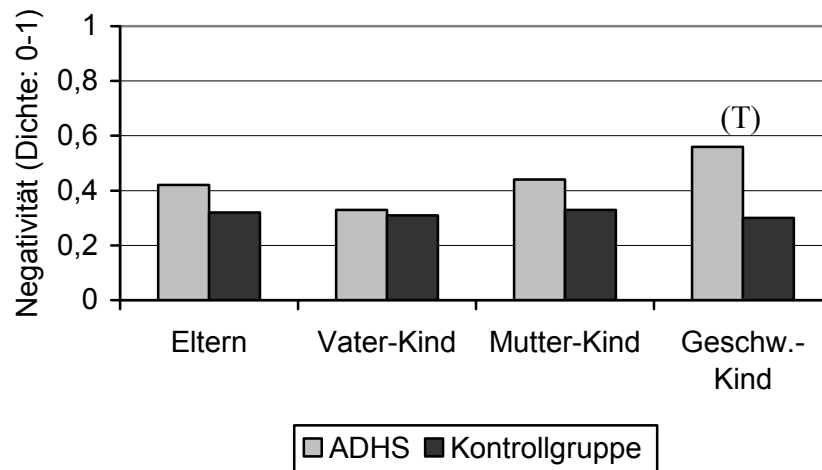


Abbildung 26: Negativität in den Dyaden aus Sicht der Väter der ADHS- und der Kontrollgruppe (Dichte, FG)

Tabelle 25: Dichtewerte zur Negativität der Familie und der Subsysteme aus Sicht der Kinder mit und ohne ADHS, ihrer Mütter und Väter (FG)

Negativität Dichte	Familie und Subsysteme					
	Familie	Ge- schwister	Eltern	Mutter- Kind	Vater- Kind	Geschw.1 - Kind
<i>Kinder</i>						
ADHS (n=33)	0.36 (0.16)	0.51 (0.27)	0.27 (0.24)	0.38 (0.26)	0.34 (0.24)	0.54 (0.32)
Kontroll (n=21)	0.34 (0.18)	0.40 (0.23)	0.35 (0.30)	0.29 (0.23)	0.33 (0.24)	0.39 (0.23)
F/Sign.	0.23	3.46 (T)	0.86	1.56	0.02	2.01
<i>Mütter</i>						
ADHS (n=33)	0.44 (0.19)	0.57 (0.24)	0.45 (0.24)	0.49 (0.24)	0.42 (0.27)	0.60 (0.24)
Kontroll (n=21)	0.38 (0.13)	0.47 (0.25)	0.41 (0.19)	0.33 (0.17)	0.34 (0.18)	0.45 (0.27)
F/Sign.	1.26	0.14	0.01	4.42 *	0.99	1.07
<i>Väter</i>						
ADHS (n=14)	0.38 (0.16)	0.49 (0.11)	0.42 (0.26)	0.44 (0.17)	0.33 (0.19)	0.56 (0.20)
Kontroll (n=9)	0.30 (0.13)	0.28 (0.20)	0.32 (0.17)	0.33 (0.18)	0.31 (0.17)	0.30 (0.23)
F/Sign.	1.13	4.14 (T)	1.04	2.15	0.23	4.01 (T)

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; Mittelwerte und Standardabweichung in Klammer (Wertebereich 0 bis 1).

Es wird keine signifikante Interaktion zwischen Perspektive (Vater/Mutter/Kind) und Gruppe (ADHS/Kontrollgruppe) gefunden.

Im Folgenden soll auf die Ergebnisse des Vergleichs beider Stichproben anhand des Familienidentifikationstest eingegangen werden.

IV.2.3 Vergleich der Selbstkongruenz und der Identifikationsmuster anhand des FIT

Dieser Abschnitt behandelt die Ergebnisse zum Vergleich der ADHS- und Kontrollgruppe bezüglich der Selbstkongruenz und der Identifikationsmuster.

Tabelle 26 enthält die Mittelwerte und Standardabweichungen der Selbstkongruenz und der realen und idealen Identifikationen der Kinder beider Stichproben. In Tabelle 27 sind die Werte zur realen und idealen Identifikation der Eltern beider Stichproben zusammengefasst. Die statistischen Analysen erfolgten mit Fisher's Z-Werten. Zum besseren Verständnis sind in den Tabellen Pearson Korrelationen aufgeführt, die durch die Rücktransformierung der Fisher's Z-Werte gewonnen wurden. Die Werte reichen von $r=-1.0$ (dies entspricht einer vollkommen fehlenden Übereinstimmung zwischen zwei Beschreibungen bzw. Personen) bis $r=1.0$ (vollkommene Übereinstimmung zwischen zwei Beschreibungen bzw. Personen).

Der Vergleich beider Stichproben bezüglich der Selbstkongruenz und der realen und idealen Identifikation geschieht anhand von einfaktoriellen Kovarianzanalysen (ANCOVA) mit den Kovariaten Geschlecht und Alter der Kinder und Kinderanzahl pro Familie. Die Analysen werden getrennt für Kinder, Mütter und Väter durchgeführt.

Es sollen zunächst die Ergebnisse zu den Kindern und im Anschluss die Ergebnisse zu den Müttern und Vätern vorgestellt werden.

Tabelle 26: Selbstkongruenz und reale und ideale Identifikation der Kinder mit ADHS und der Kontrollgruppe (FIT)

Variable		Korrelationskoeffizienten		F/Sign.
		ADHS	Kontrollgruppe	
<i>Kinder</i>	Selbstkongruenz	0.41	0.67	4.84 *
	Reale Identifikation: <i>'Ich bin wie'</i>			
	Mutter	0.30	0.56	5.16 *
	Vater	0.31	0.49	2.17
	Geschwister	0.25	0.52	5.65 *
	Freund	0.37	0.67	7.50 **
	Lehrer	0.27	0.60	7.62 **
	Idol	0.32	0.64	8.36 **
	Sollbild	0.34	0.70	13.97 ***
	Ideale Identifikation: <i>'Ich wäre gern wie ...'</i>			
	Mutter	0.62	0.79	3.07 (T)
	Vater	0.61	0.71	1.10
	Geschwister	0.29	0.64	3.49 (T)
	Freund	0.46	0.79	10.71 **
	Lehrer	0.69	0.84	2.71
	Idol	0.66	0.85	3.85 (T)
	Sollbild	0.83	0.93	4.11 *

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$; Werte in Korrelationskoeffizienten (Wertebereich -1 bis 1).

Wie in Tabelle 26 vermerkt, weisen die Kinder mit ADHS eine signifikant geringere Selbstkongruenz auf als die Kinder der Kontrollgruppe ($F=4.84$, $p=.033$). Zudem kennzeichnet sich die ADHS-Gruppe durch eine signifikant geringere reale Identifikation mit der Mutter ($F=5.16$, $p=.028$), dem Geschwister ($F=5.65$, $p=.025$), dem Sollbild ($F=13.97$, $p=.000$), dem besten Freund ($F=7.50$,

$p=.009$), dem Lieblingslehrer ($F=7.62$, $p=.008$) und dem Idol ($F=8.36$, $p<.001$) als die Kontrollgruppe (siehe Abbildung 27). Bezüglich der realen Identifikation mit dem Vater unterscheiden sich beide Gruppen nicht signifikant ($F=2.17$, $p=.15$).

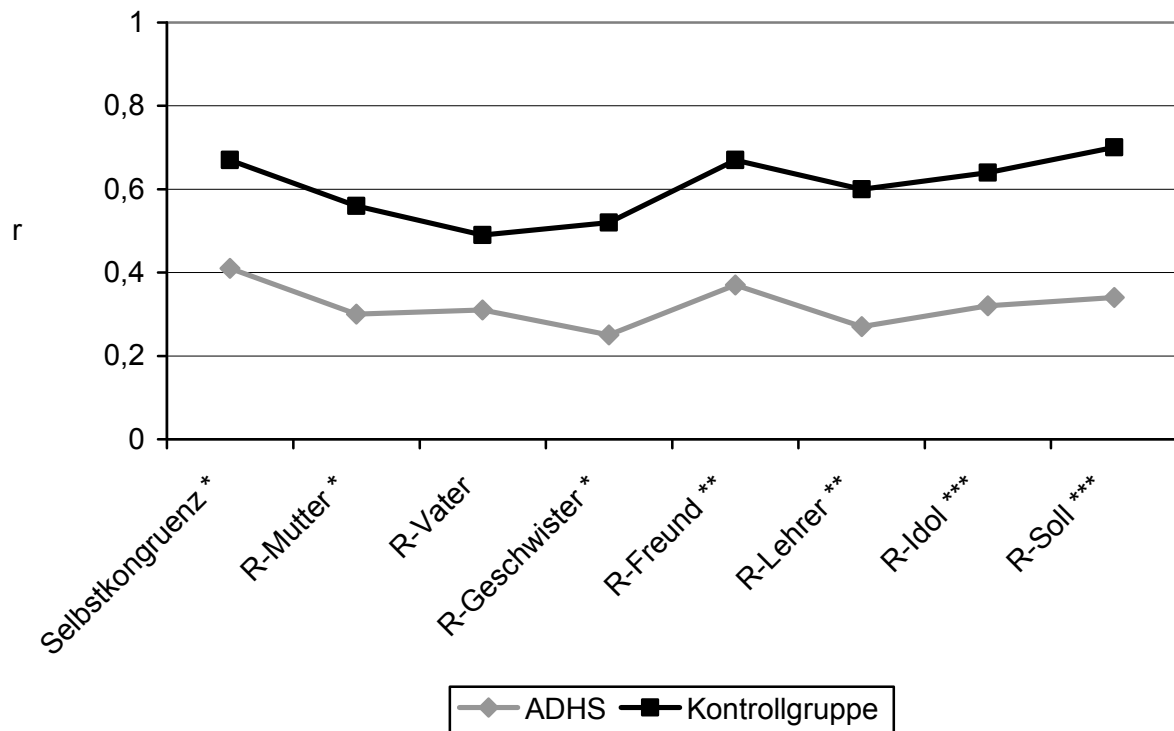


Abbildung 27: Selbstkongruenz und reale Identifikation der Kinder mit ADHS und der Kontrollgruppe (FIT) (R=Real)

Die Kinder mit ADHS repräsentieren eine signifikant geringere ideale Identifikation mit dem besten Freund ($F=10.71$, $p=.002$) und dem Sollbild ($F=4.11$, $p=.048$) und eine tendenziell geringere ideale Identifikation mit der Mutter ($F=3.07$, $p=.086$), dem Geschwister ($F=3.49$, $p=.073$) und dem Idol ($F=3.85$, $p=.056$) (siehe Abbildung 28). Keine Unterschiede werden hinsichtlich der idealen Identifikation mit dem Vater ($F=1.10$, $p=.301$) und dem Lieblingslehrer ($F=2.71$, $p=.106$) gefunden.

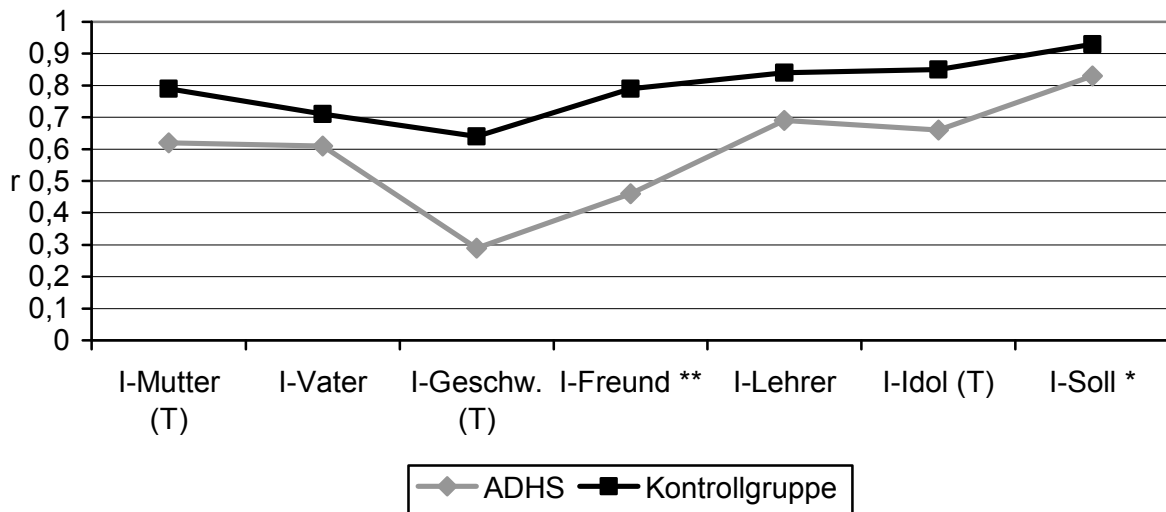


Abbildung 28: Ideale Identifikation der Kinder mit ADHS und der Kontrollgruppe (FIT) (I=Ideal)

Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigen die Mütter der ADHS-Gruppe eine signifikant geringere reale und ideale Identifikation mit dem Kind ($F=8.53$, $p=.005$ und $F=11.17$, $p=.002$), d. h. sie nehmen eine geringere Ähnlichkeit zu ihrem Kind wahr, und das Kind stellt weniger ein Vorbild für sie dar im Vergleich zu den Kontrollmüttern. Ebenso weisen die Mütter der ADHS-Gruppe eine tendenziell geringere reale Identifikation (wahrgenommene Ähnlichkeit) mit dem Geschwisterkind auf ($F=3.26$, $p=.083$) (siehe Tabelle 27). Weiterhin ist in den Beschreibungen der Mütter der ADHS-Gruppe die Korrelation zwischen Realkind (*Wie ist ihr Kind?*) und Idealkind (*Wie wünschen Sie sich Ihr Kind?*) ($r=.14$ vs. $r=.71$; $F=9.51$, $p=.003$), wie auch zwischen Realkind (*Wie ist ihr Kind?*) und Realgeschwister (*Wie ist sein Geschwister?*) ($r=-.02$ vs. $r=.58$; $F=4.84$, $p=.037$) signifikant geringer als in jenen der Kontrollmütter, d. h. die Mütter der Kinder mit ADHS nehmen eine geringere Übereinstimmung zwischen dem realen Kind und ihren Wunschvorstellungen wahr und erleben

eine geringere Ähnlichkeit zwischen dem Kind mit ADHS und seinem Geschwister als die Kontrollmütter.

Beim Vergleich der Ausprägungen der realen und idealen Identifikation mit den unterschiedlichen Familienmitgliedern werden bei den Müttern der ADHS-Gruppe keine Unterschiede gefunden. Die Mütter der Kontrollgruppe weisen mit einer statistischen Tendenz eine höhere reale Identifikation mit dem Kind als mit dem Partner auf ($T=1.77$, $p=.095$); andere Unterschiede werden nicht signifikant.

Tabelle 27 enthält die Werte zur realen und idealen Identifikation der Eltern der ADHS- und Kontrollgruppe.

Tabelle 27: Reale und ideale Identifikation der Eltern der ADHS- und Kontrollgruppe (FIT)

Variable		Korrelationskoeffizienten		F/Sign.
		ADHS	Kontrollgruppe	
<i>Mütter</i>	Reale Identifikation: <i>'Ich bin wie'</i>			
	Kind	0.34	0.60	8.53 **
	Partner	0.24	0.28	0.10
	Geschwister	0.16	0.63	3.26 (T)
	Ideale Identifikation: <i>'Ich wäre gern wie ...'</i>			
	Kind	0.15	0.71	11.17 **
	Partner	0.42	0.57	0.34
	Geschwister	0.51	0.80	2.57
	<i>Väter</i>	Reale Identifikation: <i>'Ich bin wie'</i>		
Kind		0.14	0.51	3.48 (T)
Partnerin		0.16	0.33	0.52
Geschwister		0.01	0.46	3.45 (T)
Ideale Identifikation: <i>'Ich wäre gern wie ...'</i>				
Kind		0.20	0.52	2.21
Partnerin		0.21	0.56	2.05
Geschwister		0.18	0.41	0.44

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; Werte in Korrelationskoeffizienten (Wertebereich -1 bis 1).

Die Väter der ADHS Gruppe weisen mit einer Tendenz ebenfalls eine geringere reale Identifikation mit dem Kind ($F=3.48$, $p=.076$) und seinem Geschwister ($F=3.45$, $p=.090$) auf als die Väter der Kontrollgruppe, d. h. sie nehmen tendenziell eine geringere Ähnlichkeit zu ihren Kindern wahr. Bezüglich der idealen Identifikation wird kein signifikanter Unterschied gefunden. Ebenso unterscheiden sich die Beschreibungen der Väter beider Gruppen nicht signifikant hinsichtlich der Korrelation zwischen Realkind und Idealkind (ADHS: $r=.29$ vs. KG: $r=.62$; $F=2.08$, $p=.164$), wie auch Realkind und Realgeschwister (ADHS: $r=.14$ vs. KG: $r=.56$; $F=1.88$, $p=.198$).

Beim Vergleich der Ausprägungen der realen und idealen Identifikation mit den unterschiedlichen Familienmitgliedern werden weder bei den Vätern der ADHS-Gruppe noch bei jenen der Kontrollgruppe signifikante Unterschiede gefunden.

Auf Ebene der Persönlichkeitsdimensionen beschreiben sich die Kinder mit ADHS (Realbild) signifikant weniger sozial resonant ($F=8.17$, $p=.006$) und signifikant weniger emotional stabil ($F=4.10$, $p=.048$) als die Kinder der Kontrollgruppe. Die Mütter der ADHS Gruppe beschreiben ihre Kinder ebenfalls mit einer Tendenz weniger sozial resonant ($F=3.13$, $p=.083$) und signifikant weniger emotional stabil ($F=5.88$, $p=.019$) als die Mütter der Kontrollgruppe. Bezüglich der Persönlichkeitsdimensionen Assertivität und soziale Aktivität werden keine signifikanten Unterschiede beobachtet. Die Beschreibungen der Väter unterscheiden sich in dieser Hinsicht nicht signifikant.

Es werden keine signifikanten Interaktionen zwischen Perspektive (Kind/Mutter) und Gruppe (ADHS/Kontrollgruppe) hinsichtlich der Persönlichkeitsdimensionen des Kindes (Realbild) gefunden.

Tabelle 28 enthält die Werte zu den Persönlichkeitsdimensionen des Realbildes des Kindes aus Sicht der Kinder, Mütter und Väter.

Tabelle 28: Persönlichkeitsdimensionen des Realbildes des Kindes aus Sicht der Kinder mit und ohne ADHS, ihrer Mütter und Väter (FIT)

	Soziale Aktivität	Assertivität	Soziale Resonanz- fähigkeit	Emotionale Labilität
<i>Kinder</i>				
ADHS (n=30)	3.80 (0.71)	3.44 (0.68)	3.21 (0.86)	2.63 (0.80)
Kontroll (n=21)	3.57 (0.70)	3.73 (0.57)	3.97 (0.79)	2.10 (0.73)
F/Sign.	0.59	2.47	8.17 **	4.10 *
<i>Mütter</i>				
ADHS (n=33)	3.60 (0.58)	3.47 (0.84)	3.63 (0.82)	2.91 (0.71)
Kontroll (n=21)	3.62 (0.63)	3.79 (0.81)	4.25 (0.64)	2.29 (0.70)
F/Sign.	0.02	1.07	3.13 (T)	5.88 *
<i>Väter</i>				
ADHS (n=14)	3.05 (0.57)	4.14 (0.80)	3.74 (0.44)	2.29 (0.60)
Kontroll (n=9)	3.26 (0.83)	3.85 (1.18)	3.93 (0.53)	2.56 (0.58)
F/Sign.	0.53	0.50	0.68	0.58

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; Mittelwerte der Likert-Skala von 1=überhaupt nicht bis 5=ganz genau und Standardabweichung in Klammer.

IV.3 FAMILIENBEZIEHUNGEN, SELBSTKONGRUENZ UND IDENTIFIKATIONSMUSTER IM BEHANDLUNGSVERLAUF AUS SICHT VON KINDERN MIT ADHS SOWIE IHRER ELTERN

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse bezüglich der Familienbeziehungen (FAST und FG), der Selbstkongruenz und der Identifikationsmuster (FIT) von Kindern mit ADHS drei und sechs Monate nach Beginn der medikamentösen oder kombinierten Behandlung vorgestellt. Während alle Patienten im sechsten Monat weiterhin medikamentös behandelt wurden, erstreckte sich die kognitive Verhaltenstherapie lediglich über die ersten drei Monate. Zur Überprüfung eines Zeiteffektes wurde parallel dazu eine Kontrollgruppe untersucht, deren Familienbeziehungen, Selbstkongruenz und Identifikationsmuster ebenfalls an drei Zeitpunkten mit Abständen von drei Monaten erhoben wurden. Es wurden jeweils die Perspektive des Kindes und der Mutter erfasst.

Zur Überprüfung der mit der Behandlung einhergehenden Symptomreduktion werden die Daten der Screeningskala für ADHS (SNAP IV; Swanson et al., 2001) zu Behandlungsbeginn und drei Monate danach miteinander verglichen. Sowohl bei den Patienten mit ADHS, die rein medikamentös behandelt wurden ($T=6.80$, $p=.000$), als auch bei den Patienten mit ADHS, die eine kombinierte Behandlung von Verhaltenstherapie und Medikation erhielten ($T=3.04$, $p=.009$), wird eine signifikante Reduktion der ADHS-Symptomatik gefunden.

IV.3.1 Kohäsion und Hierarchie der Familie anhand des FAST im Behandlungsverlauf

Die Kohäsion und Hierarchie der Familien wurden zu Beginn und drei und sechs Monate nach Beginn der Behandlung aus Sicht der Kinder und Mütter mit dem

Familiensystemtest (FAST) untersucht. Im Folgenden sollen zuerst die Ergebnisse der Kinder und im Anschluss die Ergebnisse der Mütter vorgestellt werden. Die Ergebnisse der Kinder sind in Tabelle 42 und in Tabelle 43, und die Ergebnisse der Mütter in Tabelle 44 und Tabelle 45 im Anhang einzusehen.

Der Intragruppen-Vergleich der drei Messzeitpunkte erfolgt anhand des Friedman-Tests und der Vergleich von jeweils zwei Messzeitpunkten (T1-T2, T1-T3, T2-T3) anhand des Wilcoxon-Tests. Die Überprüfung auf einen Interaktionseffekt zwischen Gruppe (ADHS-Medikationsgruppe, ADHS-Kombinationsgruppe, Kontrollgruppe) und Messzeitpunkten (t1, t2, t3) wird anhand von einfaktoriellen Kovarianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt. Der Vergleich der drei Stichproben bezüglich der Δ -Werte (T3-T1) geschieht anhand von Kovarianzanalysen. Potentiell konfundierende Variablen werden als Kovariaten in die Analyse aufgenommen, wenn sich beide Stichproben mit $p \leq 0.20$ darin unterschieden, und wenn der Zusammenhang dieser Kontrollvariablen mit den abhängigen Variablen (FAST-Werte) $p \leq 0.20$ beträgt. Demnach werden die Variablen Geschlecht und Alter der Kinder, Bildungsniveau der Mutter und Monatseinkommen als Kovariaten in die Analysen aufgenommen.

In den Beschreibungen der Kinder mit ADHS, die medikamentös behandelt wurden, werden bei Durchführung des Friedman-Tests keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Messzeitpunkten bezüglich der Kohäsion und Hierarchie gefunden. Beim Vergleich des ersten und dritten Messzeitpunktes mit dem Wilcoxon-Test wird jedoch eine signifikante Zunahme der Kohäsion zwischen Vater und Indexkind ($Z = -2.06$, $p = .039$) und mit einer Tendenz eine Zunahme der Kohäsion zwischen Vater und Kindern ($Z = -1.83$, $p = .067$) deutlich. Es wird keine signifikante Veränderung der Kohäsion zwischen Vater und den Geschwisterkindern ohne ADHS beobachtet ($Z = -0.83$, $p = .408$). In Abbildung 29 wird die Kohäsion zwischen Eltern und Indexkind und zwischen Eltern und

Geschwisterkindern an den drei Messzeitpunkten aus Sicht der Kinder mit ADHS, die medikamentös behandelt wurden, veranschaulicht.

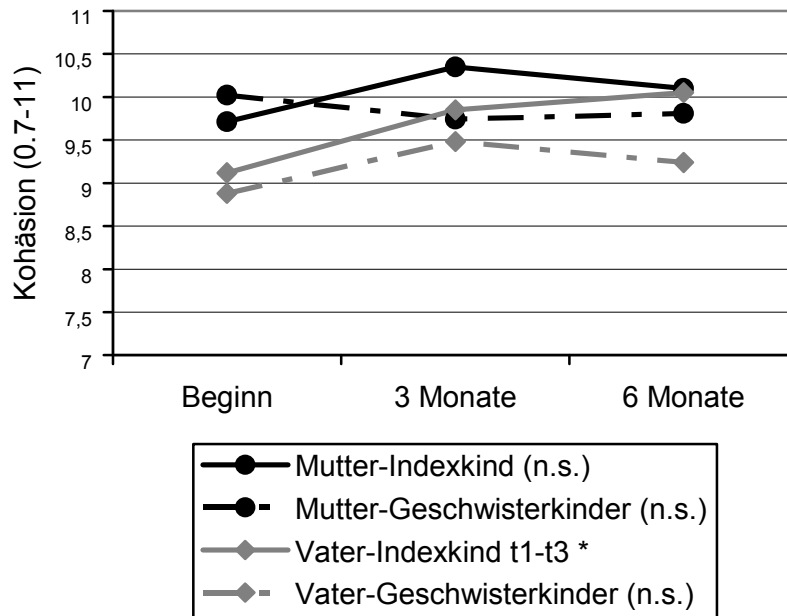


Abbildung 29: Kohäsion zwischen Eltern und Kindern aus Sicht der Kinder mit ADHS in medikamentöser Behandlung (FAST)

Bei den Kindern mit ADHS in kombinierter Behandlung zeichnet sich bei Durchführung des Friedman-Tests ein signifikanter Unterschied zwischen den drei Messzeitpunkten bezüglich der Kohäsion zwischen Mutter und Indexkind ($\chi^2 = 6.71$, $p = .035$) und mit einer Tendenz ebenfalls ein Unterschied bezüglich der Kohäsion zwischen Mutter und Kindern ab ($\chi^2 = 4.84$, $p = .089$). Es wird kein Unterschied hinsichtlich der Kohäsion zwischen Mutter und Geschwisterkindern ohne ADHS beobachtet ($\chi^2 = 1.72$, $p = .423$) (siehe Abbildung 30). Diese Messzeitpunktunterschiede in der Kohäsion zwischen Mutter-Indexkind und Mutter-Kinder werden jedoch beim Vergleich von jeweils zwei Messzeitpunkten mit dem Wilcoxon-Test nicht signifikant. Weiterhin wird beim Vergleich des ersten und zweiten Messzeitpunktes mit einer Tendenz eine Zunahme der Hierarchie im Vater-Kinder-Subsystem beobachtet ($Z = -1.76$, $p = .078$) und beim

Vergleich des zweiten und dritten Messzeitpunktes eine Abnahme der durchschnittlichen Familienhierarchie ($Z=-2.14$, $p=.033$).

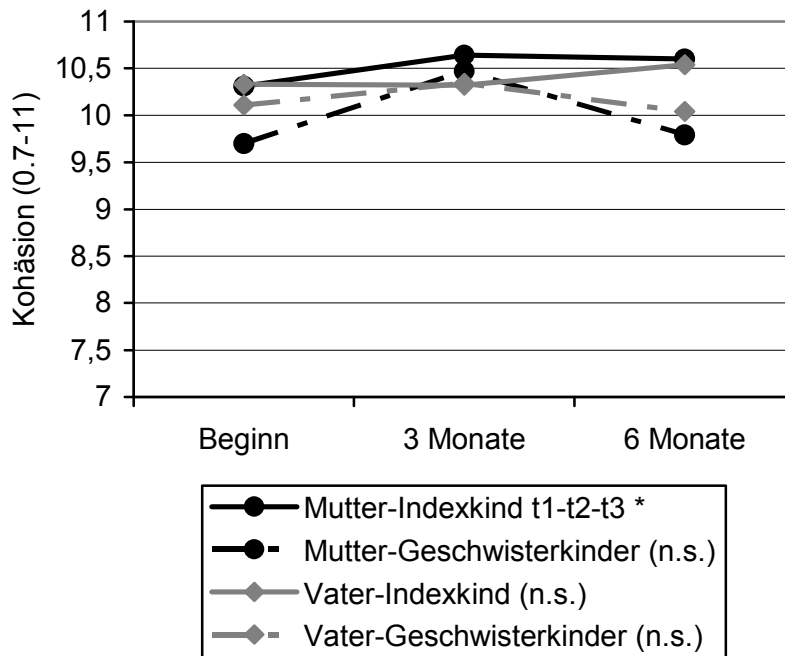


Abbildung 30: Kohäsion zwischen Eltern und Kindern aus Sicht der Kinder mit ADHS in kombinierter Behandlung (FAST)

Bei den Kindern der Kontrollgruppe wird beim Vergleich der drei Messzeitpunkte mit einer Tendenz ein Unterschied in der Kohäsion zwischen Vater und Indexkind ($\chi^2= 5.46$, $p=.065$) und der Hierarchie zwischen Mutter und Indexkind beobachtet ($\chi^2= 4.79$, $p=.091$). Vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt wird eine signifikante Abnahme der Kohäsion der Familie ($Z=-2.35$, $p=.019$) und der Vater-Indexkind-Dyade ($Z=-2.19$, $p=.029$) beobachtet, wie auch mit einer Tendenz eine Abnahme der Kohäsion des Vater-Kinder-Subsystems ($Z=-1.90$, $p=.057$). Vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt wird eine signifikante Abnahme der durchschnittlichen Familienhierarchie ($Z=-2.19$, $p=.028$), der Hierarchie zwischen Mutter-Kindern ($Z=-2.05$, $p=.041$) und zwischen Mutter-Indexkind ($Z=-2.31$, $p=.021$) beobachtet und mit einer Tendenz eine Abnahme der Geschwisterhierarchie ($Z=-1.72$, $p=.086$). Vom

ersten zum dritten Messzeitpunkt wird ebenfalls eine signifikante Abnahme der Kohäsion der Familie ($Z=-2.33$, $p=.020$) und der Vater-Indexkind-Dyade ($Z=-2.19$, $p=.028$) verzeichnet, wie auch mit einer Tendenz eine Abnahme der Kohäsion des Mutter-Kinder- ($Z=-1.66$, $p=.098$) und des Vater-Kinder-Subsystems ($Z=-1.91$, $p=.056$).

Die Überprüfung auf einen Interaktionseffekt zwischen den drei Kinder-Stichproben (ADHS-Medikationsgruppe, ADHS-Kombinationsgruppe, Kontrollgruppe) und den drei Messzeitpunkten (t_1 , t_2 , t_3) ergibt einen tendenziellen Interaktionseffekt bezüglich der Kohäsion der Vater-Indexkind-Dyade (Greenhouse-Geisser: $F=2.25$, $p=.084$). Werden nur der erste und der dritte Messzeitpunkt in die Analyse eingeschlossen, finden sich signifikante Interaktionseffekte bezüglich der familiären Kohäsion (Greenhouse-Geisser: $F=4.72$, $p=.012$), der Kohäsion des Vater-Kinder-Subsystems (Greenhouse-Geisser: $F=4.09$, $p=.022$) und der Kohäsion der Vater-Indexkind-Dyade (Greenhouse-Geisser: $F=5.64$, $p=.006$). Während die Kohäsion in der ADHS-Medikationsgruppe über den Verlauf deutlich zunimmt, nimmt sie in der Kontrollgruppe ab.

Der Vergleich der drei Kinder-Stichproben hinsichtlich der Differenz Δ zwischen T_3 und T_1 ergibt einen signifikanten Unterschied bezüglich der Kohäsion der Familie ($F=4.62$, $p=.013$), des Vater-Kinder-Subsystems ($F=4.41$, $p=.017$) und der Vater-Indexkind-Dyade ($F=5.64$, $p=.006$). Post-hoc-Analysen zeigen, dass lediglich zwischen der ADHS-Medikationsgruppe und der Kontrollgruppe signifikante Unterschiede bestehen bezüglich der Kohäsion der Familie (Bonferroni $p=.012$), der Vater-Kinder- (Bonferroni $p=.013$) und Vater-Indexkind-Beziehung (Bonferroni $p=.004$). Die Zunahme der Kohäsion über den Behandlungsverlauf ist in der ADHS-Medikationsgruppe signifikant höher als in der Kontrollgruppe.

Die Familienrepräsentationen der Mütter werden über die drei Messzeitpunkte ebenfalls mit dem Friedman-Test verglichen. Der Vergleich zwischen jeweils zwei Messzeitpunkten erfolgt mit dem Wilcoxon-Test. Aus Sicht der Mütter der Kinder mit ADHS in medikamentöser Behandlung findet man beim Vergleich der drei Messzeitpunkte einen signifikanten Unterschied in der Kohäsion des Vater-Geschwisterkinder-Subsystems ($\chi^2=6.26$, $p=.044$), in der Elternhierarchie ($\chi^2=8.22$, $p=.016$) und in der Hierarchie des Mutter-Geschwisterkinder-Subsystems ($\chi^2=9.05$, $p=.011$). Es ergeben sich tendenzielle Unterschiede in der Kohäsion des Vater-Kinder-Subsystems ($\chi^2=4.84$, $p=.089$) und der Hierarchie des Mutter-Kinder-Subsystems ($\chi^2=4.67$, $p=.097$). Die Elternhierarchie nimmt vom ersten zum zweiten ($Z=-2.12$, $p=.034$) und vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt ($Z=-2.20$, $p=.028$) signifikant zu. Bezüglich der Kohäsion des Vater-Geschwisterkinder- und des Vater-Kinder-Subsystems wird beim Vergleich von jeweils zwei Messzeitpunkten kein Unterschied gefunden. Vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt nimmt die Hierarchie des Vater-Geschwisterkinder-Subsystems ($Z=-1.77$, $p=.076$) tendenziell zu. Die Hierarchie des Mutter-Geschwisterkinder-Subsystems nimmt vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt tendenziell ($Z=-1.96$, $p=.050$) und vom ersten zum dritten Messzeitpunkt ($Z=-2.95$, $p=.003$) signifikant zu. Vom ersten zum dritten Messzeitpunkt nehmen die Kohäsion und Hierarchie der Mutter-Indexkind-Dyade (entsprechend $Z=-1.86$, $p=.063$ und $Z=-1.96$, $p=.051$) und die intergenerationale Familienhierarchie ($Z=-1.85$, $p=.064$) mit einer Tendenz zu. Die Hierarchie des Mutter-Kinder-Subsystems nimmt signifikant zu ($Z=-2.14$, $p=.032$). Abbildung 31 veranschaulicht die Hierarchie zwischen Eltern und Kindern aus Sicht der Mütter der Kinder mit ADHS in medikamentöser Behandlung.

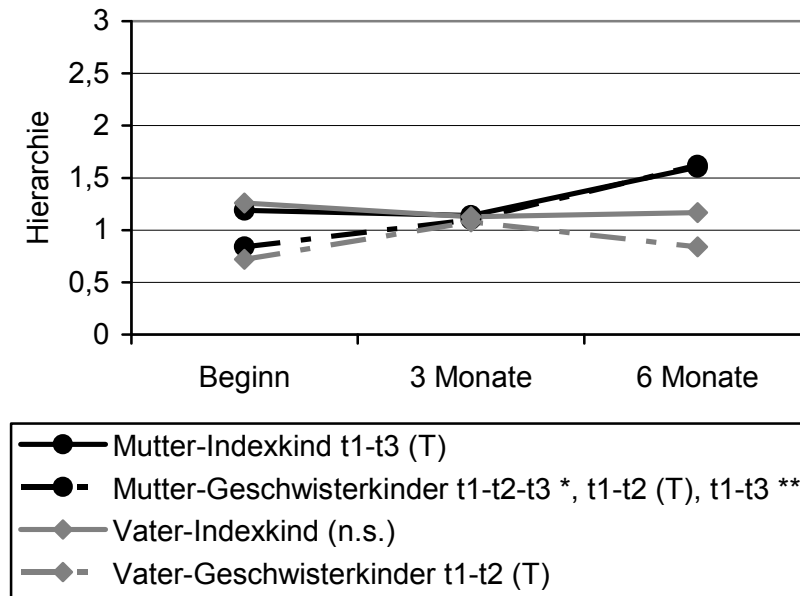


Abbildung 31: Hierarchie zwischen Eltern und Kindern aus Sicht der Mütter der Kinder mit ADHS in medikamentöser Behandlung (FAST)

Die Familienbeschreibungen der Mütter der Kinder mit ADHS in kombinierter Behandlung unterscheiden sich zwischen den drei Messzeitpunkten signifikant in der durchschnittlichen und intergenerationalen Familienhierarchie (entsprechend $\chi^2=7.70$, $p=.021$ und $\chi^2=8.05$, $p=.018$) und der Elternhierarchie ($\chi^2=8.27$, $p=.016$), und tendenziell bezüglich der Mutter-Indexkind- ($\chi^2=4.67$, $p=.097$) und Vater-Indexkind-Hierarchie ($\chi^2=4.90$, $p=.086$). Vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt nehmen die intergenerationale Familienhierarchie ($Z=-2.41$, $p=.016$), die durchschnittliche Familienhierarchie ($Z=-2.05$, $p=.041$), die Mutter-Kinder-Hierarchie ($Z=-2.01$, $p=.045$) und die Mutter-Indexkind-Hierarchie ($Z=-2.13$, $p=.033$) signifikant zu. Vom ersten zum dritten Messzeitpunkt steigen die intergenerationale Familienhierarchie ($Z=-2.51$, $p=.012$) und die Mutter-Indexkind-Hierarchie ($Z=-2.08$, $p=.038$) signifikant und die Mutter-Kinder-Hierarchie mit einer Tendenz ($Z=-1.79$, $p=.073$) an. Die Elternhierarchie nimmt vom zweiten zum dritten ($Z=-2.00$, $p=.046$) und vom ersten zum dritten Messzeitpunkt signifikant ab ($Z=-2.33$, $p=.020$). Die Vater-Indexkind-Hierarchie weist beim Vergleich von jeweils zwei Messzeitpunkten

keine signifikante Veränderung auf. In Abbildung 32 wird die Hierarchie zwischen Eltern und Kindern aus Sicht der Mütter der Kinder mit ADHS in kombinierter Behandlung dargestellt.

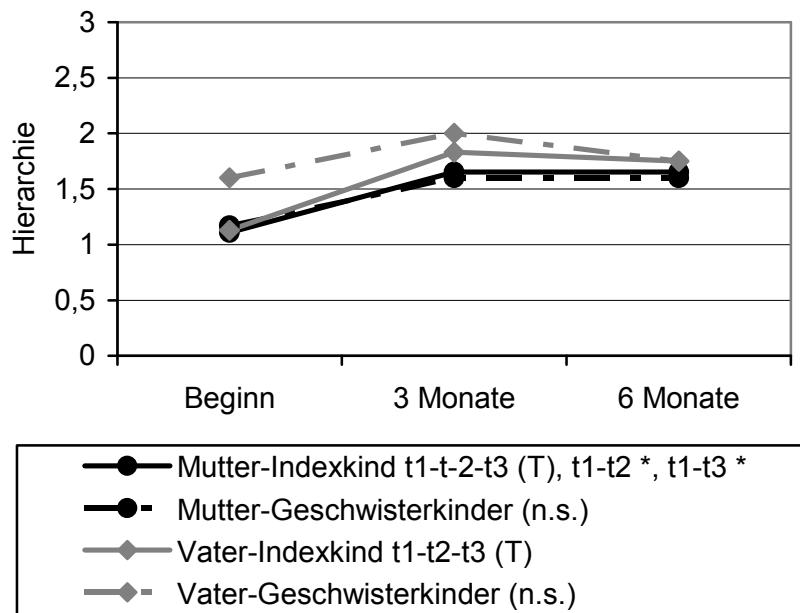


Abbildung 32: Hierarchie zwischen Eltern und Kindern aus Sicht der Mütter der Kinder mit ADHS in kombinierter Behandlung (FAST)

Die Familienbeschreibungen der Mütter der Kontrollgruppe unterscheiden sich beim Vergleich der drei Messzeitpunkte mit dem Friedman-Test nicht signifikant. Jedoch wurde vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt eine Zunahme in der Kohäsion der Mutter-Indexkind-Dyade ($Z=-1.99$, $p=.046$) und des Mutter-Kinder-Subsystems ($Z=-1.97$, $p=.049$) beobachtet. Vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt wurde eine Abnahme der Kohäsion des Geschwistersubsystems erfasst ($Z=-1.69$, $p=.091$).

Die Überprüfung auf einen Interaktionseffekt zwischen den drei Mütter-Stichproben (ADHS-Medikationsgruppe, ADHS-Kombinationsgruppe, Kontrollgruppe) und den drei Messzeitpunkten (t1, t2, t3) zeigt einen signifikanten Interaktionseffekt bezüglich der Hierarchie des Elternsubsystems

(Greenhouse-Geisser: $F=3.37$, $p=.016$). Während die Hierarchie in der ADHS-Medikationsgruppe vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt zunimmt, nimmt sie in der ADHS-Kombinationsgruppe und in der Kontrollgruppe ab.

Der Vergleich der drei Mütter-Stichproben hinsichtlich der Differenz Δ zwischen T3 und T1 ergibt einen signifikanten Unterschied bezüglich der Hierarchie des Elternsubsystems ($F=5.54$, $p=.007$). Die Post-hoc-Analyse zeigt, dass dieses Ergebnis auf einen signifikanten Unterschied zwischen der ADHS-Medikationsgruppe und der ADHS-Kombinationsgruppe zurückzuführen ist (Bonferroni $p=.006$). Während in der ADHS-Medikationsgruppe eine Zunahme der Hierarchie des Elternsubsystems erfolgt, nimmt diese in der ADHS-Kombinationsgruppe ab.

IV.3.2 Kohäsion, Hierarchie und Negativität der Familie anhand des FG im Behandlungsverlauf

Die Kohäsion, Hierarchie und Negativität der Familien wurde anhand des Familiogramms (FG) ebenfalls zu Beginn und drei und sechs Monate nach Beginn der Behandlung aus Sicht der Kinder und Mütter untersucht. Zunächst sollen hier die Ergebnisse der Kinder und im Anschluss die Ergebnisse der Mütter vorgestellt werden. Die Ergebnisse zur Kohäsion, Hierarchie und Negativität aus Sicht der Kinder der drei Stichproben sind in Tabelle 46 und Tabelle 47 im Anhang zusammengefasst. Die Ergebnisse zur Kohäsion, Hierarchie und Negativität aus Sicht der Mütter der drei Stichproben sind in Tabelle 48 und Tabelle 49 im Anhang einzusehen.

Der Intragruppen-Vergleich zwischen den drei Messzeitpunkten erfolgt anhand des Friedman-Tests und der Vergleich zwischen jeweils zwei Messzeitpunkten anhand des Wilcoxon-Tests. Die Überprüfung auf einen Interaktionseffekt zwischen Gruppe (ADHS-Medikationsgruppe, ADHS-Kombinationsgruppe,

Kontrollgruppe) und Messzeitpunkten (t1, t2, t3) wird wiederum anhand von einfaktoriellen Kovarianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt. Der Vergleich der drei Stichproben bezüglich der Δ -Werte (T3-T1) geschieht anhand von Kovarianzanalysen. Potentiell konfundierende Variablen werden als Kovariaten in die Analyse aufgenommen, wenn sich beide Stichproben mit $p \leq 0.20$ darin unterscheiden und wenn der Zusammenhang dieser Kontrollvariablen mit den abhängigen Variablen (Familiogramm-Werte zur Kohäsion, Hierarchie und Negativität) $p \leq 0.20$ beträgt. Demnach werden die Variablen ‚Geschlecht‘ und ‚Alter der Kinder‘, ‚Bildungsniveau der Mutter‘ und ‚Monatseinkommen‘ als Kovariaten in die Analysen aufgenommen.

Aus Sicht der Kinder mit ADHS in medikamentöser Behandlung werden beim Vergleich der drei Messzeitpunkte keine signifikanten Unterschiede in der Kohäsion, Hierarchie und Negativität gefunden. Vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt wird jedoch mit einer Tendenz eine Abnahme der Elternhierarchie beobachtet ($Z = -1.90$, $p = .058$). Beim Vergleich der Werte des ersten und dritten Messzeitpunktes wird eine signifikante Zunahme der Hierarchie zwischen Mutter und Indexkind ($Z = -2.10$, $p = .036$) erfasst (siehe Abbildung 35).

Bei den Kindern mit ADHS in kombinierter Behandlung werden beim Vergleich der drei Messzeitpunkte signifikante Unterschiede in der Hierarchie der Familie ($\chi^2 = 9.00$, $p = .011$) und der Mutter-Kind-Dyade ($\chi^2 = 7.15$, $p = .028$) verzeichnet (siehe Abbildung 35). Zudem findet man mit einer Tendenz Unterschiede in der Kohäsion der Familie ($\chi^2 = 5.19$, $p = .075$) und der Mutter-Kind-Beziehung ($\chi^2 = 5.15$, $p = .076$) (siehe Abbildung 33), wie auch in der Negativität der Mutter-Kind-Dyade ($\chi^2 = 5.45$, $p = .065$) (siehe Abbildung 37). Vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt nehmen die Hierarchie der Familie ($Z = -2.32$, $p = .020$) und der Mutter-Kind-Dyade ($Z = -2.11$, $p = .035$) signifikant zu, und die Negativität der

Mutter-Kind-Dyade ($Z=-2.10$, $p=.035$) nimmt signifikant ab. Vom ersten zum dritten Messzeitpunkt nehmen die Hierarchie der Familie ($Z=-2.36$, $p=.018$) und der Mutter-Kind-Dyade ($Z=-2.55$, $p=.011$) ebenfalls signifikant zu, und die Negativität der Mutter-Kind-Dyade nimmt signifikant ab ($Z=-2.06$, $p=.039$).

Die Familienbeschreibungen der Kinder der Kontrollgruppe unterscheiden sich beim Vergleich der drei Messzeitpunkte signifikant bezüglich der Kohäsion des Geschwistersubsystems ($\chi^2=6.26$, $p=.044$) und mit einer Tendenz bezüglich der Kohäsion der Dyade ältestes-Geschwister-Kind ($\chi^2=5.42$). Vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt wird mit einer Tendenz eine Abnahme der Kohäsion der ältestes-Geschwister-Indexkind-Dyade ($Z=-1.73$, $p=.083$) und mit einer Tendenz eine Zunahme der Hierarchie der Mutter-Indexkind-Dyade ($Z=-1.78$, $p=.075$) beobachtet. Vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt wird eine signifikante Abnahme der Familienkohäsion festgestellt ($Z=-2.10$, $p=.036$). Vom ersten zum dritten Messzeitpunkt wird mit einer Tendenz eine Abnahme der Hierarchie zwischen ältestem Geschwister und dem Indexkind ($Z=-1.75$, $p=.080$) erfasst.

Bei der Überprüfung auf einen Interaktionseffekt zwischen den drei Kinder-Stichproben (ADHS-Medikationsgruppe, ADHS-Kombinationsgruppe, Kontrollgruppe) und den drei Messzeitpunkten (t_1 , t_2 , t_3) wird kein signifikanter Interaktionseffekt gefunden.

Ebenso wird beim Vergleich der drei Stichproben bezüglich der Differenz Δ zwischen T_1 und T_3 kein signifikanter Unterschied festgestellt.

In Abbildung 33 ist die Kohäsion der Mutter-Kind-Dyade und in Abbildung 34 die Kohäsion der Vater-Kind-Dyade aus Sicht der Kinder mit ADHS in medikamentöser und kombinierter Behandlung und der Kinder der Kontrollgruppe im Behandlungsverlauf dargestellt.

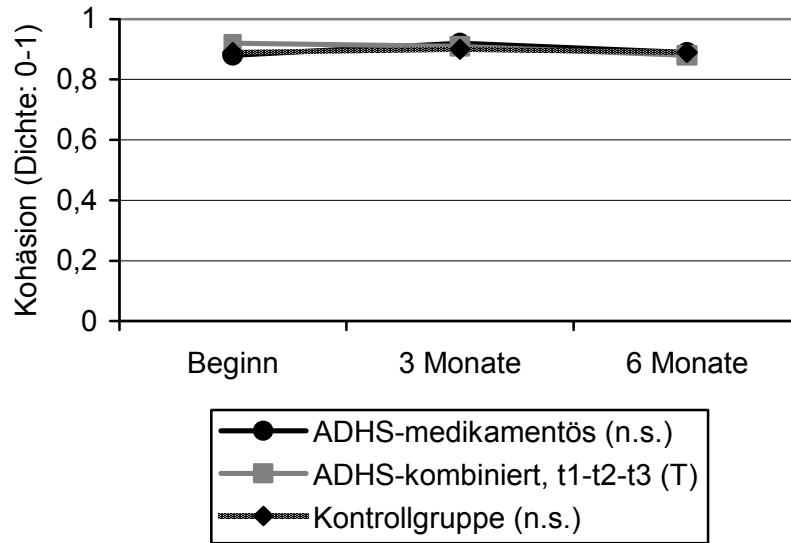


Abbildung 33: Kohäsion in der Mutter-Kind-Beziehung aus Sicht der Kinder mit ADHS in medikamentöser und kombinierter Behandlung und der Kinder der Kontrollgruppe (FG)

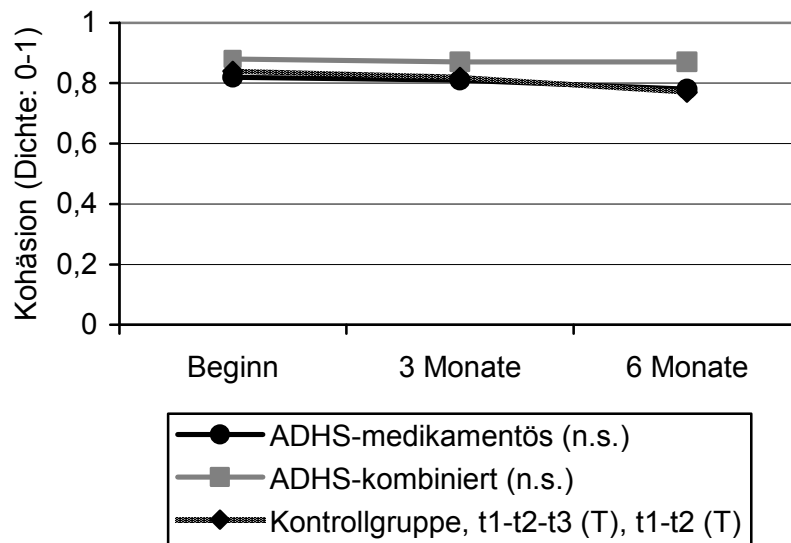


Abbildung 34: Kohäsion in der Vater-Kind-Beziehung aus Sicht der Kinder mit ADHS in medikamentöser und kombinierter Behandlung und der Kinder der Kontrollgruppe (FG)

Abbildung 35 veranschaulicht die Hierarchie zwischen Mutter und Indexkind und Abbildung 36 die Hierarchie zwischen Vater und Indexkind aus Sicht der

Kinder mit ADHS in medikamentöser und kombinierter Behandlung und der Kinder der Kontrollgruppe im Behandlungsverlauf.

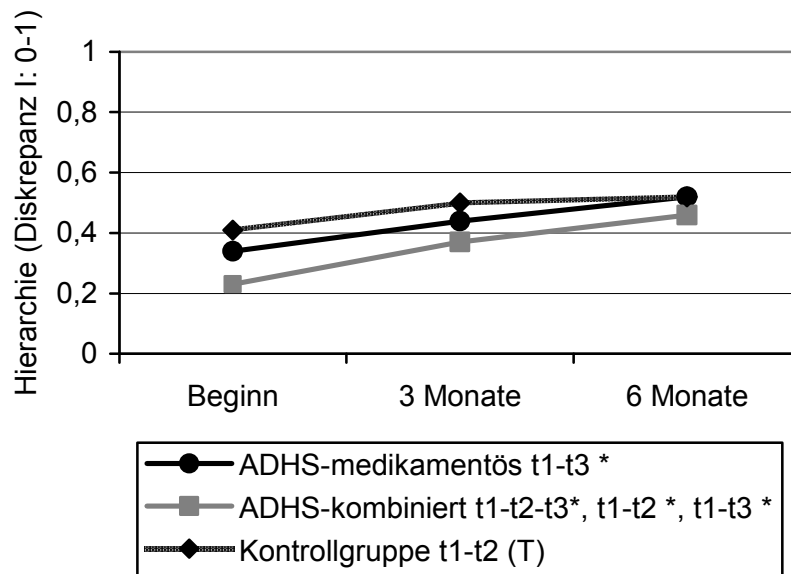


Abbildung 35: Hierarchie in der Mutter-Kind-Beziehung aus Sicht der Kinder mit ADHS in medikamentöser und kombinierter Behandlung und der Kinder der Kontrollgruppe (FG)

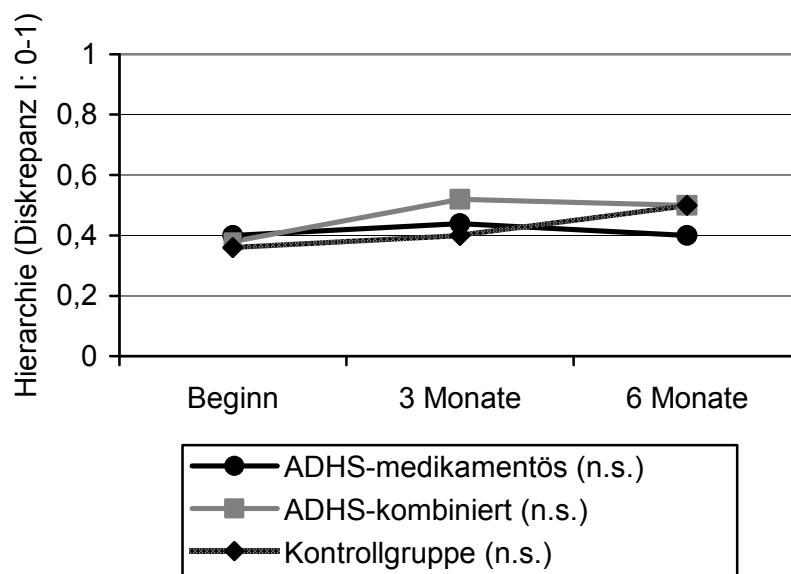


Abbildung 36: Hierarchie in der Vater-Kind-Beziehung aus Sicht der Kinder mit ADHS in medikamentöser und kombinierter Behandlung und der Kinder der Kontrollgruppe (FG)

In Abbildung 37 ist die Negativität der Mutter-Kind-Beziehung und in Abbildung 38 die Negativität der Vater-Kind-Beziehung aus Sicht der Kinder

mit ADHS in medikamentöser und kombinierter Behandlung und der Kinder der Kontrollgruppe im Behandlungsverlauf wiedergegeben.

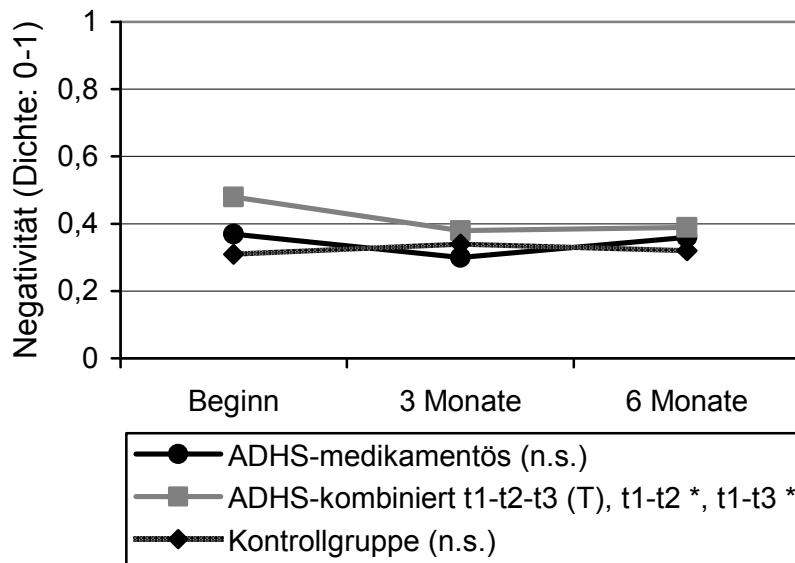


Abbildung 37: Negativität in der Mutter-Kind-Beziehung aus Sicht der Kinder mit ADHS in medikamentöser und kombinierter Behandlung und der Kinder der Kontrollgruppe (FG)

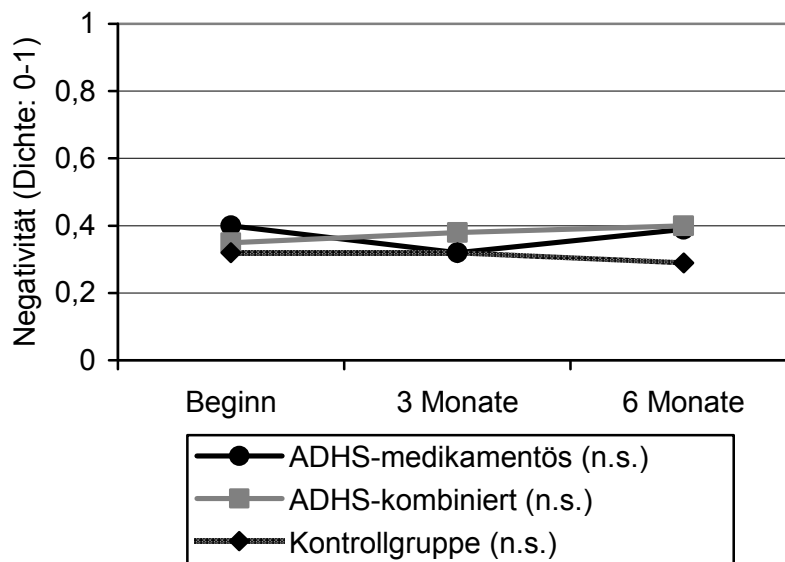


Abbildung 38: Negativität in der Vater-Kind-Beziehung aus Sicht der Kinder mit ADHS in medikamentöser und kombinierter Behandlung und der Kinder der Kontrollgruppe (FG)

Im Folgenden werden die Ergebnisse zum Vergleich der Familienbeschreibungen der Mütter der drei verschiedenen Stichproben vorgestellt. Abbildung 39 und Abbildung 40 geben die Kohäsion der Mutter-Kind- und Vater-Kind-Beziehung wieder. Abbildung 41 und Abbildung 42 veranschaulichen die Hierarchie der Mutter-Kind- und Vater-Kind-Beziehung. Abbildung 43 und Abbildung 44 stellen die Negativität der Mutter-Kind- und Vater-Kind-Beziehung dar.

Aus Sicht der Mütter der Kinder mit ADHS in medikamentöser Behandlung wird beim Vergleich der drei Messzeitpunkte mit einer Tendenz eine Abnahme der Kohäsion des Elternsubsystems ($\chi^2=4.79$, $p=.091$), wie auch eine Abnahme der Negativität der Familie ($\chi^2=5.22$, $p=.074$) und der Mutter-Kind-Dyade ($\chi^2=5.05$, $p=.080$) beobachtet. Vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt wird eine signifikante Abnahme der familiären Kohäsion ($Z=-2.02$, $p=.044$) und auf Subsystemebene mit einer Tendenz eine Abnahme der Kohäsion des Elternsubsystems ($Z=-1.73$, $p=.083$) beobachtet. Bezüglich der Hierarchie wird mit einer Tendenz eine Abnahme im Elternsystem ($Z=-1.71$, $p=.088$) erfasst. Zudem wird eine signifikante Abnahme der Negativität in der Familie ($Z=-2.11$, $p=.035$), in der Mutter-Kind-Dyade ($Z=-2.29$, $p=.022$) und in der ältestes-Geschwister-Kind-Dyade ($Z=-2.10$, $p=.036$) registriert. Vom ersten zum dritten Messzeitpunkt wird mit einer Tendenz eine Abnahme der Kohäsion des Elternsubsystems verzeichnet ($Z=-1.84$, $p=.066$). Zudem wird eine signifikante Abnahme der Negativität in der Familie ($Z=-1.98$, $p=.048$) und eine tendenzielle Abnahme der Negativität in der Mutter-Kind-Dyade ($Z=-1.78$, $p=.075$) beobachtet.

Bei den Müttern der Kinder mit ADHS in kombinierter Behandlung wird beim Vergleich der drei Messzeitpunkte eine signifikante Zunahme der Kohäsion des Geschwistersubsystems ($\chi^2=7.46$, $p=.024$) und der ältestes-Geschwister-

Indexkind-Dyade ($\chi^2=8.67$, $p=.013$) beobachtet. Vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt nimmt die Kohäsion des Geschwistersubsystems ($Z=-2.57$, $p=.010$) und der ältestes-Geschwister-Indexkind-Dyade ($Z=-2.64$, $p=.008$) signifikant zu. Zudem wird eine tendenzielle Abnahme der Negativität im Elternsubsystem erfasst ($Z=-1.87$, $p=.062$). Vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt wird mit einer Tendenz eine Abnahme der Hierarchie der Familie ($Z=-1.92$, $p=.054$) und des Elternsubsystems ($Z=-1.73$, $p=.083$) bemerkt. Vom ersten zum dritten Messzeitpunkt werden keine signifikanten Unterschiede festgestellt.

Bei den Müttern der Kontrollgruppe werden beim Vergleich der drei Messzeitpunkte keine Unterschiede in den Familienbeschreibungen gefunden. Vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt wird mit einer Tendenz eine Abnahme der Negativität des Elternsubsystems ($Z=-1.71$, $p=.088$) erfasst und vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt eine signifikante Abnahme der Vater-Kind-Hierarchie ($Z=-2.07$, $p=.038$).

Die Überprüfung auf einen Interaktionseffekt zwischen den drei Mütter-Stichproben (ADHS-Medikationsgruppe, ADHS-Kombinationsgruppe, Kontrollgruppe) und den drei Messzeitpunkten (t_1 , t_2 , t_3) zeigt keinen signifikanten Interaktionseffekt.

Ebenso wird beim Vergleich der drei Stichproben bezüglich der Differenz Δ zwischen T_1 und T_3 kein signifikanter Unterschied gefunden.

Abbildung 39 und Abbildung 40 veranschaulichen die Kohäsion in der Mutter-Kind- und Vater-Kind-Beziehung aus Sicht der Mütter der Kinder mit ADHS in medikamentöser und kombinierter Behandlung und der Kontrollmütter im Behandlungsverlauf.

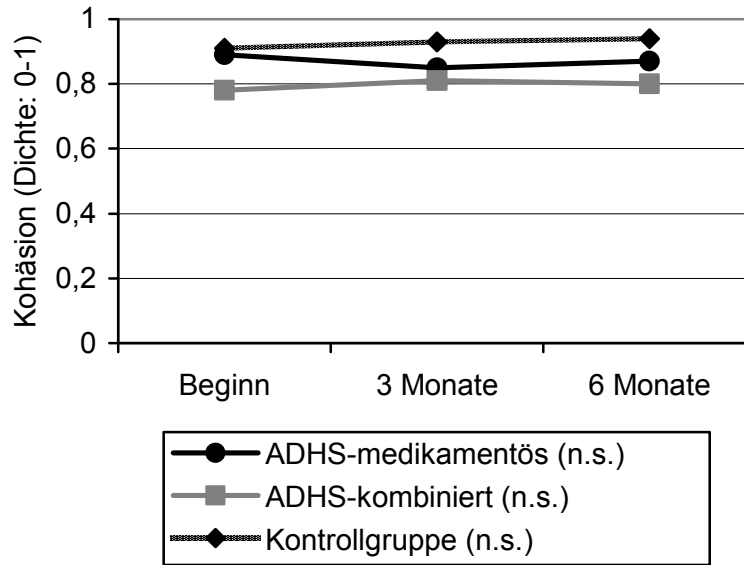


Abbildung 39: Kohäsion in der Mutter-Kind-Beziehung aus Sicht der Mütter der Kinder mit ADHS in medikamentöser und kombinierter Behandlung und der Kontrollmütter (FG)

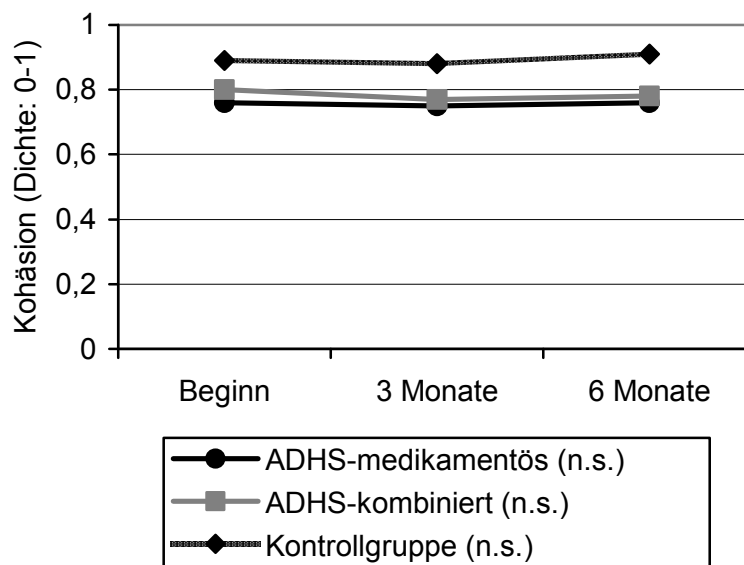


Abbildung 40: Kohäsion in der Vater-Kind-Beziehung aus Sicht der Mütter der Kinder mit ADHS in medikamentöser und kombinierter Behandlung und der Kontrollmütter (FG)

Abbildung 41 und Abbildung 42 präsentieren die Hierarchie in der Mutter-Kind- und Vater-Kind-Beziehung aus Sicht der Mütter der Kinder mit ADHS in

medikamentöser und kombinierter Behandlung und der Kontrollmütter im Behandlungsverlauf.

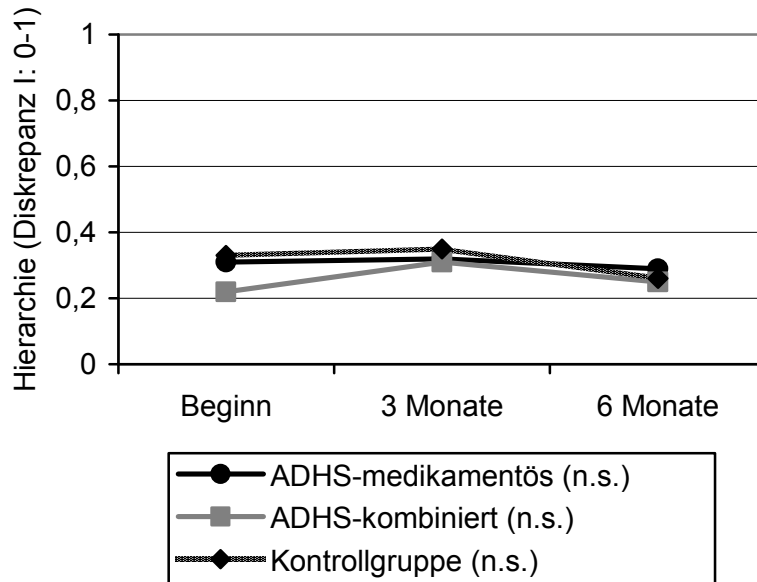


Abbildung 41: Hierarchie in der Mutter-Kind-Beziehung aus Sicht der Mütter der Kinder mit ADHS in medikamentöser und kombinierter Behandlung und der Kontrollmütter (FG)

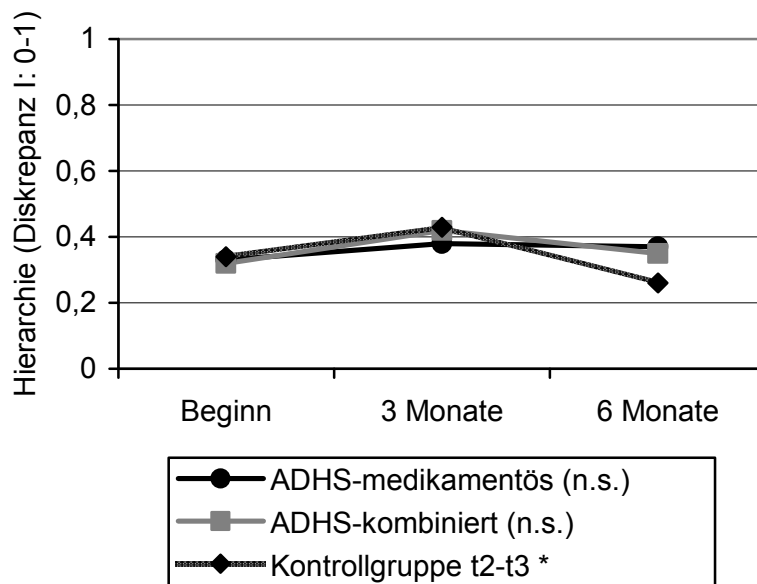


Abbildung 42: Hierarchie in der Vater-Kind-Beziehung aus Sicht der Mütter der Kinder mit ADHS in medikamentöser und kombinierter Behandlung und der Kontrollmütter (FG)

Abbildung 43 und Abbildung 44 stellen die Negativität in der Mutter-Kind- und Vater-Kind-Beziehung aus Sicht der Mütter der Kinder mit ADHS in medikamentöser und kombinierter Behandlung und der Kontrollmütter im Behandlungsverlauf dar.

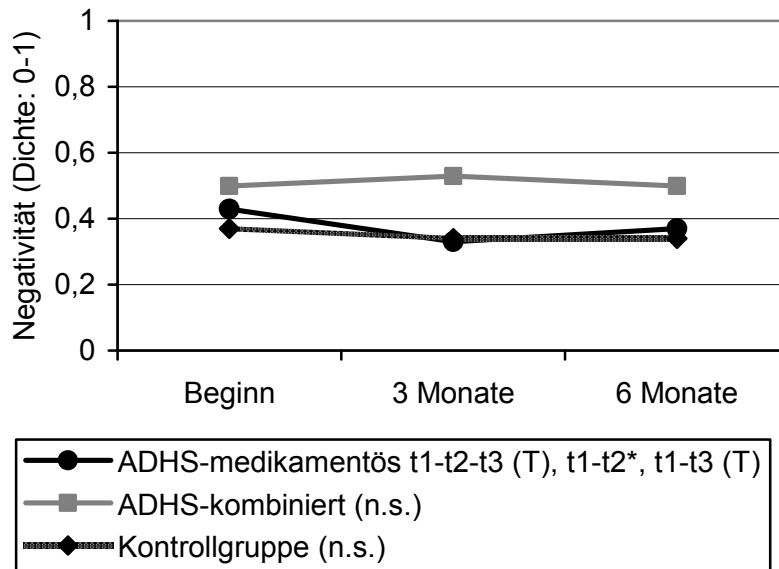


Abbildung 43: Negativität in der Mutter-Kind-Beziehung aus Sicht der Mütter der Kinder mit ADHS in medikamentöser und kombinierter Behandlung und der Kontrollmütter (FG)

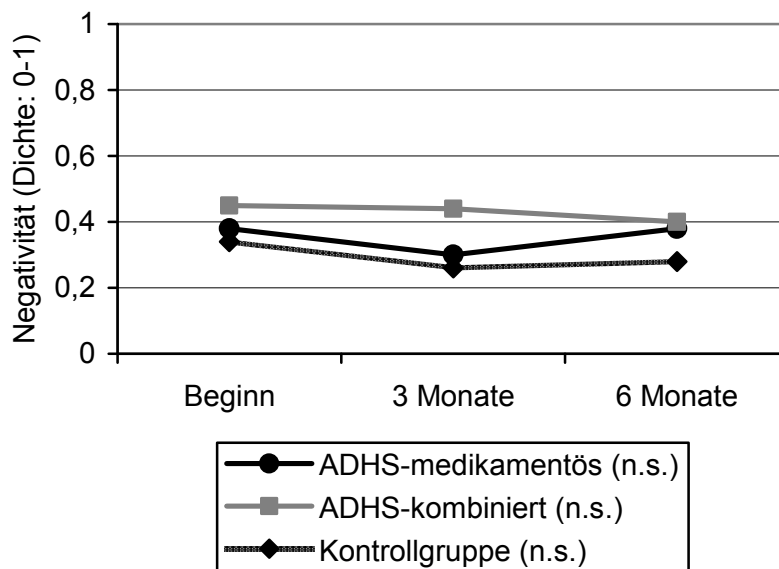


Abbildung 44: Negativität in der Vater-Kind-Beziehung aus Sicht der Mütter der Kinder mit ADHS in medikamentöser und kombinierter Behandlung und der Kontrollmütter (FG)

IV.3.3 Selbstkongruenz und Identifikationsmuster anhand des FIT im Behandlungsverlauf

Als letztes sollen die Ergebnisse zur Selbstkongruenz, zur realen und idealen Identifikation der Kinder mit den Familienmitgliedern, wie auch zur realen und idealen Identifikation der Mütter mit dem Indexkind im Behandlungsverlauf vorgestellt werden. Der Vergleich der Variablen zwischen den drei Messzeitpunkten wurde jeweils mit einer Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt. Der Vergleich zwischen jeweils zwei Messzeitpunkten erfolgte mit dem T-Test für abhängige Stichproben. Die Tabellen mit den Ergebnissen der Kinder und Mütter folgen im Anhang (Tabelle 50 und Tabelle 51).

Bei den Kindern mit ADHS, die medikamentös behandelt wurden, wird beim Vergleich der drei Messzeitpunkte eine signifikante Zunahme der idealen Identifikation mit dem Vater ($F=4.82$, $p=.028$) und mit einer Tendenz eine Zunahme der idealen Identifikation mit dem Geschwister ($F=3.70$, $p=.069$) beobachtet. Vom ersten zum zweiten ($T=-1.81$, $p=.086$) und vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt ($T=-2.06$, $p=.064$) steigt die ideale Identifikation mit dem Vater tendenziell an. Vom ersten zum dritten Messzeitpunkt nimmt die ideale Identifikation mit dem Vater ($T=-2.54$, $p=.019$) und mit dem Geschwister ($T=-2.39$, $p=.033$) signifikant zu, und die reale Identifikation mit dem Sollbild nimmt mit einer Tendenz zu ($T=-2.02$, $p=.055$). In Abbildung 45 wird das Selbstkonzept der Kinder mit ADHS in medikamentöser Behandlung und in Abbildung 46 ihre reale und ideale Identifikation mit ihren Eltern veranschaulicht.

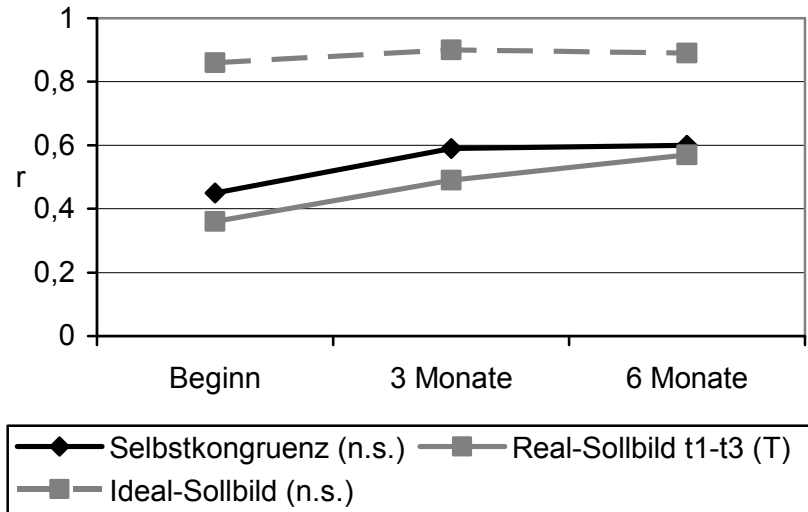


Abbildung 45: Selbstkongruenz, reale und ideale Identifikation mit dem Sollbild bei den Kindern mit ADHS in medikamentöser Behandlung (FIT)

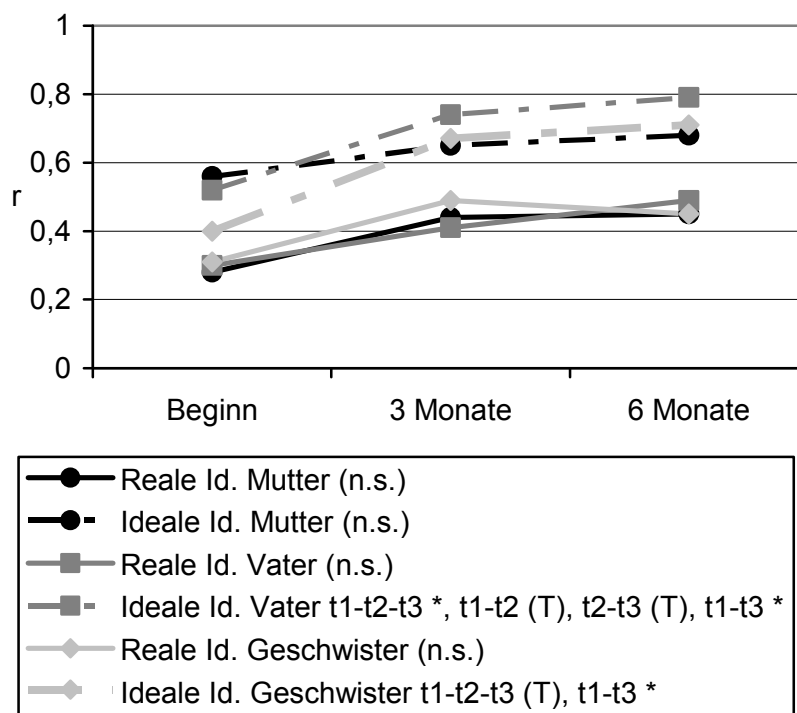


Abbildung 46: Reale und ideale Identifikation mit der Mutter, dem Vater und dem Geschwister bei den Kindern mit ADHS in medikamentöser Behandlung (FIT)

Bei den Kindern mit ADHS, die eine kombinierte Behandlung erhielten, wird beim Vergleich der drei Messzeitpunkte eine signifikante Zunahme der

Selbstkongruenz ($F=4.16$, $p=.031$) und der realen Identifikation mit dem Sollbild ($F=4.60$, $p=.024$), wie auch mit einer Tendenz eine Zunahme der realen Identifikation mit dem Vater ($F=3.55$, $p=.062$) verzeichnet. Vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt steigen die Selbstkongruenz ($T=-1.86$, $p=.077$) und die reale Identifikation mit dem Vater ($T=-1.83$, $p=.084$) tendenziell an. Vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt steigt die reale Identifikation mit dem Sollbild mit einer Tendenz an ($T=-2.00$, $p=.059$). Vom ersten zum dritten Messzeitpunkt nehmen die Selbstkongruenz ($T=-2.39$, $p=.027$), die reale Identifikation mit dem Sollbild ($T=-2.60$, $p=.017$) und die reale Identifikation mit dem Vater ($T=-2.15$, $p=.045$) signifikant zu. Abbildung 47 veranschaulicht die Selbstkongruenz, die reale und ideale Identifikation mit dem Sollbild im Behandlungsverlauf. In Abbildung 48 werden die reale und ideale Identifikation mit der Mutter, dem Vater und dem Geschwister im Behandlungsverlauf dargestellt.

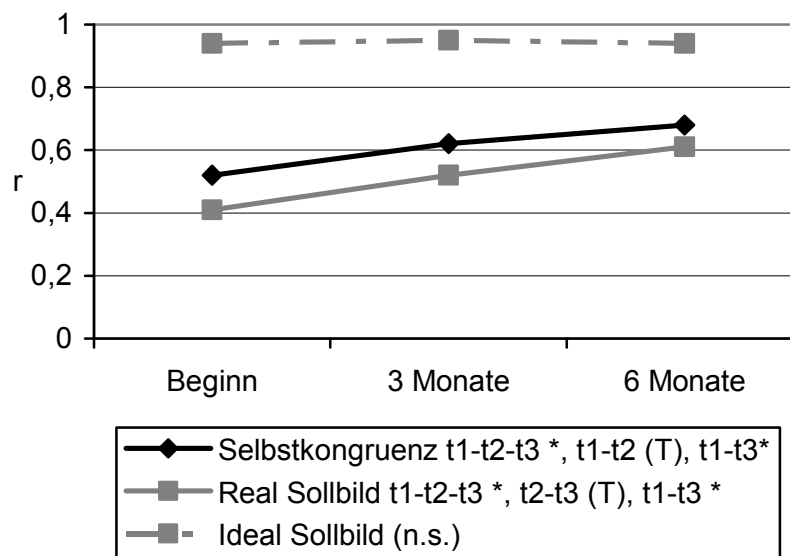


Abbildung 47: Selbstkongruenz, reale und ideale Identifikation mit dem Sollbild bei den Kindern mit ADHS in kombinierter Behandlung (FIT)

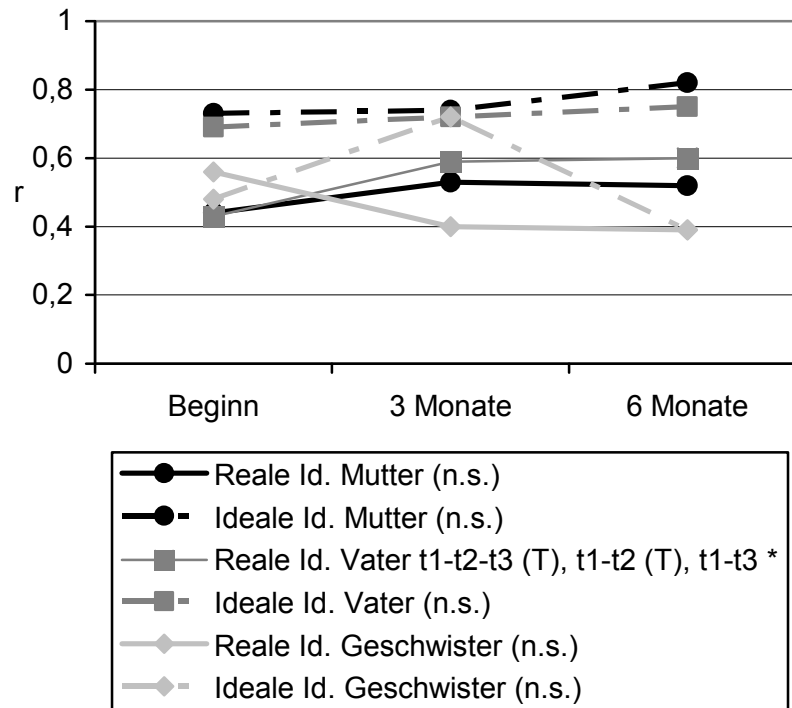


Abbildung 48: Reale und ideale Identifikation mit der Mutter, dem Vater und dem Geschwister bei den Kindern mit ADHS in kombinierter Behandlung (FIT)

Bei den Kindern der Kontrollgruppe wird beim Vergleich der drei Messzeitpunkte kein signifikanter Unterschied gefunden. Vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt nimmt die Selbstkongruenz mit einer Tendenz zu ($T = -1.83$, $p = .081$). Vom ersten zum dritten Messzeitpunkt nimmt die reale Identifikation mit der Mutter signifikant ab ($T = -2.31$, $p = .029$).

Die Überprüfung auf einen Interaktionseffekt zwischen den drei Kinder-Stichproben (ADHS-Medikationsgruppe, ADHS-Kombinationsgruppe, Kontrollgruppe) und den drei Messzeitpunkten (t1, t2, t3) zeigt keinen signifikanten Interaktionseffekt.

Beim Vergleich der drei Kinder-Stichproben hinsichtlich der Differenz Δ zwischen dem dritten und ersten Messzeitpunkt ($\Delta T3-T1$) werden keine signifikanten Unterschiede gefunden.

Die Mütter der drei Stichproben weisen beim Vergleich der drei Messzeitpunkte keine signifikante Veränderung in der Zufriedenheit mit ihrem Kind (Übereinstimmung des realen und idealen Kindes), wie auch der realen und idealen Identifikation mit ihrem Kind auf. Lediglich bei den Müttern der Kontrollgruppe wird vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt mit einer Tendenz ($T=-1.74$, $p=.095$) eine Abnahme der Zufriedenheit mit ihrem Kind (Übereinstimmung des realen und idealen Kindes) beobachtet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 51 im Anhang einzusehen.

Bei der Überprüfung auf einen Interaktionseffekt zwischen den drei Mütter-Stichproben (ADHS-Medikationsgruppe, ADHS-Kombinationsgruppe, Kontrollgruppe) und den drei Messzeitpunkten (t_1 , t_2 , t_3) werden keine signifikanten Interaktionseffekte gefunden.

Ebenso ergibt der Vergleich der drei Mütter-Stichproben bezüglich der Differenz Δ zwischen dem ersten und dritten Messzeitpunkt (ΔT_3-T_1) keine signifikanten Unterschiede.

In den letzten Kapiteln wurden die Ergebnisse zu den Familienbeziehungen, zur Selbstkongruenz und zu den Identifikationsmustern von Kindern und Jugendlichen mit ADHS zu Beginn und im Verlauf der Behandlung vorgestellt. Zudem wurde ein Vergleich zwischen Kindern mit und ohne ADHS bezüglich dieser Variablen durchgeführt. In den folgenden Kapiteln sollen diese Ergebnisse zusammengefasst und bisherigen Forschungsergebnissen gegenübergestellt werden.

V DISKUSSION

In dieser Studie wurden die Familienbeziehungen und Identifikationsmuster über die familieninterne Perspektive von Kindern mit ADHS und ihrer Eltern, wie auch die Selbstkongruenz der Kinder erhoben. In einem ersten Schritt wurden innerhalb der Stichprobe die Beschreibungen der Kinder mit ADHS und ihrer Eltern bezüglich der Familienbeziehungen und Identifikationsmuster analysiert. Diese Ergebnisse werden im Folgenden in Abschnitt V.1 diskutiert. In einem zweiten Schritt wurden die Familienbeziehungen, Identifikationsmuster und Selbstkongruenz der Kinder mit ADHS und ihrer Eltern mit jenen einer nicht-klinischen Stichprobe von Kindern und Eltern verglichen. Die Diskussion dieser Ergebnisse erfolgt in Abschnitt V.2. Als letztes wurden die Familienbeziehungen, Identifikationsmuster und Selbstkongruenz der Kinder mit ADHS und ihrer Eltern im Verlauf der medikamentösen und kombinierten Behandlung analysiert. In Abschnitt V.3 werden die Ergebnisse zu dieser Untersuchung diskutiert.

V.1 FAMILIENBEZIEHUNGEN UND IDENTIFIKATIONSMUSTER AUS SICHT DES KINDES MIT ADHS UND SEINER ELTERN

V.1.1 Kohäsion, Hierarchie und Negativität der Familie

Mit dem Familiensystemtest stellten die Kinder mit ADHS das Eltersubsystem signifikant kohäsiver dar als das Vater-Kinder- und Geschwistersubsystem. Ebenso bildeten die Väter das Elternsubsystem signifikant kohäsiver ab als das Vater-Kinder-, Mutter-Kinder- und Geschwistersubsystem. In den Beschreibungen der Mütter hingegen unterschieden sich die Familiensubsysteme nicht signifikant bezüglich der Kohäsion. Mit dem Familiogramm beschrieben die Kinder die Mutter-Kind-Dyade signifikant kohäsiver als das Geschwistersubsystem. Die Väter bildeten alle anderen

Subsysteme signifikant kohäsiver ab als das Geschwistersubsystem. Die Mütter schätzten die Mutter-Kind-Dyade als signifikant kohäsiver ein als alle anderen Subsysteme.

Bezüglich der Hierarchiedimension beim FAST beschrieben die Kinder das Vater-Kinder-Subsystem signifikant hierarchischer als das Elternsystem, das wiederum signifikant hierarchischer dargestellt wurde als das Geschwistersubsystem. Die Väter bildeten das Vater-Kinder- und Mutter-Kinder-Subsystem signifikant hierarchischer ab als das Elternsystem, das wiederum signifikant hierarchischer als das Geschwistersubsystem wahrgenommen wurde. Die Mütter hingegen beschrieben keine signifikanten Unterschiede in der Hierarchie der Eltern- und Eltern-Kinder-Beziehung, nahmen jedoch das Geschwistersubsystem ebenfalls als am wenigsten hierarchisch wahr. Mit dem Familiogramm beschrieben die Kinder die Vater-Kind-Dyade signifikant hierarchischer als das Eltern- und Geschwistersubsystem. Die Mutter-Kind-Dyade wurde ebenfalls signifikant hierarchischer dargestellt als das Geschwistersubsystem. Die Mütter schätzten die Vater-Kind-Beziehung mit dem FG signifikant hierarchischer ein als die Eltern-, Mutter-Kind- und Geschwisterbeziehung. In den Beschreibungen der Väter mit dem FG wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Hierarchiewerten der verschiedenen Subsysteme gefunden.

Hinsichtlich der Negativitäts-Dimension beschrieben die Kinder signifikant mehr Kritik in der ältestes-Geschwister-Kind-Dyade als in der Vater-Mutter- und Vater-Kind-Dyade. Die Väter gaben signifikant mehr Kritik in der ältestes-Geschwister-Kind-Dyade und in der Mutter-Kind-Dyade an als in der Vater-Kind-Dyade. In den Beschreibungen der Mütter unterschieden sich die einzelnen Familiensubsysteme nicht signifikant bezüglich der Negativität.

Insgesamt unterschieden sich die Beschreibungen der Kinder, Mütter und Väter bezüglich der familiären Kohäsion, Hierarchie und Negativität.

Die Beschreibung der familiären Kohäsion aus Sicht der Kinder mit dem Familiensystemtest stimmt teilweise mit den Ergebnissen einer in den USA (Feldman & Gehring, 1988) und einer in Brasilien (Oswald, 2002) durchgeführten Studie mit dem FAST überein. In diesen Studien mit nicht-klinischen Stichproben stellten die Kinder das Elternsystem signifikant kohäsiver dar als die Subsysteme Vater-Kinder, Mutter-Kinder und Geschwister. In der gegenwärtigen Studie jedoch repräsentierten die Kinder das Mutter-Kinder-Subsystem ähnlich kohäsiv wie das Elternsystem. Feldman, Wentzel, & Gehring (1989a) beobachteten anhand des FAST ebenfalls, dass die Eltern einer nicht-klinischen Stichprobe das Elternsystem und das Mutter-Kinder-Subsystem ähnlich kohäsiv darstellten, während die Kinder die Mutter-Kinder-Beziehung als weniger kohäsiv wahrnahmen. In der vorliegenden Studie bildeten die Väter das Elternsystem mit dem FAST als kohäsiver ab als alle anderen Subsysteme und stellten somit eine klare Generationengrenze dar. Diese Grenze wird aus Sicht der Kinder, mit Ausnahme der Kinder-Mutter-Beziehung, ebenfalls deutlich. Die Mütter jedoch differenzierten nicht zwischen der Kohäsion der Elternbeziehung und der Eltern-Kinder-Beziehung, weswegen die Generationengrenzen diffus erscheinen.

Mit dem Familiogramm allerdings, werden die Generationengrenzen auch aus Sicht der Väter und Kinder undeutlicher. Väter und Kinder grenzten klar das Geschwistersystem als weniger kohäsiv ab im Vergleich zu den anderen Subsystemen, differenzierten jedoch nicht zwischen der Eltern- und Eltern-Kinder-Beziehung. Aus Sicht der Mütter wurde die Mutter-Kind-Beziehung sogar als kohäsiver dargestellt als die Elternbeziehung. Teodoro (2005) beobachtete mit dem Familiogramm bei einer nicht-klinischen Stichprobe von Kindern ebenfalls, dass diese die Geschwisterbeziehung als weniger kohäsiv darstellten als alle anderen Familiensysteme.

Diese Unterschiede zwischen der Kohäsionsbeschreibung mit dem Familiensystemtest und dem Familiogramm können zu einem großen Teil

sicherlich auf die unterschiedliche Methodologie zurückgeführt werden. Während bei der Familienaufstellung mit dem FAST klar entschieden werden muss, welche Personen eine kohäsivere oder weniger kohäsive Beziehung haben, da es nicht möglich ist, alle Figuren mit gleichem Abstand zueinander aufzustellen, erfolgt die Beschreibung einer Beziehung beim Familiogramm unabhängig von der Beschreibung der anderen Beziehungen. Wie bereits von Teodoro (2005) beschrieben, können beim Familiogramm alle Dyaden die maximale Kohäsion aufweisen, während dies beim FAST nicht möglich ist. Zudem kann beim FG jede Beziehung bidirektional eingeschätzt werden. Dieser unterschiedlichen Methodologie der Verfahren kann angerechnet werden, dass mit dem FAST aus Sicht der Kinder und Väter eine differenziertere Familienstruktur mit klaren Generationengrenzen im Sinne der strukturellen Familiensystemtheorie beschrieben wurde, während die Familienstruktur bei der Beschreibung mit dem Familiogramm weniger klar erscheint. Dennoch wurden in der vorliegenden Studie bezüglich der familiären Kohäsion signifikante mittlere bis hohe Korrelationen zwischen den Daten beider Verfahren erfasst. Dies weist darauf hin, dass beide Verfahren ein ähnliches Konstrukt erfassen können. In zukünftigen Studien sollte untersucht werden, welche der beiden Methoden die Familienkohäsion valider beschreibt.

In der vorliegenden Studie beurteilten die Kinder mit ADHS die Eltern-Kind-Beziehung hierarchischer als ihre Mütter. Dieses Ergebnis stimmt mit Befunden von Feldman et al. (1989a) und Oswald (2002) überein, wonach die Kinder eine größere Hierarchie zwischen sich und den Eltern wahrnehmen als ihre Eltern. Konträr dazu beschrieben die Väter in der gegenwärtigen Studie jedoch eine höhere intergenerationale Familienhierarchie als die Mütter und Kinder. Im Gegensatz zur Kohäsionsdimension beschrieben die Kinder mit dem FAST und FG eine ähnliche Hierarchiestruktur der Familie. Bei beiden Verfahren stellten sie die Beziehung zwischen Eltern und Kindern hierarchischer dar als andere

Beziehungen. Während die Mütter die Eltern-Kind-Beziehung mit dem FAST nicht signifikant hierarchischer darstellten als die Elternbeziehung, schätzten sie die Vater-Kind-Beziehung mit dem FG signifikant hierarchischer ein als die Elternbeziehung. Die Väter bildeten die Eltern-Kind-Beziehung mit dem FAST hierarchischer ab als die Elternbeziehung, jedoch werden beim FG keine Unterschiede zwischen den Dyaden signifikant. Die Übereinstimmung zwischen FAST und FG bei den Kindern und die fehlende Übereinstimmung bei den Eltern könnte darauf zurückgeführt werden, dass die Eltern mit dem Hierarchiesatz („Person A hört auf Person B“) bei der Beschreibung der Paarbeziehung Schwierigkeiten hatten. Sie kommentierten häufig, es gäbe zwischen dem Paar eher eine Übereinkunft, als dass ein Partner auf den anderen hören würde. Beim Vergleich der Daten des FAST und des FG wurden lediglich teilweise Korrelationen mittlerer Ausprägung berechnet, während größtenteils kaum ein Zusammenhang zwischen den Daten gefunden wurde. Es ist somit davon auszugehen, dass beide Verfahren zumindest zum Teil unterschiedliche Hierarchieaspekte erheben, was mit der Formulierung des Erhebungssatzes im FG im Zusammenhang stehen könnte. Bei zukünftigen Forschungsversuchen sollten alternative Sätze zur Operationalisierung der Hierarchiedimension untersucht werden. Weiterhin ergeben sich Unterschiede zwischen der mit dem FAST und FG erhobenen Hierarchie, da die Beziehungen beim Familiogramm immer bidirektional bewertet werden.

Als zusätzliche Dimension wurde mit Hilfe des Familiogramms die Negativität, d.h. das Maß negativer verbaler Interaktion in der Familie untersucht. Dabei wurde deutlich, dass die Kinder, Mütter und Väter die Geschwisterbeziehung mit mehr negativen Interaktionen als die anderen Dyaden beschrieben. Insgesamt bildeten die Mütter die Familie mit höherer Negativität ab als die Kinder und Väter. Die erhöhte Anzahl negativer Interaktionen zwischen den Geschwistern war aufgrund der Probleme, die Kinder mit ADHS in sozialen

Kontakten mit Peers zeigen, zu erwarten (Blachman & Hinshaw, 2002). Kendall (1999) zeigte zudem, dass die Geschwisterbeziehung aus Sicht der Geschwister von Kindern mit ADHS als belastend und konfliktgeladen erlebt wird. Es gibt bislang kaum Studien, die die Geschwisterbeziehung von Kindern mit ADHS untersuchten. Diesem Aspekt sollte in zukünftigen Forschungsansätzen mehr Beachtung geschenkt werden. Es ist davon auszugehen, dass die Geschwister von Kindern mit ADHS emotional sehr belastet sind und ebenfalls psychosoziale Probleme aufweisen (Faraone, Biederman, Mennin, Gershon, & Tsuang, 1996; Kendall, 1999). Interessanterweise beschrieben die Kinder mit ADHS die Mutter als diejenige, die in der Familie am häufigsten Kritik ausübt, während sie selber sich als diejenigen darstellten, die von den anderen Familienmitgliedern am häufigsten kritisiert werden. Im Gegensatz dazu nahmen die Mütter das Kind mit ADHS als dasjenige Familienmitglied wahr, das am häufigsten Kritik ausübt und zugleich am häufigsten von den Anderen kritisiert wird. Ebenso stellten die Väter das Kind mit ADHS als das am häufigsten kritisierte Familienmitglied dar, während es zugleich am wenigsten Kritik ausübt. Diese Ergebnisse weisen auf die unterschiedlichen Blickwinkel der Familienmitglieder und die Reziprozität der Familieninteraktionen hin. Es wird sowohl aus Sicht des Kindes mit ADHS als auch aus Sicht der Eltern die besondere Stellung des Kindes mit ADHS deutlich, auf das sich die negativen familiären Interaktionen verstärkt zu konzentrieren scheinen.

Aus diesen Ergebnissen geht hervor, dass die Familienmitglieder die Familienbeziehungen unterschiedlich wahrnehmen und dass sich die Familiensubsysteme hinsichtlich der Qualität der Beziehungen unterscheiden. Dieser Befund wurde gemäß der systemischen Familientheorie erwartet, da die Familienmitglieder unterschiedliche Rollen und Funktionen innerhalb des Systems einnehmen und somit unterschiedliche Blickwinkel auf die Beziehungen haben (Minuchin, 1997). Dieser Befund verdeutlicht, dass ein

Familienmitglied allein nur inkomplette Beschreibungen zu den Familienbeziehungen geben kann. Zur umfassenden und vollständigen Exploration der Familienbeziehungen ist es notwendig, unterschiedliche Perspektiven zu untersuchen.

V.1.2 Identifikationsmuster

Die Kinder mit ADHS zeigten eine signifikant höhere ideale („Ich möchte sein wie...“) als reale Identifikation („Ich bin wie...“) mit der Mutter, dem Vater, dem Lehrer und dem Idol. Zudem nahmen sie eine signifikant größere Übereinstimmung zwischen dem Idealbild (wie sie sein möchten) und dem Sollbild (angenommene Erwartungen der Eltern) wahr, als zwischen dem Realbild (wie sie sind) und dem Sollbild. Es wurden keine Unterschiede in der realen Identifikation mit den verschiedenen Personen gefunden. Die ideale Identifikation mit der Mutter ist höher als mit dem Geschwister. Zudem ist die ideale Identifikation mit Mutter und Vater höher als mit dem Freund. Die Mütter wiesen eine signifikant höhere ideale als reale Identifikation mit dem Partner auf, während bei den Vätern keine Unterschiede zwischen realer und idealer Identifikation registriert wurden. In Anlehnung an die im Manual des Familien-Identifikations-Tests angegebenen Richtlinien zur Interpretation der Identifikationswerte befinden sich die realen Identifikationswerte der Kinder mit ADHS im unterdurchschnittlichen und die idealen Identifikationswerte im durchschnittlichen Bereich.

Diese Ergebnisse stimmen mit einer bereits in Brasilien durchgeführten Studie mit einer nicht-klinischen Stichprobe überein (Teodoro, 2000). Bei dieser Studie wurden ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den realen Identifikationen der Kinder mit dem Vater, der Mutter und den Geschwistern beobachtet. Zudem wurde bei dieser Untersuchung (Teodoro, 2000) und bei

einer in der Schweiz durchgeführten Studie mit einer nicht-klinischen Stichprobe (Teodoro, 2005) ebenfalls eine höhere ideale Identifikation der Kinder mit den Eltern als mit den Geschwistern ermittelt. Dieses Ergebnis könnte auf die Vorbildrolle der Eltern als Erzieher zurückgeführt werden. Zudem wurde in diesen Studien (Teodoro, 2000, 2005) ebenfalls eine höhere ideale als reale Identifikation der Mutter mit dem Vater erfasst. Diese übereinstimmenden Befunde lassen darauf schließen, dass in westlich orientierten Kulturen ähnliche Identifikationsmuster vorherrschen.

Zur besseren Interpretation der Beziehungen und Identifikationsmuster der Familien von Kindern mit ADHS wurde ein Vergleich mit nicht-klinischen Familien durchgeführt. Die Ergebnisse dieses Vergleichs werden im folgenden Kapitel diskutiert.

V.2 FAMILIENBEZIEHUNGEN, SELBSTKONGRUENZ UND IDENTIFIKATIONSMUSTER AUS SICHT VON KINDERN MIT UND OHNE ADHS SOWIE IHRER ELTERN

Beim Vergleich der Familienbeziehungen von Kindern mit und ohne ADHS wurde mit dem Familiensystemtest erfasst, dass die Kinder mit ADHS ihre Familie und speziell das Mutter-Kinder-Subsystem und die Mutter-Indexkind-Dyade signifikant weniger kohäsiv portraitierten als die Kinder der Kontrollgruppe. Die Mütter der ADHS-Gruppe beschrieben ihre Familien im Durchschnitt signifikant weniger hierarchisch als die Mütter der Kontrollgruppe. Die Väter der ADHS-Gruppe bildeten die Dyade Mutter-Indexkind signifikant weniger kohäsiv und das Geschwistersubsystem signifikant weniger hierarchisch ab als die Väter der Kontrollgruppe. Zudem portraitierten die Mütter und Väter der ADHS-Gruppe mit einer Tendenz eine geringere Hierarchie zwischen Eltern und Kindern als die Mütter und Väter der

Kontrollgruppe. Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen bezüglich der Anzahl dargestellter Koalitionen und Hierarchieumkehrungen festgestellt, mit Ausnahme einer signifikant höheren Anzahl von Mutter-Kinder-Koalitionen bei den Vätern der Kontrollgruppe.

Mit dem Familiogramm beschrieben die Mütter der ADHS-Gruppe die Familie und das Geschwistersubsystem signifikant weniger kohäsiv als die Mütter der Kontrollgruppe. Zudem verzeichneten sie in der Mutter-Indexkind-Dyade signifikant häufiger Hierarchieumkehrungen und eine signifikant höhere Negativität als die Kontrollmütter. Die Kinder der ADHS-Gruppe beschrieben eine signifikant höhere Negativität im Geschwistersubsystem. Ebenso bildeten ihre Väter mit einer Tendenz eine höhere Negativität im Geschwistersubsystem ab als die Väter der Kontrollgruppe.

Die Kinder mit ADHS wiesen eine signifikant geringere Selbstkongruenz, wie auch eine geringere reale Identifikation mit dem Sollbild, den Familienmitgliedern (mit Ausnahme des Vaters) und wichtigen Personen außerhalb der Familie auf als die Kinder der Kontrollgruppe. Zudem zeigten sie eine geringere ideale Identifikation mit dem Sollbild und dem besten Freund. Die Mütter der Kinder mit ADHS präsentierten eine geringere reale und ideale Identifikation mit dem Kind als die Mütter der Kontrollgruppe. Weiterhin registrierten sie eine größere Diskrepanz zwischen dem realen und idealen Kind und nahmen eine geringere Ähnlichkeit zwischen dem Kind und seinem Geschwister wahr im Vergleich zu den Kontrollmüttern. Bei den Vätern der ADHS-Gruppe wurde im Vergleich zu jenen der Kontrollgruppe lediglich mit einer Tendenz eine geringere reale Identifikation mit dem Indexkind verzeichnet.

Die Ergebnisse dieser Studie stimmen mit jenen aus der Literatur überein, die eine geminderte Beziehungsqualität in Familien von Kindern mit ADHS berichten. Biederman et al. (1995b) untersuchten die Beziehungsqualität der

Familien von Kindern mit ADHS aus Sicht der Mütter und Väter und ermittelten ebenfalls eine geminderte Kohäsion im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Studien, die speziell die Eltern-Kind-Interaktion analysierten, registrierten mehr negative und feindselige Interaktionen und Konflikte in Familien mit Kindern mit ADHS (Camparo et al., 1994; Edwards et al., 2001; Fletcher et al., 1996; Jacobvitz et al., 2004; Käppler, 2005), die zu einer geminderten Kohäsion zwischen den Eltern und dem Kind mit ADHS beitragen können. Diese geminderte Kohäsion der Familie und speziell der Eltern-Kind-Beziehung wurde hier von den Kindern mit ADHS deutlich anhand des Familiensystemtests repräsentiert. Ebenso zeigt sich dieser Zusammenhang in den Repräsentationen der Väter bezüglich der Mutter-Kind-Beziehung. Auf Seite der Mütter wird dieser Zusammenhang durch die geminderte Kohäsion der Familie beim Familiogramm gestützt. Zudem nehmen die Mütter in der Mutter-Kind-Beziehung signifikant mehr negative Interaktionen wahr als die Mütter der Kontrollgruppe.

Hinsichtlich der Elternbeziehung unterschieden sich die Beschreibungen der Kinder, Mütter und Väter beider Gruppen nicht signifikant. Dieser Befund ist konsistent mit anderen Studien, die keine geminderte Ehequalität bei Eltern von Kindern mit ADHS vorfanden, sondern Ehekonflikte stärker mit der Störung des Sozialverhaltens und der Oppositionellen Störung des Sozialverhaltens des Kindes in Zusammenhang bringen (Edwards et al. 2001; Keown & Woodward, 2002; Woodward et al., 1998). Jedoch ist wichtig zu erwähnen, dass dieses Ergebnis auf die Familien dieser Studie begrenzt ist, in denen beide Eltern noch verheiratet sind oder miteinander in Kontakt stehen (ADHS: 50%; Kontrollgruppe: 52.4%), so dass ein verzerrtes Ergebnis nicht ausgeschlossen werden kann.

Die Geschwisterbeziehung wurde von den Müttern der ADHS-Gruppe weniger kohäsiv und von den Kindern und Vätern der ADHS-Gruppe mit höherer Negativität dargestellt als von der Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den Befunden einer qualitativen Studie, in der dreizehn Geschwister von Kindern mit ADHS interviewt wurden (Kendall, 1999). Die Geschwister betrachteten die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung als das größte Problem der Familie und berichteten häufig, die Opfer physischer und verbaler Aggression, Manipulation und Kontrolle der Kinder mit ADHS zu sein. Zudem zeigten Studien, dass Kinder mit ADHS im Allgemeinen mehr Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Kindern haben als Kinder ohne ADHS (z.B. Blachman & Hinshaw, 2002).

Bezüglich der Hierarchie wurden keine signifikanten Unterschiede in den Familienrepräsentationen der Kinder mit und ohne ADHS vorgefunden. Jedoch beschrieben die Mütter der ADHS-Gruppe ihre Familie im Durchschnitt signifikant weniger hierarchisch, und die Mütter und Väter repräsentierten mit einer Tendenz eine geringere Hierarchie zwischen Eltern und Kindern als die Mütter und Väter der Kontrollgruppe. Dieser Befund könnte das Resultat von Eltern-Kind-Interaktionen sein, die von gegenseitiger Zwangsausübung geprägt sind, wie von Patterson (1982) im Modell des ‚*coercive cycle*‘ postuliert wird. Demnach erzwingt das Kind durch sein ungehorsames Verhalten ein inkonsequentes Erziehungsverhalten auf Seiten der Eltern, die wiederum versuchen, das Kind durch Drohung und Bestrafung zu Gehorsam zu zwingen. Die beeinträchtigte Beziehung zwischen Eltern und Kindern könnte somit das Ergebnis negativer Transaktionserfahrungen sein. Weiterhin stimmt dieses Ergebnis mit Studien überein, die zeigten, dass Eltern von Kindern mit ADHS mehr ineffektive Erziehungspraktiken anwenden und sich im Vergleich zu anderen Eltern inkompetent bezüglich ihrer Erziehungsfertigkeiten fühlen (Johnston, 1996).

Jedoch lässt die Konzeption dieser Studie keine Rückschlüsse auf eine kausale Richtung dieses Zusammenhangs zu.

Anders als erwartet wurden in dieser Studie, mit Ausnahme einer höheren Anzahl von Mutter-Kinder-Koalitionen bei den Familienrepräsentationen der Kontrollväter, keine Gruppenunterschiede in der Anzahl von intergenerationalen Koalitionen und Hierarchieumkehrungen gefunden. Eine Studie von Jacobvitz et al. (2004) untersuchte die Familienbeziehungen von Kindern mit verschiedenen Störungsbildern auf Basis der strukturellen Familiensystemtheorie von Minuchin. Es wurde festgestellt, dass Jungen von Familien mit starker Involviertheit häufiger ADHS-Symptome entwickelten. Zuvor war bereits von Jacobvitz und Sroufe (1987) ein Zusammenhang zwischen unklaren interpersonellen Grenzen (zu starke Intimität oder Parentifizierung des Kindes) und Symptomen von ADHS berichtet worden. Da diese beiden Studien die Familienbeziehungen aus Sicht von externen Beobachtern bewerteten, bleibt in Zukunft, bei einem Vergleich der Ergebnisse von externer Beobachtung und Selbstbeschreibung, zu erforschen, ob die Familienmitglieder tatsächlich vorhandene dysfunktionale interpersonelle Grenzen im Familiensystem wahrnehmen können.

In Einklang mit anderen Studien, die ein negativeres Selbstkonzept und gemindertem Selbstwertgefühl bei Kindern mit ADHS beobachteten (Barber, Grubbs, & Cottrell, 2005; Schöning et al., 2002; Slomkowski, Klein, & Manuzza, 1995; Treuting & Hinshaw, 2001), wurde in dieser Studie eine geringere Selbstkongruenz der Kinder mit ADHS im Vergleich zu den Kindern der Kontrollgruppe ermittelt. Darüber hinaus beschrieben sich die Kinder mit ADHS als dem Sollbild, der Mutter, dem Geschwister, dem besten Freund, dem Lehrer und dem Idol weniger ähnlich als die Kinder der Kontrollgruppe. Eine Studie, die in Deutschland mit dem Familien-Identifikations-Test durchgeführt

wurden, fand bei Kindern mit ADHS ebenfalls eine geringere Selbstkongruenz und eine geringere reale und ideale Identifikation mit der Mutter (Käppler, 2005).

Die Abwesenheit eines signifikanten Unterschiedes zwischen den Kindern mit und ohne ADHS bezüglich der realen und idealen Identifikation mit dem Vater könnte eine mögliche Ähnlichkeit zwischen dem Kind mit ADHS und seinem Vater widerspiegeln. Obwohl spekulativ, ist interessant zu erwähnen, dass einige kürzlich durchgeführte molekulargenetische Studien eine weitaus höhere Übertragung väterlicher Kandidatengene für ADHS nahe legen als eine mütterliche Übertragung (Hawi et al., 2005; Kent et al., 2005).

In Anbetracht der Bedeutung, die verschiedene theoretische Traditionen (Freud, 1923; Bandura, 1969; Kohlberg, 1974) Identifikationsprozessen für die Entwicklung der Identität zukommen lassen, ist bemerkenswert, dass es kaum Studien gibt, welche die Identifikationsmuster von Kindern mit ADHS erfassen. Dieser Umstand kann auf den Mangel an Instrumenten zurückgeführt werden, die die Identifikation aus Sicht des Kindes erheben. Zukünftige Forschungsansätze sollten diesem Aspekt mehr Beachtung schenken.

Beim Vergleich der Familienbeschreibungen der Kinder mit und ohne komorbider Störung des Sozialverhaltens (SSV) wurde mit dem FAST eine signifikant niedrigere durchschnittliche Familienhierarchie und mit dem FG eine signifikant geringere Kohäsion des gesamten Familiensystems bei den Kindern mit komorbider SSV erfasst. Auf Subsystemebene wurden keine Unterschiede signifikant. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Familienbeziehungen von Kindern mit ADHS und komorbider SSV belasteter zu sein scheinen, als jene von Kindern mit einer einfachen ADHS. Nichtsdestotrotz wurden nur sehr wenige signifikante Unterschiede zwischen beiden Stichproben gefunden, so dass von einer Beeinträchtigung der Familienbeziehungen von Kindern mit ADHS im Vergleich zu nicht-klinischen Familien auch bei fehlender

komorbider SSV ausgegangen werden kann. Es wird in den letzten Jahren vermehrt angenommen, dass problematische familiäre Interaktionen stärker mit einer komorbiden SSV zusammenhängen als mit einer einfachen ADHS des Kindes. Bislang sind die Befunde hierzu noch widersprüchlich; einige Studien (Edwards et al., 2001; Johnston et al., 2002; Kashdan et al., 2004; Satake et al., 2004) fanden einen Zusammenhang zwischen dysfunktionalen Familienbeziehungen und der SSV des Kindes, während zur ADHS des Kindes kein Zusammenhang festgestellt wurde. Andere Studien wiederum fanden durchaus eine Beziehung zwischen der ADHS des Kindes und dysfunktionalen Familieninteraktionen (Keown & Woodward, 2002; Lindahl, 1998; Peris & Hinshaw, 2003; Trautmann-Villalba et al., 2001; Woodward et al., 1998). In der vorliegenden Studie wiesen die Kinder mit ADHS und komorbider SSV zudem eine tendenziell niedrigere Selbstkongruenz auf als die Kinder mit einfacher ADHS. Dieser Befund weist darauf hin, dass Kinder mit komorbider SSV ein negativeres Selbstkonzept aufweisen als Kinder mit einfacher ADHS. Aufgrund der kleinen Stichprobengröße der vorliegenden Studie war es nicht möglich, die ADHS-Stichprobe in Patienten mit einfacher ADHS und Patienten mit ADHS und komorbider SSV einzuteilen und mit der Kontrollgruppe zu vergleichen. Diese Differenzierung sollte in zukünftigen Forschungsansätzen erfolgen um Unterschiede zwischen Kindern mit ADHS mit und ohne komorbider SSV zu überprüfen.

In dieser Studie zeigten sich Kinder mit ADHS dazu fähig, ihre Familienbeziehungen, die Familienmitglieder und sich selbst zu bewerten. Im Einklang mit der erhöhten Anzahl von Konflikten, die in vorherigen Studien zwischen den Kindern mit ADHS und ihren Eltern und Geschwistern beobachtet wurden, repräsentierten sie die Eltern-Kind-Beziehung mit dem FAST als weniger kohäsiv und beschrieben mit dem Familiogramm mehr negative Interaktionen mit den Geschwistern als die Kontrollgruppe. Zudem sind sie sich

bewusst, dass sie sich bezüglich der Persönlichkeitseigenschaften von den anderen Familienmitgliedern unterscheiden und ihre eigenen Erwartungen über das Ideale Selbst und das Sollbild nicht erfüllen. Somit scheinen die Beschreibungen der Kinder in dieser Studie nicht positiv verzerrt zu sein im Gegensatz zu Befunden anderer Studien, welche die Peer-Beziehungen von Kindern mit ADHS untersuchten und eine positive illusorische Verzerrung in ihrer sozialen Selbstwahrnehmung feststellten (Hoza, Waschbusch, Pelham, Molina, & Milich, 2000). Diese Tatsache könnte auf die unterschiedliche Aufgabenart und Methodologie zurückgeführt werden, die zur Erhebung der Kindperspektive verwendet wurden. In dieser Studie wurden die Kinder mit dem Familiensystemtest darum gebeten, ihre Familie anhand von Figuren auf einem Legebrett zu portraituren und auf diese Weise die Familienbeziehungen aus ihrer Perspektive zu zeigen. Somit erfolgte die Beschreibung nicht kindzentriert und die Kinder wurden nicht direkt nach ihrer Leistung in der Interaktion mit den Familienmitgliedern gefragt, wie bei Hoza et al. (2000) zur Bewertung der sozialen Selbstwahrnehmung. Jedoch werden auch in der vorliegenden Studie mit dem Familiogramm keine signifikanten Unterschiede zwischen den Beschreibungen der Kinder mit und ohne ADHS bezüglich der Kohäsion und Hierarchie gefunden. Diese abweichenden Ergebnisse könnten, wie bereits in Abschnitt V.1.1 erwähnt, auf die unterschiedliche Methodologie der Verfahren und auf die unterschiedliche Operationalisierung der Dimensionen zurückgeführt werden.

Die gegenwärtige Studie zeigt außerdem, dass die Erhebung der Sicht des Kindes mit kindgerechten Instrumenten relevante zusätzliche Informationen über die Familienbeziehungen liefert. Die Kinder mit ADHS richteten den Blick in ihrer Familienbeschreibung auf einen anderen Winkel als ihre Eltern und ergänzten somit das Familienbild um ihre persönliche Beziehungserfahrung. Diese Unterschiede in der Wahrnehmung der Familienbeziehungen sind

aufgrund der unterschiedlichen Rollen, die Eltern und Kinder in der Familie einnehmen, zu erwarten (Minuchin, 1997). In der Arbeit mit Kindern und Familien sollte die Perspektive der Kinder in Zukunft stärker berücksichtigt werden.

V.3 FAMILIENBEZIEHUNGEN, SELBSTKONGRUENZ UND IDENTIFIKATIONSMUSTER AUS SICHT VON KINDERN MIT ADHS SOWIE IHRER ELTERN IM BEHANDLUNGSVERLAUF

In diesem Studienabschnitt wurden die Familienbeziehungen, Selbstkongruenz und Identifikationsmuster aus Sicht der Kinder mit ADHS und ihrer Mütter zu Beginn und im Verlauf der medikamentösen (Methylphenidat) vs. kombinierten Behandlung (Methylphenidat und kognitive Verhaltenstherapie) untersucht.

Die Hauptbefunde der Untersuchung mit dem Familiensystemtest ergaben, dass die Kinder mit ADHS, die mit Methylphenidat (MPH) behandelt wurden, nach sechs Monaten eine Zunahme der Kohäsion zwischen dem Vater und sich selbst wahrnahmen, während die Kinder der Kontrollgruppe eine Abnahme der Kohäsion zwischen dem Vater und sich selbst erlebten. Die Mütter der Kinder mit ADHS, die mit MPH behandelt wurden, beschrieben eine Zunahme der Hierarchie zwischen ihren Kindern und sich selbst. Die Mütter der Kinder mit ADHS, die eine kombinierte Behandlung erhielten, nahmen eine Zunahme der Hierarchie zwischen dem Kind mit ADHS und sich selbst wahr.

Anhand des Familiogramms beschrieben die Kinder mit ADHS nach sechsmonatiger Behandlung mit MPH eine Zunahme der Hierarchie der Mutter-Kind-Beziehung. Die Kinder mit ADHS in kombinierter Behandlung erlebten nach sechs Monaten eine Zunahme der Hierarchie der Familie und der Mutter-Kind-Beziehung, wie auch eine Abnahme der Negativität der Mutter-Kind-Beziehung. Die Mütter der Kinder mit ADHS in Behandlung mit MPH bildeten nach sechs Monaten eine Abnahme der Negativität der Familie ab.

Mit dem Familien-Identifikations-Test wurde bei den Kindern mit ADHS nach sechsmonatiger Behandlung mit MPH eine Zunahme in der idealen Identifikation mit dem Vater und dem Geschwister ermittelt. Die Kinder mit ADHS, die sich in kombinierter Behandlung befanden, wiesen nach sechs Monaten eine Zunahme der Selbstkongruenz, der Übereinstimmung mit dem Sollbild und der realen Identifikation mit dem Vater auf. Die Kinder der Kontrollgruppe zeigten nach sechs Monaten eine Zunahme in der realen Identifikation mit der Mutter.

Insgesamt wurde beim dritten Messzeitpunkt, nach sechsmonatiger Behandlung, im Vergleich zum zweiten Messzeitpunkt nach drei Monaten eine deutlichere Veränderung der Familienbeziehungen, des Selbstkonzeptes und der Identifikationsmuster beobachtet. Während beim Vergleich des ersten und zweiten Messzeitpunktes häufig noch eher statistische Tendenzen registriert wurden, wurden die Veränderungen nach sechs Monaten signifikant.

Die Ergebnisse der gegenwärtigen Studie sind konsistent mit jenen früherer Studien, die nach einer medikamentösen oder/und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung eine Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung bei Kindern mit ADHS berichteten. Barkley et al. (1985) beobachteten, dass sich die Eltern, nach einer erfolgreichen medikamentösen Behandlung, positiver dem Kind mit ADHS gegenüber verhielten. Wells et al. (2000) erfassten einen Rückgang negativer/ineffektiver Erziehungsmethoden auf Seite der Eltern nachdem das Kind mit ADHS entweder medikamentös, verhaltenstherapeutisch oder kombiniert medikamentös/verhaltenstherapeutisch behandelt wurde.

In dieser Studie kennzeichnete sich die Mutter-Kind-Beziehung der Kinder mit ADHS durch eine Zunahme der Hierarchie im Verlauf der rein medikamentösen und kombinierten Behandlung. Dieses Ergebnis könnte die Abnahme der

Verhaltensprobleme des Kindes und die damit einhergehende Zunahme der Erziehungskompetenz der Mütter widerspiegeln. Im Sinne des ‚*coercive cycle*‘ von Patterson (1982), könnte die Reduktion der Symptomatik die Spirale gegenseitiger Zwangs- und Kontrollhandlungen von Mutter und Kind unterbrochen haben. Die Akzentuierung der Hierarchiezunahme auf die Mutter-Kind-Beziehung hängt möglicherweise damit zusammen, dass vorwiegend Mütter am Elterntaining teilnahmen. In diesem Zusammenhang kann auch die beobachtete Abnahme der negativen Interaktionen zwischen Müttern und Kindern verstanden werden.

Interessanterweise nahmen die Kinder, die mit MPH behandelt wurden, in der gegenwärtigen Studie eine Zunahme in der Kohäsion zwischen Vater und Kindern wahr. Unter Hinzuziehung der Befunde anderer Studien wirft dieses Ergebnis die Frage auf, ob der Vater für die Kinder mit ADHS eine besondere Rolle spielt; bereits frühere Studien schilderten, dass sich Kinder mit ADHS ihrem Vater gegenüber weniger negativ verhalten als ihrer Mutter gegenüber (Buhrmester et al., 1992; Edwards et al., 2001; Johnston, 1996). Darüber hinaus wurde in der gegenwärtigen Studie beobachtet, dass die Kinder mit ADHS im Vergleich zur Kontrollgruppe eine geringere Ähnlichkeit zur Mutter und zum Geschwisterkind erleben, nicht jedoch zum Vater (siehe Abschnitt IV.2.3). Käßler (2005) berichtete ebenfalls, dass der Vater für die Kinder mit ADHS ein wichtiges Vorbild zu sein scheint. Bei einem Vergleich von Patienten mit ADHS, Patienten mit anderen psychischen Störungen, Kindern eines heilpädagogischen Heimes und Kindern verschiedener Schulen, unterschieden sich lediglich die Kinder mit ADHS nicht von den Schulkindern bezüglich der Vorbildfunktion des Vaters. Im Gegensatz zur Beschreibung der Kinder in der gegenwärtigen Studie, beobachteten Barkley et al. (2001) nach einer familientherapeutischen Behandlung, dass die Mütter in einer Konfliktsituation mehr positives und weniger negatives Verhalten zeigten, während keine

Veränderungen im Verhalten der Kinder und Väter gefunden wurden. Zukünftige Forschungsansätze sollten der Beziehung zwischen Vater und Kind mit ADHS im Behandlungsprozess mehr Aufmerksamkeit schenken; bislang legten die meisten Studien den Schwerpunkt auf die Mutter-Kind-Beziehung oder untersuchten die Beziehung zu einer primären Bezugsperson ohne zwischen Mutter und Vater zu differenzieren. Obwohl die Väter dazu neigen, weniger an der Behandlung des Kindes und an Evaluationsprozessen teilzunehmen, können Kinder aus ihrer Perspektive Informationen zur Vater-Kind-Beziehung liefern (e.g. Barkley, Guevremont, Anastopoulos, & Fletcher, 1992).

Im Gegensatz zu früheren Studien, die bei Kindern mit ADHS im Zuge einer medikamentösen Behandlung eine Verbesserung des Selbstkonzeptes beobachteten (Frankel, Cantwell, Myatt & Feinberg, 1999; Schöning, Steins, & Berek, 2002), wurde dieser Zusammenhang in der gegenwärtigen Studie nur bei den Kindern aufgefunden, die zusätzlich an einer kognitiven Verhaltenstherapie teilnahmen. Zudem wiesen die Kinder mit ADHS mit zusätzlicher kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung eine Zunahme in der wahrgenommenen Ähnlichkeit mit dem Vater auf. Diese Ergebnisse stimmen mit einer in Deutschland durchgeführten Studie mit Kindern mit ADHS überein. Nach einer multimodalen Behandlung zeigten die Patienten mit ADHS mit dem Familien-Identifikations-Test eine Erhöhung der Selbstkongruenz, eine Annäherung des realen Selbstbildes an das Sollbild (angenommene Erwartungen der Eltern) und eine Zunahme der realen Identifikation mit ihren Eltern (Käppler, 2005). Diese Ergebnisse stimmen mit den Befunden der MTA Cooperative Group (1999) überein, wonach eine kognitive Verhaltenstherapie in Kombination mit der medikamentösen Behandlung eher eine Verbesserung psychosozialer Aspekte favorisiert als eine rein medikamentöse Behandlung.

In diesem Sinne verleiten die Ergebnisse dieser Studie zur Formulierung der Hypothese, dass die reine medikamentöse Behandlung der Kinder im Zuge der Reduktion der Verhaltensauffälligkeiten das Familiensystem entlastet, jedoch eine zusätzliche kognitive Verhaltenstherapie zur Steigerung ihres Selbstwertes und psychischen Wohlbefindens beiträgt. Zukünftige Studien sollten diese Hypothese weiter untersuchen.

In Kapitel V.2 wurde bereits gezeigt, dass die Kinder mit ADHS dazu fähig sind, ihre Familienbeziehungen und die Familienmitglieder aus ihrer Perspektive anhand des Familiensystemtests, des Familiogramms und des Familien-Identifikations-Tests zu beschreiben. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe repräsentierten die Kinder mit ADHS die Eltern-Kind-Beziehung signifikant weniger kohäsiv, wiesen eine geringere Selbstkongruenz auf und erlebten eine geringere Ähnlichkeit zwischen sich und den Familienmitgliedern. In diesem Kapitel zeigten die Kinder mit ADHS darüber hinaus, dass sie fähig sind, Veränderungen im Familiensystem und bei sich selbst zu distinguieren. Die unterschiedliche Wahrnehmung der Kinder und Mütter unterstreicht die Notwendigkeit, die Sicht der Kinder bei der Familiendiagnostik einzubeziehen.

V.4 KRITISCHE STELLUNGNAHME ZU DEN ANGEWANDTEN UNTERSUCHUNGSMETHODEN

In diesem Abschnitt sollen die Vor- und Nachteile des Familiensystemtests (FAST), des Familiogramms (FG) und des Familien-Identifikations-Tests (FIT) erläutert werden.

Generell haben sich alle drei Instrumente als adäquat für den Einsatz mit Kindern bewährt. Durch ihre einfache und klare Struktur waren sie für die Kinder verständlich und durch ihren spielähnlichen Aufbau hat die

Durchführung den Kindern Spaß bereitet. Mit diesen Verfahren war es möglich, die komplexe Beziehungsdynamik einer Familie auf wenige, konkrete Variablen zu reduzieren und greifbar zu machen. Alle Instrumente kennzeichnen sich durch Objektivität in der Testdurchführung und –auswertung.

Der Familiensystemtest hat sich durch das sprachfreie Testmaterial als besonders geeignet für den Einsatz in anderen Kulturen herausgestellt. Die Auswertung der Daten musste jedoch, aufgrund der fehlerhaften Testsoftware, mit Excel erfolgen. Ein Nachteil des FAST ist, dass der Kohäsionswert eines Subsystems oder einer Dyade von der Größe einer Familie beeinflusst werden kann. Bei einer großen Familie sind auf dem Legebrett gezwungenermaßen größere Abstände zwischen den Figuren zu erwarten als bei einer kleinen Familie. Zudem kann die Beziehung zwischen allen Familienmitgliedern nicht gleich kohäsiv sein, weil man nicht alle Figuren mit dem gleichen Abstand zueinander legen kann; beim Figurenlegen muss man entscheiden, zu welchem Familienmitglied man eine kohäsivere und zu welchem man eine weniger kohäsive Beziehung hat. Weiterhin erfolgt die Berechnung der Hierarchie nicht relativ zur Anzahl der Klötzchen, die zur Erhöhung der Familienmitglieder zur Verdeutlichung von deren Macht/Einfluss, verwendet werden. Zum Beispiel kann die Vater-Kind-Beziehung einen Hierarchiewert von 1 haben, wenn der Vater 3 Punkte (Höhe des Klötzchens) und der Sohn 2 Punkte erhalten. Wenn der Vater aber 2 Punkte und der Sohn 1 Punkt aufweisen, ist der Hierarchiewert der Vater-Kind-Beziehung ebenfalls gleich 1. Im ersten Fall hat der Vater nur ein Drittel mehr Macht und im zweiten Fall zweimal mehr Macht als der Sohn; trotzdem ist der Hierarchiewert der Dyade derselbe.

Ein besonderer Vorteil des Familiogramms ist, dass die Beziehung zwischen zwei Personen bidirektional erfasst werden kann. Das heißt zum Beispiel, ob sich Person A wohl fühlt in der Nähe von Person B, und ob sich Person B wohl fühlt in der Nähe von Person A. Es wird somit dem Umstand Rechnung getragen, dass die Zuwendung, die ein Familienmitglied gegenüber einem

anderen spürt, nicht unbedingt auf Gegenseitigkeit beruhen muss. Ein weiterer Vorteil gegenüber dem Familiensystemtest ist, dass eine Person zwischen allen Familienmitgliedern eine qualitativ gleichwertige Beziehung darstellen kann. Zum Beispiel kann es vorkommen, dass sich alle Mitglieder einer Familie untereinander vollkommen wohl fühlen. Beim FAST ist eine solche Familienrepräsentation, wie bereits oben beschrieben, nicht möglich. Ein dritter Vorteil des Familiogramms ist, dass mit diesem Verfahren auf flexible Weise verschiedene Dimensionen einer Beziehung erfasst werden können. Hierzu muss lediglich der Erhebungssatz, der die Beziehung zwischen zwei Personen beschreibt, geändert werden. Viertens, besteht beim Familiogramm die Möglichkeit, das Netzwerk der innerfamiliären Beziehungen graphisch darzustellen. Diese graphische Darstellung hat sich als sehr nützlich erwiesen, um eine Rückmeldung der Untersuchungsergebnisse zu geben. Ein Nachteil des Familiogramms besteht darin, dass die Durchführung bei einer Familie mit zahlreichen Mitgliedern lange dauern kann, da jede Dyade bidirektional gewertet wird. Da das Verfahren kürzlich von Teodoro & Käßler (2003; Teodoro, 2005) entwickelt wurde, liegt noch keine Validierung des Verfahrens vor.

Der Familien-Identifikations-Test hat sich als sehr nützlich zur Erfassung von Identifikationsmustern erwiesen, da es diese auf indirektem Wege erhebt; eine Person wird darum gebeten die einzelnen Familienmitglieder zu beschreiben und wird nicht direkt dazu angeleitet, ihren Identifikationsgrad mit den Familienmitgliedern anzugeben. Dadurch kann die Beschreibung frei von den persönlichen Einstellungen und Wünschen erfolgen. Zudem können beim FIT flexibel andere Personen integriert werden, wie zum Beispiel in der gegenwärtigen Studie der Lehrer oder der beste Freund. Die Antwortkategorien auf dem Legebrett sind für die Kinder sehr verständlich. Jedoch hatten sie mit einigen der Persönlichkeitseigenschaften Schwierigkeiten. Mit Hilfe der im Manual vorgegebenen standardisierten Erklärungsbeispiele für die Adjektive

konnte die Instruktion jedoch bei allen Kindern einheitlich erfolgen. Ein weiterer Nachteil des FIT ist, dass der Korrelationswert die Übereinstimmung von zwei Beschreibungen nicht korrekt wiedergibt, wenn sich zwei Beschreibungen nur geringfügig unterscheiden (Teodoro, 2005). Stimmen zwei Beschreibungen zum Beispiel hinsichtlich elf Adjektive in der Ausprägung überein und sind in der Ausprägung des zwölften Adjektivs gegensätzlich, kann eine Korrelation von $r=-1.0$ resultieren. Da ein solches Muster jedoch nur in seltenen Fällen auftritt, kann aufgrund dessen keine systematische Verzerrung der Ergebnisse dieser Stichprobe erfolgt sein.

Im Folgenden soll nun auf die Limitationen des Studiendesigns eingegangen werden.

V.5 LIMITATIONEN DER STUDIE

Die Ergebnisse dieser Studie sollten unter Berücksichtigung einiger Limitationen interpretiert werden. Zum ersten ist die Stichprobengröße relativ klein, weswegen Fehler des Typs II (Verwerfung einer im Grunde zutreffenden Alternativhypothese) nicht ausgeschlossen werden können. Die kleinere Stichprobengröße wurde zu Gunsten einer kontrollierten Stichprobe sowie einer aufwendigen Verlaufsuntersuchung in Kauf genommen. Viele Patienten wiesen komorbide affektive Störungen auf oder nahmen zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns, aufgrund der langen Wartezeiten der Klinik, bereits Medikamente ein, die von anderen Behandlungseinrichtungen verordnet worden waren. Zweitens können auf der anderen Seite Fehler des Typs I (Annahme einer im Grunde nicht zutreffenden Alternativhypothese) aufgrund multipler Testung nicht ausgeschlossen werden. Es wurden verschiedene Aspekte der Familienbeziehungen untersucht, die jedoch im Sinne einer systemischen Sichtweise auf die Familie sinnvoll sind. Somit konnten Informationen über die

Beziehungen innerhalb der Familiensubsysteme gewonnen und verschiedene Perspektiven der Familienmitglieder betrachtet werden. Drittens, erklärten sich einige potentielle Familien, die in die Kontrollgruppe eingeschlossen werden sollten, nicht damit einverstanden, an der Studie teilzunehmen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese Familien andere Beziehungsmuster aufwiesen als die Familien, die an der Studie teilgenommen haben; jedoch unterschieden sich Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer nicht signifikant bezüglich demographischer und familiärer Charakteristiken. Viertens nahm aufgrund der weitaus häufigeren Diagnose der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung bei Jungen nur eine kleine Anzahl von Mädchen an der Studie teil. Allerdings fand Käppler (2002) bei einer Untersuchung von Kindern mit ADHS anhand des Familien-Identifikations-Tests keine Geschlechtsunterschiede. Zudem erfasste Oswald (2002) bei einer Untersuchung einer nicht-klinischen brasilianischen Stichprobe anhand des Familiensystemtests ebenfalls keinen Geschlechtseffekt. Fünftens war es aus ethischen Gründen nicht möglich, eine Kontrollgruppe von Kindern mit ADHS ohne Behandlung über den Zeitraum von sechs Monaten zu untersuchen. Somit konnte eine Interaktion von Zeit und Störungsbild bezüglich der Familienbeziehungen und Identifikationsmuster nicht kontrolliert werden. Anhand einer Kontrollgruppe von Kindern ohne psychiatrische Diagnosen wurde jedoch versucht, den Zeiteffekt zu untersuchen. Zuletzt wurden die Familienbeziehungen und Familienidentifikationsmuster, wie in der Forschungspraxis üblich, auf Basis der innerfamiliären Perspektive der Kinder und Eltern erhoben. Die Ergebnisse sollten demnach unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen interpretiert werden.

V.6 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Insgesamt weisen die Ergebnisse der gegenwärtigen Studie darauf hin, dass die Familienbeziehungen von Kindern mit ADHS im Vergleich zu jenen von Kindern ohne psychologische Probleme beeinträchtigt sind, was sich insbesondere in einer weniger kohäsiven Mutter-Kind-Beziehung kennzeichnet. Zudem erleben die Kinder mit ADHS eine geringere Ähnlichkeit mit wichtigen Vorbildern in und außerhalb der Familie und weisen ein negativeres Selbstkonzept auf als Kinder ohne psychiatrische Symptomatik. Die Eltern von Kindern mit ADHS nehmen eine geringere Ähnlichkeit zu ihren Kindern wahr als die Eltern von Kindern ohne psychiatrische Symptomatik und sind weniger zufrieden mit diesen. Im Behandlungsprozess zeigt sich eine Verbesserung der Familienbeziehungen und des Selbstbildes der Kinder mit ADHS. Besonders in der Gruppe von Kindern mit ADHS in kombinierter medikamentöser und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung wird eine Verbesserung des Selbstkonzeptes deutlich.

Diese Befunde unterstreichen die Wichtigkeit, die interpersonalen Beziehungen der Familien von Kindern mit ADHS in Diagnostik und Behandlung stärker zu berücksichtigen. Die Qualität der Familienbeziehungen spielt für die mentale Gesundheit und für die sozialen Erfahrungen von Kindern eine bedeutende Rolle (Jaycox & Repetti, 1993; Maccoby, 1992; Shek, 1998). Identifikationsprozesse sind über die Transmission von Einstellungen, Eigenschaften, Werten und Normen fundamental für die Entwicklung der Identität. Sie bilden die Basis für die Entwicklung eines Zugehörigkeitsgefühls zur Familie und anderen sozialen Gruppen. Darüber hinaus bestimmen die Identifikation und die Erfahrungen, die Individuen in sozialen Interaktionen sammeln – beginnend in der Familie als primäre Sozialisationsgruppe – das Selbstkonzept auf signifikante Weise (Kagan, 1971; Renschmidt & Mattejat, 1999).

Diese Untersuchung und andere Studien (Käppler, 2002, 2005; Oswald, 2002; Teodoro, 2000, 2005) haben gezeigt, dass es möglich ist, die Familienbeziehungen aus Sicht von Kindern zu untersuchen, wenn kindgerechte Untersuchungsverfahren verwendet werden. Zukünftige Forschungsansätze sollten die Perspektive des Kindes häufiger berücksichtigen, um ihre Bedürfnisse in die Behandlung einzubeziehen. Die Entwicklung weiterer Verfahren, die auf den kognitiven Entwicklungsstand von Kindern angepasst sind, sollte in Zukunft gefördert werden.

Insgesamt stimmen die Befunde dieser in Brasilien durchgeführten Untersuchung mit jenen aus Nordamerika und Europa überein, die bei Kindern mit ADHS eine Beeinträchtigung der Familienbeziehungen und des Selbstkonzeptes und eine Verbesserung dieser Variablen im Zuge der Behandlung beobachteten (Barkley et al., 2001; Buhrmester et al., 1992; Edwards et al., 2001; Frankel et al., 1999; Schöning et al., 2002). Soweit bekannt, wurde zuvor noch keine Studie in einem Schwellenland realisiert, die die Familienbeziehungen, das Selbstkonzept und die Identifikationsmuster von Kindern mit ADHS untersuchte.

In der klinischen Praxis werden psychosoziale Belastungsfaktoren durch die Vorrangstellung, die man genetischen Faktoren bei der Ätiologie der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung einräumt, noch zu wenig beachtet (Overmeyer, Taylor, Blanz, & Schmidt, 1999). Angesichts dieser Tatsache und des Umstandes, dass kulturelle Aspekte die Akzeptanz und den Umgang mit dem Störungsbild beeinflussen können (Perry et al., 2005; Yeh et al., 2004), sollten in Zukunft mehr kontrollierte kulturübergreifende Studien zu den Familienbeziehungen, Identifikationsmustern und zum Selbstkonzept von Kindern mit ADHS initiiert werden.

VILITERATURVERZEICHNIS

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3th ed., rev.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4rd ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1995). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV*. Deutsche Bearbeitung von Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (1996). Göttingen: Hogrefe.
- Anastopoulos, A.D., & Shelton, T.L., DuPaul, G.J., & Guevremont, D.C. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21 (5), 581-596.
- Anderson, S.A., & Gavazzi, S.M. (1990). A test of the Olson Circumplex Model: Examining its curvilinear assumption and the presence of extreme types. *Family Process*, 29 (3), 309-324.
- Anderson, C.A., Hinshaw, S.P., & Simmel, C. (1994). Mother-child interactions in ADHD and comparison boys: relationships with overt and covert externalizing behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22 (2), 247-266.
- Arnold, L.E., Abikoff, H.B., Cantwell, D.P., Conners, C.K., Elliott, G.R., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hinshaw, S.P., Hoza, B., Jensen, P.S., Kraemer, H.C., March, J.S., Newcorn, J.H., Pelham, W.E., Richters, J.E., Schiller, E.P., Severe, J.B., Swanson, J.M., Vereen, D., & Wells, K.C. (1997). NIMH collaborative multimodal treatment study of children with ADHD (MTA): Design, methodology, and protocol evolution. *Journal of Attention Disorders*, 2 (3), 141-158.
- Baker, B.L, Heller, T.L., & Henker, B. (2000). Expressed Emotion, Parenting Stress, and Adjustment in Mothers of Young Children With Behavior Problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (7), 907-915.

- Bandura, A. (1969). Social-Learning Theory of Identificatory Processes. In: D.A. Goslin (Ed.), *Handbook of Socialization Theory and Research* (pp. 211-262). Chicago: Mc Nally.
- Barkley, R.A. (1997). Defiant children. *A clinician's manual for assessment and parent training*. 2nd ed. New York: Guilford.
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121 (1), 65–94.
- Barkley, R.A. (2000a). *Taking Charge of ADHD. The complete, authoritative guide for parents*. New York: Guilford Publications.
- Barkley, R.A. (2000b). Genetics of Childhood Disorders: XVII. ADHD, Part 1: The Executive Functions and ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (8), 1064-1068.
- Barkley, R.A., Anastopoulos, A.D., Guevremont, D.C., & Fletcher, K.E. (1991). Adolescents with ADHD: patterns of behavioral adjustment, academic functioning, and treatment utilization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30 (5), 752-761.
- Barkley, R.A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). The Efficacy of Problem-Solving Communication Training Alone, Behavior Management Training Alone, and Their Combination for Parent-Adolescent Conflict in Teenagers With ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (6), 926-941.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Edelbrock, C.S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: an 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29 (4), 546-557.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Edelbrock, C.S., & Smallish, L. (1991). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria III: mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 233-255.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111 (2), 279-289.

- Barkley, R.A., Karlsson, J., & Pollard, S. (1985). Effects of age on the mother-child interactions of hyperactive boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 631-637.
- Barkley, R.A., Karlsson, J., Pollard, S., & Murphy, J. (1985). Developmental changes in the mother-child interactions of hyperactive boys: Effects of two doses of Ritalin. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 705-715.
- Baumeister, J.J. (2002). *Identifikationsmuster in Familien mit hyperkinetischen Kindern: eine Längsschnittstudie*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Freiburg i.Br.: Institut für Psychologie.
- Beavers, R., & Hampson, R.B. (2000). The Beavers Systems Model of Family Functioning. *Journal of Family Therapy*, 22, 128-143.
- Beavers, W.R., & Voeller, M.N. (1983). Family Models: Comparing and Contrasting the Olson Circumplex Model with the Beavers Systems Model. *Family Process*, 22, 85-98.
- Benczik, E.B.P., & Bromberg, M.C. (2003). Intervenções na escola. In: L.A. Rohde, P. Mattos & cols. (Eds.). *Princípios e práticas em Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade* (pp. 199-218). Porto Alegre: Artmed.
- Berdondini, L., & Smith, P.K. (1996). Cohesion and power in the families of children involved in bully/victim problems at school: An Italian replication. *Journal of Family Therapy*, 18, 99-102.
- Biederman, J. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview. *Biological Psychiatry*, 57, 1215-1220.
- Biederman, J., & Faraone, S.V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366, 237-248.
- Biederman, J., & Faraone, S.V. (2004). The Massachusetts General Hospital studies of gender influences on attention-deficit/hyperactivity disorder in youth and relatives. *The Psychiatric Clinics of North America*, 27, 225-232.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., Benjamin, J., Krifcher, B., Moore, C., Sprich-Buckminster, S., Ugaglia, K., Jellinek, M.S., Steingard, R., Spencer, T., Norman, D., Kolodny, R., Kraus, I., Perrin, J., Keller, M.B., & Tsuang, M.T. (1992). Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and pediatrically referred samples. *Archives of General Psychiatry*, 49, 728-738.

- Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., Knee, D., & Tsuang, M.T. (1990). Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III: Attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 526-533.
- Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Curtis, S., Chen, L., Marris, A., Ouellettem, C., Moore, P., & Spencer, T. (1996). Predictors of Persistence and Remission of ADHD into Adolescence: Results from a Four-Year Prospective Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (3), 343-351.
- Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Guite, J., Mick, E., Chen, L., Mennin, D., Marris, A., Ouellette, C., Moore, P., Spencer, T., Norman, D., Wilens, T., Kraus, I., & Perrin, J. (1996). A Prospective 4-Year Follow-up Study of Attention-Deficit Hyperactivity and Related Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53 (5), 437-446.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Taylor, A., Sienna, M., Williamson, S., & Fine, C. (1998). Diagnostic Continuity Between Child and Adolescent ADHD: Findings From a Longitudinal Clinical Sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (3), 305-313.
- Biederman, J., Kwon, A., Aleardi, M., Chouinard, V.-A., Marino, T., Cole, H., Mick, E., & Faraone, S.V. (2005). Absence of Gender Effects on Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Findings in Nonreferred Subjects. *American Journal of Psychiatry*, 162 (6), 1083-1089.
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S.V. (2000). Age-Dependent Decline of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of Remission Definition and Symptom Type. *American Journal of Psychiatry*, 157, 816-818.
- Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S.V., Kiely, K., Guite, J., Mick, E., Ablon, S., Warburton, R., & Reed, E. (1995a). Family-Environment Risk Factors for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Test of Rutter's Indicators of Adversity. *Archives of General Psychiatry*, 52 (6), 464-470.
- Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S.V., Kiely, K., Guite, J., Mick, E., Ablon, J.S., Warburton, R., Reed, E., & Davis, S.G. (1995b). Impact of Adversity on Functioning and Comorbidity in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (11), 1495-1503.
- Biederman, J., Monuteaux, M.C., Doyle, A.E., Seidman, L.J., Wilens, T.E., Ferrero, F., Morgan, C.L., & Faraone, S.V. (2004). Impact of executive

- function deficits and ADHD on academic outcomes in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (5), 757-766.
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Faraone, S.V., Weber, W., Curtis, S., Thornell, A., Pfister, K., Jetton, J.G., & Soriano, J. (1997). Is ADHD a Risk Factor for Psychoactive Substance Use Disorders? Findings From a Four-Year Prospective Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (1), 21-29.
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T., & Faraone, S. (1995). Psychoactive substance use disorder in adults with attention deficit hyperactivity disorder: effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 152 (11), 1652-1658.
- Blachman, D.R., & Hinshaw, S.P. (2002). Patterns of Friendship Among Girls With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (6), 625-640.
- Block, J. (1961). *The Q-Sort Method in personality assessment and psychiatric research*. Springfield, Illinois: Thomas.
- Bowers, L., Smith, P.K., & Binney, V. (1992). Cohesion and Power in the Families of Children Involved in Bully/Victim Problems at School. *Journal of Family Therapy*, 14, 371 – 387.
- Bronfenbrenner, U. (1960). Freudian theories of identification and their derivatives. *Child Development*, 31, 15-40.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context of human development. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Buhrmester, D., Camparo, L., Christensen, A., Gonzalez, L.S., & Hinshaw, S.P. (1992). Mothers and Fathers Interacting in Dyads and Triads With Normal and Hyperactive Sons. *Developmental Psychology*, 28 (3), 500-509.
- Bundesministerium für Familien und Senioren (Hrsg.) (1994). *Familien und Familienpolitik im geeinten Deutschland – Zukunft des Humanvermögens. Fünfter Familienbericht*. Bonn: Universitäts-Druckerei.
- Bussing, R., Zima, B.T., Gary, F.A., Mason, D.M., Leon, C.E., Sinha, K., & Garvan, C.W. (2003). Social Networks, Caregiver Strain, and Utilization of Mental Health Services Among Elementary School Students at High

- Risk for ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (7), 842-850.
- Camparo, L., Christensen, A., Duane, B., & Hinshaw, S. (1994). System functioning in families with ADHD and non-ADHD sons. *Personal Relationships*, 1, 301-308.
- Cantwell, D. (1972). Psychiatric illness in the families of hyperactive children. *Archives of General Psychiatry*, 27, 414-417.
- Cantwell, D.P. (1996). Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (8), 978-987.
- Chronis, A.M., Lahey, B.B., Pelham, W.E., Kipp, H.L., Baumann, B.L., & Lee, S.S. (2003). Psychopathology and Substance Abuse in Parents of Young Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (12), 1424-1432.
- Cluff, R.B., & Hicks, M.W. (1994). Rejoinder: Superstition Also Survives: Seeing is not always Believing. *Family Process*, 33, 479-482.
- Cluff, R.B., Hicks, M.W., & Madsen, C.H. (1994). Beyond the Circumplex Model: I. A Moratorium on Curvilinearity. *Family Process*, 33, 455-470.
- Correia Filho, A.G., & Pastura, G. (2003). As medicações estimulantes. In: L.A. Rohde, P. Mattos & cols. (Eds.). *Princípios e práticas em Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade* (pp. 161-173). Porto Alegre: Artmed.
- Correia-Filho, A., Bodanese, R., Silva, T., Alvares, J., Aman, M., Rohde, L.A. (2005). Comparison of risperidone and methylphenidate for reducing ADHD symptoms in children and adolescents with moderate mental retardation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(8), 748-755.
- Cunningham, C.E., Bennes, B.B., & Siegel, L. (1988). Family functioning, time allocation, and parental depression in the families of normal and ADHD children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 169-177.
- Cunningham, C.E., & Boyle, M.H. (2002). Preschoolers at Risk for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder: Family, Parenting, and Behavioral Correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (6), 555-569.

- Deater-Deackard, K., & Petrill, S.A. (2004). Parent-child dyadic mutuality and child behaviour problems: an investigation of gene-environment processes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (6), 1171-1179.
- Debry, M. (2001). The FAST at the crossroads of systemic theories. In: T.M.Gehring, M. Debry & P.K. Smith (Eds.), *The Family System Test (FAST): Theory and Application* (pp. 28 – 44). London and Philadelphia: Routledge.
- Döpfner, M., Frölich, J., & Lehmkuhl, G. (2000). *Hyperkinetische Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Schürmann, S., & Frölich, J. (1998). *Das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)* (2. korr. Aufl.). Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Donenberg, G., & Baker, B.L. (1993). The impact of young children with externalizing behaviours on their families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21 (2), 179-198.
- Dumas, J.E. (1986). Indirect influence of maternal social contacts on mother-child interactions: A setting event analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 203-216.
- Edwards, G., Barkley, R.A., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). Parent-Adolescent Conflict in Teenagers With ADHD and ODD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29 (6), 557-572.
- Epstein, N.B., Baldwin, L., & Bishop, D.S. (1983): The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- Epstein, J.N., Conners, C.K., Erhardt, D., Arnold, L.E., Hechtman, L., Hinshaw, S.P., Hoza, B., Newcorn, J.H., Swanson, J.M., & Vitiello, B. (2000). Familial Aggregation of ADHD Characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (6), 585-594.
- Eslinger, P.J. (1996). Conceptualizing, describing, and measuring components of executive function: A summary. In: G.R. Lyon & N.A. Krasnegor (Eds.). *Attention, memory, and executive function* (pp.367-395). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Faraone, S.V., & Biederman, J. (1994). Genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 3, 285-302.

- Faraone, S.V., & Biederman, J. (2000). Commentary: Nature, Nurture and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Developmental Review*, 20, 568-581.
- Faraone, S.V., Biederman, J., Menning, D., Gershon, J., & Tsuang, M.T. (1996). A prospective four-year follow-up study of children at risk for ADHD: psychiatric, neuropsychological, and psychosocial outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (11), 1449-1459.
- Faraone, S.V., Perlis, R.H., Doyle, A.E., Smoller, J.W., Goralnick, J.J., Holmgren, M.A., & Sklar, P. (2005). Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1313-1323.
- Faraone, S.V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2 (2), 104-113.
- Feldman, S.S., & Gehring, T.M. (1988). Changing Perceptions of Family Cohesion and Power across Adolescence. *Child development*, 59, 1034-1045.
- Feldman, S.S., Wentzel, K.R., & Gehring, T.M. (1989). A Comparison of the Views of Mothers, Fathers and Preadolescents about Family Cohesion and Power. *Journal of Family Psychology*, 3, 39-60.
- Figueiredo, V. L. M. (2001). *Uma adaptação brasileira do teste de inteligência WISC- III*. Unveröffentlichte Dissertation, Psychologisches Institut, Universidade de Brasília, Brasilien. Brasília, DF.
- Fischer, M., Barkley, R.A., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). Young Adult Follow-Up of Hyperactive Children: Self-Reported Psychiatric Disorders, Comorbidity, and the Role of Childhood Conduct Problems and Teen CD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (5), 463-475.
- Fisek, G.O. (1991). A Cross-Cultural Examination of Proximity and Hierarchy as Dimensions of Family Structure. *Family Process*, 30, 121 – 133.
- Fleitlich-Bilik, B.W. (2002). *The prevalence of psychiatric disorders in 7-14 year olds in the South East of Brazil*. Dissertation, London: Institute of Psychiatry.
- Fletcher, K.E., Fischer, M., Barkley, R.A., & Smallish, L. (1996). A Sequential Analysis of the Mother-Adolescent Interactions of ADHD, ADHD/ODD, and Normal Teenagers During Neutral and Conflict Discussions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24 (3), 271-297.

- Freud, S. (1923). *Das Ich und das Es*. 1.-8. Tsd. Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Freud, S. (1982). *Trauer und Melancholie*. F. Fühmann (Hrsg.) (1. Aufl.). (Volk-und-Welt-Spektrum; 171: Essays). Berlin:Verlag Volk und Welt.
- Gehring, T.M. (1998). *Der Familiensystemtest (FAST). Manual* (2. erweiterte Auflage). Weinheim: Beltz.
- Gehring, T.M. (unveröffentlicht). *The Family System Test (FAST). A Clinical and Research Tool for the Planning and Evaluation of Family Interventions*. Unveröffentl. Manuskript, Universität Zürich.
- Gehring, T.M., Candrian, M., Marti, D., & Real del Sarte, O. (1996). Family System Test (FAST): The Relevance of Parental Family Constructs for Clinical Intervention. *Child Psychiatry and Human Development*, 27 (1), 55-65.
- Gehring, T.M. & Marti, D. (1993). The Family System Test: Differences in Perception of Family Structures between Nonclinical and Clinical Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34 (3), 363-377.
- Gehring, T.M. & Marti, D. (1994). Debate and Argument: Children's Family Constructs and Classification of Mental Disorders: Different Measurement Approaches May Yield Different Results. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35 (3), 551-553.
- Gehring, T.M., & Marti, D. (2000). Evaluation of Family Structures with Figure Placement Techniques. *Psychological Reports*, 87, 664-666.
- Gehring, T.M., Marti, D., & Sidler, A. (1994). Family System Test (FAST): Are Parent's and Children's Family Constructs Either Different or Similar, or Both? *Child Psychiatry and Human Development*, 25 (2), 125-138.
- Gerdes, A., Hoza, B., & Pelham, W.E. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disordered boys' relationships with their mothers and fathers: Child, mother, and father perceptions. *Development and Psychopathology*, 15, 363-382.
- Hampson, R.B., Beavers, W.R., & Hulgus, Y.F. (1988). Commentary: Comparing the Beavers and Circumplex Models of Family Functioning. *Family Process*, 27, 85-92.
- Harrison, C. & Sofronoff, K. (2002). ADHD and Parental Psychological Distress: Role of Demographics, Child Behavioral Characteristics, and

- Parental Cognitions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (6), 703-711.
- Hart, E.L., Lahey, B.B., Loeber, R., Applegate, B., & Frick, P.J. (1995). Developmental change in attention deficit hyperactivity disorder in boys: a four-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23 (6), 729-750.
- Hechtman, L. (1996). Families of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 350-360.
- Heekerens, H.-P. (1997). Familiendiagnostik ungeklärt – Diagnose unklar. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, 489-498.
- Horner, B.R., & Scheibe, K.E. (1997). Prevalence and implications of attention-deficit hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (1), 30-36.
- Ikeda, K., & Hatta, T. (2001). Perceptions of Family Structures by Japanese Students. In: T.M. Gehring, M. Debray & P.K. Smith (Eds.). *The Family System Test (FAST): Theory and Application* (pp. 179-193). London and Philadelphia: Routledge.
- Jacobvitz, D., Hazen, N., Curran, M., & Hitchens, K. (2004). Observations of early triadic family interactions: Boundary disturbances in the family predict symptoms of depression, anxiety, and attention-deficit/hyperactivity disorder in middle childhood. *Development and Psychopathology*, 16, 577-592.
- Jacobvitz, D., & Sroufe, L.A. (1987). The early caregiver-child relationship and Attention Deficit Disorder with Hyperactivity in kindergarten: A prospective study. *Child Development*, 58, 1488-1495.
- 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. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24 (1), 85-103.
- Johnston, C., & Mash, E.J. (2001). Families of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and Recommendations for Future Research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4 (3), 183-207.
- Johnston, C., Murray, C., Hinshaw, S.P., Pelham, W.E. Jr., & Hoza, B. (2002). Responsiveness in Interactions of Mothers and Sons With ADHD:

- Relations to Maternal and Child Characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (1), 77-88.
- Johnston, C., & Ohan, J. (2005). The Importance of Parental Attributions in Families of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity and Disruptive Behavior Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8 (3), 167-182.
- Kagan, J. (1958). The concept of identification. *Psychological Review*, 65 (5), 296-305.
- Kagan, J. (1971). *Personality Development*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Kaplan, B.J., Crawford, S.G., Fisher, G.C., & Dewey, D.M. (1998). Family dysfunction is more strongly associated with ADHD than with general school problems. *Journal of Attention Disorders*, 2, 209-216.
- Käppler, K.C. (2002). Die Person im familiären und soziokulturellen Kontext – eine Vergleichsuntersuchung zu Identifikationsbeziehungen von Kindern und Jugendlichen in Brasilien und Deutschland. In: M. Myrtek (Hrsg.), *Die Person im biologischen und sozialen Kontext* (pp. 229-247). Göttingen: Hogrefe.
- Käppler, C. (2005). Familienbeziehungen bei hyperaktiven Kindern im Behandlungsverlauf. *Kindheit und Entwicklung*, 14 (1), 21-29.
- Kashdan, T.B., Jacob, R.G., Pelham, W.E., Lang, A.R., Hoza, B., Blumenthal, J.D., & Gnagy, E.M. (2004). Depression and Anxiety in Parents of Children With ADHD and Varying Levels of Oppositional Defiant Behaviors: Modeling Relationships With Family Functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33 (1), 169-181.
- Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Kendall, J. (1999). Sibling Accounts of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Family Process*, 38 (1), 117-136.
- Keown, L.J., & Woodward, L.J. (2002). Early Parent-Child Relations and Family Functioning of Preschool Boys with Pervasive Hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 541-553.
- Kessler, R.C., Adler, L.A., Barkley, R., Biederman, J., Conners, K.C., Faraone, S.V., Greenhill, L.L., Jaeger, S., Secnik, K., Spencer, T., Üstün, T.B., & Zaslavsky, A.M. (2005). Patterns and Predictors of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Persistence in Adulthood: Results from the

- National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 57, 1442-1451.
- Kiliç, B.G., & Şener, Ş. (2005). Family Functioning and Psychosocial Characteristics in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Comorbid Oppositional Defiant Disorder or Conduct Disorder. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16 (1), 1-7.
- Knapp, P., Rohde, L.A., Lyszkowski, L., & Johannpeter, J. (2002). *Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.
- Lahey, B.B., Piacentini, J.C., McBurnett, K., Stone, P., Hartolagen, S., & Hynd, G. (1988). Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 163-170.
- Lahey, B.B., Russo, M.F., Walker, J.L., & Piacentini, J.C. (1989). Personality Characteristics of the Mothers of Children With Disruptive Behavior Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (4), 512-515.
- Lange, G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V., Marshall, D., Mulligan, A., Lawlor, M., Belton, M., & Doyle, M. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy*, 27, 76-96.
- Lauth, G.W., & Linderkamp, F. (2000). Diagnostik und Therapie bei Aufmerksamkeitsstörungen. In: H.C. Steinhausen (Hrsg.), *Hyperkinetische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen* (pp.127-157). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lauth, G.W., & Schlottke, P.F. (1997). *Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Lee, C. (1988a). Theories of Family Adaptability: Toward a Synthesis of Olson's Circumplex and The Beavers Systems Models. *Family Process*, 27, 73-85.
- Lee, C. (1988b). Meta-Commentary: On Synthesis and Fractionation in Family Theory and Research. *Family Process*, 27, 92-96.
- Lindahl, K.M. (1998). Family Process Variables and Children's Disruptive Behavior Problems. *Journal of Family Psychology*, 12 (3), 420-436.

- Maccoby, E.E. (1992). The Role of Parents in the Socialization of Children: An Historical Overview. *Developmental Psychology*, 28 (6), 1006-1017.
- Macklin, E.D. (1980). Nontraditional family forms: A decade of research. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 175-192.
- Marti, D., Käppler, C., Eryksel, G., & Gehring, T. (2004). Evaluation of Economically Disadvantaged Families: The Family System Test (FAST). *Newsletter of the International Academy of Family Psychology*, 4 (23), 8-13.
- McGee, R., Partridge, F., Williams, S., & Silva, P.A. (1991). A twelve-year follow-up of preschool hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30 (2), 224-233.
- Mick, E., Biederman, J., Faraone, S.V., Sayer, J., & Kleinman, S. (2002). Case-control study of attention-deficit/hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 378-385.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V., Chen, L., & Jones, J. (1996). Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children? *American Journal of Psychiatry*, 153, 1138-1142.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V., Chen, L., & Jones, J. (1997). Is ADHD associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (1), 37-44.
- Minuchin, S. (1997). *Familien und Familientherapie* (8. verbesserte Auflage). Freiburg i. Br.: Lambertus-Verlag.
- Modestin, J., Matutat, B., & Wurmle, O. (2001). Antecedents of opioid dependence and personality disorder: attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 42-47.
- Moos, R., & Moos, B.S. (1974). *Family Environment Scale (FES)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Morrell, J., & Murray, L. (2003). Parenting and the development of conduct disorder and hyperactive symptoms in childhood: a prospective longitudinal study from 2 months to 8 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (4), 489-508.

- Morrison, J., & Stewart, M. (1973). The psychiatric status of the egal families of adopted hyperactive children. *Archives of General Psychiatry*, 28, 888-891.
- Mowrer, O.H. (1950). *Learning theory and personality dynamics*. New York: Ronald.
- Murphy K.R. & Barkley R.A. (1996). Prevalence of DSM-IV symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adult licensed drivers. *Journal of Attention Disorders*, 1, 147-161.
- MTA Cooperative Group (1999). A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- Nave-Herz, R. (2000). Wandel der Familie: eine familiensoziologische Perspektive. In: K.A. Schneewind (Hrsg.), *Familienpsychologie im Aufwind: Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis* (pp.19-31). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Nave-Herz, R. (2001). Die Mehrgenerationen-Familie – eine soziologische Analyse. In: S. Walper & R. Pekrun (Eds.). *Familie und Entwicklung* (pp. 21-35). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Nigg, J.T., & Hinshaw, S.P. (1998). Parent Personality Traits and Psychopathology Associated with Antisocial Behaviors in Childhood Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (2), 145-159.
- Olivieri, M.E., & Reiss, D. (1981). A Theory-based Empirical Classification of Family Problem-solving Behavior. *Family Process*, 20, 409-418.
- Olson, D.H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). FACES III. In: D.H. Olson, H. McCubbin, H. Barnes, A. Larsen, M. Musen, & MD.H. Wilson (Eds.), *Family Inventories* (pp. 7–42). St. Paul: University of Minnesota, Family Social Science.
- Olson, D.H. (1986). Circumplex Model VII: Validation studies and FACES III. *Family Process*, 25, 337-351.
- Olson, D.H. (1994). Commentary: Curvilinearity Survives: The World is not Flat. *Family Process*, 33, 471-478.
- Olson, D.H., Russel, C.S., & Sprenkle, D.H. (1983). Circumplex Model of Marital and Family Systems: IV. Theoretical update. *Family Process*, 22, 69-83.

- Olson, D.H., Russell, C.S., & Sprenkle, D.H. (1989). *Circumplex Model: Systemic Assessment and Treatment of Families*. New York: The Haworth Press.
- Orvaschel, H. (1985), Psychiatric interviews suitable for use in research with children and adolescents. *Psychopharmacological Bulletin*, 21, 737-744.
- Oswald, S.H. (2002). *Eine Untersuchung von Beziehungsstrukturen brasilianischer Familien mit dem Familiensystemtest (FAST)*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Freiburg i.Br.: Institut für Psychologie.
- Overmeyer, S., Taylor, E., Blanz, B., & Schmidt, M.H. (1999). Psychosocial Adversities Underestimated in Hyperkinetic Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (2), 259-263.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D., & Ramsey, E. (1989). A Developmental Perspective on Antisocial Behavior. *American Psychologist*, 44 (2), 329-335.
- Pelham Jr., W.E., Gnagy, E.M., Greiner, A.R., Hoza, B., Hinshaw, S.P., Swanson, J.M., Simpson, S., Shapiro, C., Bukstein, O., Baron-Myak, C., & McBurnett, K. (2000). Behavioral versus Behavioral and Pharmacological Treatment in ADHD Children Attending a Summer Treatment Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (6), 507-525.
- Peris, T.S., & Hinshaw, S.P. (2003). Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: the relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology, and comorbid disruptive behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (8), 1177-1190.
- Quay, H.C. (1997). Inhibition and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 7-13.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1999). *Der Familien-Identifikations-Test (FIT): Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Repetti, R.L., Taylor, S.E., & Seeman, T.E. (2002). Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. *Psychological Bulletin*, 128 (2), 330-366.

- Rohde, L.A. (2002). ADHD in a developing country: Are DSM-IV criteria suitable for culturally different populations? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1131-1133.
- Rohde, L.A., Biederman, J., Busnello, E.A., Zimmermann, H., Schmitz, M., Martins, S., & Tramontina, S. (1999). ADHD in a School Sample of Brazilian Adolescents: A Study of Prevalence, Comorbid Conditions, and Impairments. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (6), 716-722.
- Rohde, L.A., Barbosa, G., Polanczyk, G., Eizirik, M., Rasmussen, E.R., Neuman, R.J., & Todd, R.D. (2001). Factor and Latent Class Analysis of DSM-IV ADHD Symptoms in a School Sample of Brazilian Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (6), 711-718.
- Rohde, L.A., Szobot, C., Polanczyk, G., Schmitz, M., Martins, S., & Tramontina, S. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a Diverse Culture: Do Research and Clinical Findings Support the Notion of a Cultural Construct for the Disorder? *Biological Psychiatry*, 57, 1436-1441.
- Roman, T., Schmitz, M., Polankzick, G., Eizirik, M., Rohde, L.A., & Hutz, M. (2001). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A study of association with both DAT and DRD4 genes. *American Journal of Medical Genetics*, 105, 471-478.
- Roman, T. Schmitz, M., Polanczyk, G.V., & Hutz, M. (2003). In: L.A. Rohde, P. Mattos & cols. (Eds.). *Princípios e práticas em Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade* (pp. 35-53). Porto Alegre: Artmed.
- Rothbaum, F., & Weisz, J.R. (1994). Parental Caregiving and Child Externalizing Behavior in Nonclinical Samples: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 116 (1), 55-74.
- Rutter, M., Cox, A., Tupling, C., Berger, M., & Yule, W. (1975). Attainment and adjustment in two geographical areas, 1: the prevalence of psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 126, 493-509.
- Saile, H., Röding, A., & Friedrich-Löffler, A. (1999). Familienprozesse bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27 (1), 19-26.
- Satake, H., Yamashita, H., & Yoshida, K. (2004). The Family Psychosocial Characteristics of Children with Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder

- With or Without Oppositional or Conduct Problems in Japan. *Child Psychiatry and Human Development*, 34 (3), 219-235.
- Sattler, J. (1988). *Assessment of children*. San Diego: J Sattler.
- Schachar, R., Tannock, R., & Logan, G. (1993). Inhibitory control, impulsiveness, and attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 13, 721-739.
- Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2002). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. (8. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmitz, M., Cadore, L.P., Paczko, M.B., Moura, C., Knijnik, M., Kipper, L., Rohde, L.A., & Chaves, M.L. (2002). Neuropsychological performance in DSM-IV ADHD types: an exploratory study with untreated adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 863-869.
- Schmitz, M., Denardin, D., Silva, T.L., Pianca, T., Hutz, M., Faraone, S., & Rohde, L.A. (2006). Association between alpha-2a-adrenergic receptor gene and ADHD inattentive type. *Biological Psychiatry*, 60, 1028-1033.
- Schneewind, K.A. (1999). *Familienpsychologie* (2., überarbeitete Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneewind, K.A. (2002). Familienentwicklung. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (pp. 105-127). Weinheim: Beltz.
- Schöning, S., Steins, G., & Berek, M. (2002). Das Selbstkonzept von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHD) und dessen Veränderung mit Methylphenidat. *Kindheit und Entwicklung*, 11 (1), 38-47.
- Sergeant, J.A. (2005). Modeling Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Critical Appraisal of the Cognitive-Energetic Model. *Biological Psychiatry*, 57, 1248-1255.
- Shek, D.T.L. (1998). A longitudinal study of the relations between parent-adolescent conflict and adolescent well-being. *The Journal of Genetic Psychology*, 159, 53-67.
- Shu, S., & Smith, P.K. (2001). Characteristics of three-generation Chinese families. In: T.M. Gehring, M. Deby & P.K. Smith (Eds.), *The Family System Test (FAST): Theory and Application* (pp. 194-207). London and Philadelphia: Routledge.

- Silva, F.B.N., & Rohde, L.A. (2003). As outras medicações. In: L.A. Rohde, P. Mattos & cols. (Eds.). *Princípios e práticas em Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade* (pp. 175-182). Porto Alegre: Artmed.
- Sonuga-Barke, E.J.S. (2005). Causal Models of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: From Common Simple Deficits to Multiple Developmental Pathways. *Biological Psychiatry*, 57 (11), 1231-1238.
- Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M.H., Mundy, E., & Faraone, S. (2000). Adoptive and Biological Families of Children and Adolescents With ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (11), 1432-1437.
- Sprich-Buckminster, S., Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S., & Krifcher Lehman, B. (1993). Are perinatal complications relevant to the manifestation of ADD? Issues of comorbidity and familiarity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1032-1037.
- Stadelmann, S. (2000). *Identifikationsmuster in Trennungsfamilien mit einem hyperkinetischen Kind*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Freiburg i.Br.
- Steinhausen, H.C. (2000a). Klinik und Konzepte der hyperkinetischen Störungen. In: Steinhausen, H.C. (Ed.). *Hyperkinetische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen* (2. überarbeitete und erweiterte Auflage) (pp. 9-37). Stuttgart: Kohlhammer.
- Steinhausen, H.C. (2000b). *Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag.
- Steinhausen, H.C., Drechsler, R., Földényi, M., Imhof, K., & Brandeis, D. (2003). Clinical Course of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder From Childhood Toward Early Adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (9), 1085-1092.
- Stevens, J., Quittner, A.L., & Abikoff, H. (1998). Factors influencing elementary school teachers' ratings of ADHD and ODD behaviors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 406-414.
- Swanson, J.M., Kraemer, H.C., Hinshaw, S.P., Arnold, L.E., Conners, C.K., Abikoff, H.B., Clevenger, W., Davies, M., Elliott, G.R., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hoza, B., Jensen, P.S., March, J.S., Newcorn, J.H., Owens, E.B., Pelham, W.E., Schiller, E., Severe, J.B., Simpson, S., Vitiello, B., Wells, K., Wigal, T., & Wu, M. (2001). Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD

- symptoms at the end of treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (2), 168-179.
- Tannock, R. (1998). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Advances in Cognitive, Neurobiological, and Genetic Research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (1), 65-99.
- Taylor, E., Chadwick, O., Heptinstall, E., & Danckaerts, M. (1996). Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1213-1226.
- Teodoro, M.L.M. (2000). *Habilidades Sociais e Processos de Identificação em Crianças e Adolescentes*. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte: Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFMG.
- Teodoro, M.L.M. (2005). *Kognitive Repräsentationen familiärer Beziehungen. Methodenkritische Untersuchungen zu Kohäsion und Hierarchie innerhalb des familiären Systems*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Teodoro, M.L.M., & Käßler, K.C. (2003). Familiograma: desenvolvimento de um novo instrumento para a avaliação das relações familiares. *Psicopatologia do Desenvolvimento – Relatórios Técnicos (Laboratório de Neuropsicologia do Desenvolvimento e Laboratório de Psicologia da Família – UFMG)*.
- Trautmann-Villalba, P., Gerhold, M., Polowczyk, M., Dinter-Jörg, M., Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M.H. (2001). Mutter-Kind-Interaktion und externalisierende Störungen bei Kindern im Grundschulalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 29 (4), 263-273.
- Trautner, H.M. (1992). *Lehrbuch der Entwicklungspsychologie. Band 1: Grundlagen und Methoden* (2. überarbeitete und ergänzte Auflage). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Wasserman, S., & Faust, K. (1994). *Social network analysis: Methods and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wechsler, D. (1991). *WISC-III. Manual*. New York: Psychological Corporation.
- Weisenhorn, M. (2000). *Hyperkinetische Kinder und ihre Familien : ein längsschnittlicher Vergleich über eineinhalb Jahre*. Unveröff. Diplomarbeit, Universität Freiburg i.Br.: Institut für Psychologie.
- Wells, K.C., Epstein, J.N., Hinshaw, S.P., Conners, C.K., Klaric, J., Abikoff, H.B., Abramovitz, A., Arnold, L.E., Elliott, G., Greenhill, L.L.,

- Hechtman, L., Hoza, B., Jensen, P.S., March, J.S., Pelham, W.Jr., Pfiffner, L., Severe, J., Swanson, J.M., Vitiello, B., & Wigal, T. (2000). Parenting and Family Stress Treatment Outcomes in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): An Empirical Analysis in the MTA Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (6), 543-553.
- Wentzel, K.R., & Feldmann, S.S. (1996). Relations of Cohesion and Power in Family Dyads to Social and Emotional Adjustment during Early Adolescence. *Journal of Research on Adolescent*, 6 (2), 225-244.
- Willcutt, E.G., Doyle, A.E., Nigg, J.T., Faraone, S.V., & Pennington, B.F. (2005). Validity of the Executive Function Theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Biological Psychiatry*, 57, 1336-1346.
- Wood, B. (1985). Proximity and Hierarchy: Orthogonal Dimensions of Family Interconnectedness. *Family Process*, 24, 487-507.
- Wood, B., & Talmon, M. (1983). Family Boundaries in Transition: A Search for Alternatives. *Family Process*, 22, 347-357.
- Woodward, L., Taylor, E., & Dowdney, L. (1998). The Parenting and Family Functioning of Children with Hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (2), 161-169.
- World Health Organization (1992). *The Tenth Revision of the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*. Geneva: WHO.
- Young, S., Heptinstall, E., Sonuga-Barke, E.J.S., Chadwick, O., & Taylor, E. (2005). The adolescent outcome of hyperactive girls: self-report of psychosocial status. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46,(3), 255-262.

VII ANHANG

Anhang 1: Familiogramm-Protokollbogen zur Kohäsion bei einer dreiköpfigen Familie

Familiogramm

Name: _____ Fallnummer: _____

Heutiges Datum: __/__/____ Testleiter: _____

Satz 1:

Person links fühlt sich wohl in der Nähe von *Person rechts*.

	ganz genau	ziemlich	etwas	kaum	überhaupt nicht	
01. Kind	5	4	3	2	1	Vater
02. Kind	5	4	3	2	1	Mutter
03. Vater	5	4	3	2	1	Kind
04. Vater	5	4	3	2	1	Mutter
05. Mutter	5	4	3	2	1	Kind
06. Mutter	5	4	3	2	1	Vater

Anhang 2: Familiogramm-Protokollbogen zur Hierarchie bei einer dreiköpfigen Familie:

Familiogramm

Name: _____ Fallnummer: _____

Heutiges Datum: __/__/____ Testleiter: _____

Satz 2:

Person links hört auf Person rechts.

	ganz genau	ziemlich	etwas	kaum	überhaupt nicht	
01. Kind	5	4	3	2	1	Vater
02. Kind	5	4	3	2	1	Mutter
03. Vater	5	4	3	2	1	Kind
04. Vater	5	4	3	2	1	Mutter
05. Mutter	5	4	3	2	1	Kind
06. Mutter	5	4	3	2	1	Vater

Anhang 3: Familiogramm-Protokollbogen zur Negativität bei einer dreiköpfigen Familie:

Familiogramm

Name: _____ Fallnummer: _____

Heutiges Datum: __/__/____ Testleiter: _____

Satz 3:

Person links kritisiert Person rechts.

	ganz genau	ziemlich	etwas	kaum	überhaupt nicht	
01. Kind	5	4	3	2	1	Vater
02. Kind	5	4	3	2	1	Mutter
03. Vater	5	4	3	2	1	Kind
04. Vater	5	4	3	2	1	Mutter
05. Mutter	5	4	3	2	1	Kind
06. Mutter	5	4	3	2	1	Vater

Anhang 4: Ergebnistabellen

Tabelle 29: Kohäsion zwischen Eltern und Kind mit ADHS und Geschwisterkindern ohne ADHS (FAST)

Subsysteme	Kohäsion			M-K: Z/ Signifikanz	V-M-K: X ² / Signifikanz
	Kind (n=33)	Mutter (n=33)	Vater (n=14)		
Mutter - Kind mit ADHS	9.92 (1.48)	10.14 (1.41)	10.47 (0.43)	-1.01	0.65
Mutter – Geschwisterkinder ohne ADHS	9.94 (1.17)	9.96 (1.06)	10.33 (0.79)	-0.16	1.27
Vater - Kind mit ADHS	9.85 (1.62)	9.54 (2.11)	10.80 (0.37)	-0.46	5.59 (T)
Vater - Geschwisterkinder ohne ADHS	9.52 (1.01)	9.91 (0.90)	10.04 (1.08)	-0.17	0.73

(T) $p \leq .10$; V=Vater, M=Mutter, K=Kind; Mittelwerte und Standardabweichung in Klammer; Wertebereich: 0.7-11.

Tabelle 30: Kohäsion und Hierarchie aus Sicht der Jungen und Mädchen mit ADHS (FAST)

Variable	Kohäsion und Hierarchie		Z/ Signifikanz
	Jungen (n=27)	Mädchen (n=6)	
<i>Kohäsion</i>			
Familie	9.97 (1.11)	9.45 (1.11)	-0.98
Eltern	10.10 (2.07)	10.15 (1.41)	-0.15
Mutter-Kinder	10.04 (1.03)	9.54 (1.54)	-0.52
Vater-Kinder	9.94 (1.07)	8.68 (1.39)	-1.87 (T)
Geschwister	9.92 (1.23)	9.69 (1.93)	-0.30
<i>Hierarchie</i>			
Familie	1.17 (0.64)	1.31 (0.29)	-0.42
(durchschnittlich)			
Familie	0.85 (1.49)	0.50 (0.84)	-0.87
(intergenerational)			
Eltern	0.92 (0.81)	1.40 (0.55)	-1.64
Mutter-Kinder	1.43 (1.28)	1.54 (1.12)	-0.12
Vater-Kinder	1.63 (1.09)	1.45 (0.62)	-0.48
Geschwister	0.48 (0.80)	0.71 (0.52)	-1.17

(T) $p \leq .10$; Mittelwerte und Standardabweichung in Klammer; Kohäsion: Wertebereich 0.7-11.

Tabelle 31: Kohäsion, Hierarchie und Negativität aus Sicht der Jungen und Mädchen mit ADHS (FG)

Variable	Kohäsion, Hierarchie, Negativität		Z/ Signifikanz
	Jungen (n=27)	Mädchen (n=6)	
<i>Kohäsion</i>			
Familie	0.85 (0.15)	0.78 (0.16)	-1.07
Geschwister	0.71 (0.30)	0.75 (0.20)	-0.08
Eltern	0.85 (0.21)	0.75 (0.27)	-0.08
Mutter-Kind	0.89 (0.22)	0.71 (0.36)	-1.47
Vater-Kind	0.88 (0.19)	0.80 (0.24)	-1.04
Geschwister 1 - Kind	0.72 (0.31)	0.75 (0.15)	-0.31
<i>Hierarchie</i>			
Familie	0.35 (0.19)	0.35 (0.21)	-0.22
Geschwister	0.19 (0.26)	0.43 (0.23)	-0.21 *
Eltern	0.26 (0.35)	0.10 (0.14)	-0.71
Mutter-Kind	0.37 (0.34)	0.25 (0.32)	-0.77
Vater-Kind	0.45 (0.34)	0.50 (0.47)	-0.28
Geschwister 1 - Kind	0.21 (0.31)	0.40 (0.45)	-0.77
<i>Negativität</i>			
Familie	0.34 (0.16)	0.44 (0.13)	-1.23
Geschwister	0.51 (0.29)	0.48 (0.15)	-0.08
Eltern	0.26 (0.25)	0.33 (0.21)	-0.71
Mutter-Kind	0.34 (0.27)	0.54 (0.13)	-2.16 *
Vater-Kind	0.31 (0.23)	0.48 (0.22)	-1.41
Geschwister 1 - Kind	0.58 (0.33)	0.43 (0.26)	-0.91

p<.05; Mittelwerte und Standardabweichung in Klammer; Wertebereich: 0-1.

Tabelle 32: Selbstkongruenz und Identifikationsmuster der Jungen und Mädchen mit ADHS (FIT)

Variable	Korrelationskoeffizienten		Z/ Signifikanz
	Jungen (n=27)	Mädchen (n=6)	
Selbstkongruenz	0,43	0,36	0.50
Reale Identifikation: 'Ich bin wie...'			
Mutter	0,30	0,30	-0.02
Vater	0,37	0,044	1.91 (T)
Geschwister	0,30	0,083	1.09
Freund	0,41	0,21	1.20
Lehrer	0,30	0,15	0.87
Idol	0,37	0,17	1.13
Sollbild	0,37	0,24	0.73
Ideale Identifikation: 'Ich wäre gern wie ...'			
Mutter	0,68	0,30	2.15 *
Vater	0,63	0,46	1.23
Geschwister	0,43	-0,22	1.61
Freund	0,53	0,12	2.04 (T)
Lehrer	0,69	0,70	-0.07
Idol	0,67	0,61	0.40
Sollbild	0,84	0,76	0.67

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; Werte in Korrelationskoeffizienten; Wertebereich: -1 bis +1.

Tabelle 33: Zusammenhang der dargestellten Kohäsion und Hierarchie mit dem Alter der Kinder mit ADHS (FAST)

Variable	Spearman Korrelation mit dem Alter der Kinder	<i>p</i>
<i>Kohäsion</i>		
Familie	-.215	.230
Eltern	.146	.446
Mutter-Kinder	.040	.825
Vater-Kinder	-.018	.926
Geschwister	-.048	.831
<i>Hierarchie</i>		
Familie (durchschnittlich)	-.247	.166
Familie (intergenerational)	-.192	.285
Eltern	.210	.266
Mutter-Kinder	-.181	.314
Vater-Kinder	.011	.954
Geschwister	-.181	.419

Tabelle 34: Zusammenhang der dargestellten Kohäsion, Hierarchie und Negativität mit dem Alter der Kinder mit ADHS (FG)

Variable	Spearman Korrelation mit dem Alter der Kinder	<i>p</i>
<i>Kohäsion</i>		
Familie	-.489	.004
Geschwister	-.513	.012
Eltern	-.324	.107
Mutter-Kind	-.246	.175
Vater-Kind	-.646	.000
Geschwister 1 - Kind	-.398	.060
<i>Hierarchie</i>		
Familie	-.106	.563
Geschwister	-.106	.630
Eltern	.108	.599
Mutter-Kind	.030	.870
Vater-Kind	-.140	.478
Geschwister 1 - Kind	-.039	.861
<i>Negativität</i>		
Familie	.149	.417
Geschwister	.386	.069
Eltern	.248	.223
Mutter-Kind	.077	.674
Vater-Kind	.249	.201
Geschwister 1 - Kind	.425	.043

Tabelle 35: Zusammenhang der Selbstkongruenz, realen und idealen Identifikation mit dem Alter der Kinder mit ADHS (FIT)

Variable	Pearson Korrelation mit dem Alter der Kinder	<i>p</i>
Selbstkongruenz	.166	.379
Reale Identifikation: 'Ich bin wie...'		
Mutter	-.012	.950
Vater	.168	.393
Geschwister	.091	.729
Freund	.423	.022
Lehrer	.458	.014
Idol	-.116	.581
Sollbild	.282	.138
Ideale Identifikation: 'Ich wäre gern wie ...'		
Mutter	-.206	.276
Vater	.074	.710
Geschwister	.046	.860
Freund	.210	.273
Lehrer	.454	.015
Idol	.644	.001
Sollbild	.149	.439

Tabelle 36: Kohäsion und Hierarchie aus Sicht der Kinder mit ADHS mit und ohne komorbider Störung des Sozialverhaltens (FAST)

Variable	Kohäsion und Hierarchie		Z/ Signifikanz
	Kinder ohne komorbider SSV (n=13)	Kinder mit komorbider SSV (n=20)	
<i>Kohäsion</i>			
Familie	9.79 (1.45)	9.93 (0.87)	-0.43
Eltern	9.56 (3.02)	10.42 (0.87)	-0.51
Mutter-Kinder	9.91 (1.17)	9.97 (1.13)	-0.46
Vater-Kinder	9.53 (1.39)	9.84 (1.10)	-0.45
Geschwister	9.89 (1.33)	9.86 (1.38)	0.00
<i>Hierarchie</i>			
Familie (durchschnittlich)	1.46 (0.46)	1.03 (0.61)	-2.11 *
Familie (intergenerational)	1.15 (1.28)	0.55 (1.43)	-1.32
Eltern	1.00 (0.89)	1.00 (0.75)	-0.15
Mutter-Kinder	1.77 (1.13)	1.25 (1.28)	-1.21
Vater-Kinder	1.82 (0.81)	1.47 (1.13)	-0.70
Geschwister	0.63 (0.99)	0.45 (0.55)	-0.04

* $p \leq .05$; SSV=Störung des Sozialverhaltens; Mittelwerte und Standardabweichung in Klammer; Kohäsion: Wertebereich: 0.7-11.

Tabelle 37: Kohäsion, Hierarchie und Negativität aus Sicht der Kinder mit ADHS mit und ohne komorbider Störung des Sozialverhaltens (FG)

Variable	Kohäsion, Hierarchie, Negativität		Z/ Signifikanz
	Kinder ohne komorbider SSV (n=13)	Kinder mit komorbider SSV (n=20)	
<i>Kohäsion</i>			
Familie	0.91 (0.12)	0.78 (0.16)	-2.53 *
Geschwister	0.73 (0.39)	0.72 (0.20)	-1.05
Eltern	0.98 (0.08)	0.73 (0.23)	-3.06 **
Mutter-Kind	0.92 (0.14)	0.82 (0.30)	-0.98
Vater-Kind	0.95 (0.08)	0.81 (0.23)	-2.03 (T)
Geschwister 1 - Kind	0.71 (0.38)	0.73 (0.22)	-0.59
<i>Hierarchie</i>			
Familie	0.31 (0.25)	0.37 (0.13)	-0.75
Geschwister	0.24 (0.32)	0.24 (0.23)	-0.29
Eltern	0.10 (0.24)	0.31 (0.35)	-1.97 (T)
Mutter-Kind	0.29 (0.34)	0.38 (0.34)	-0.85
Vater-Kind	0.41 (0.41)	0.49 (0.32)	-0.55
Geschwister 1 - Kind	0.19 (0.33)	0.29 (0.37)	-0.65
<i>Negativität</i>			
Familie	0.34 (0.13)	0.37 (0.18)	-0.69
Geschwister	0.54 (0.31)	0.48 (0.24)	-0.48
Eltern	0.24 (0.29)	0.30 (0.21)	-0.38
Mutter-Kind	0.37 (0.21)	0.39 (0.29)	-0.10
Vater-Kind	0.26 (0.25)	0.39 (0.22)	-1.46
Geschwister 1 - Kind	0.57 (0.34)	0.53 (0.31)	-0.55

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; SSV=Störung des Sozialverhaltens; Mittelwerte und Standardabweichung in Klammer; Wertebereich: 0-1.

Tabelle 38: Selbstkongruenz und Identifikationsmuster der Kinder mit ADHS mit und ohne komorbider Störung des Sozialverhaltens (FIT)

Variable	Korrelationskoeffizienten		Z/ Signifikanz
	Kinder ohne komorbider SSV (n=13)	Kinder mit komorbider SSV (n=20)	
Selbstkongruenz	0.54	0.34	-1.19 (T)
Reale Identifikation: 'Ich bin wie...'			
Mutter	0.30	0.30	0.01
Vater	0.39	0.27	-0.83
Geschwister	0.09	0.33	1.38
Freund	0.27	0.43	1.14
Lehrer	0.27	0.26	-0.02
Idol	0.50	0.21	-2.11 *
Sollbild	0.32	0.35	0.24
Ideale Identifikation: 'Ich wäre gern wie ...'			
Mutter	0.72	0.56	-1.27
Vater	0.65	0.58	-0.73
Geschwister	0.44	0.21	-0.62
Freund	0.46	0.45	-0.09
Lehrer	0.75	0.66	-0.92
Idol	0.56	0.71	0.98
Sollbild	0.82	0.83	0.12

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; SSV=Störung des Sozialverhaltens; Werte in Korrelationskoeffizienten; Wertebereich: -1 bis +1.

Tabelle 39: Kohäsion und Hierarchie aus Sicht der Kinder mit ADHS aus traditionellen (verheiratete Eltern) und nicht-traditionellen Familien (geschiedene, allein erziehende Eltern) (FAST)

Variable	Kohäsion		Z/ Signifikanz
	Traditionelle Familien (n=16)	Nicht-traditionelle Familien (n=17)	
<i>Kohäsion</i>			
Familie	10,07 (0.75)	9.71 (1.35)	-0.54
Eltern	10,69 (0.86)	9.52 (2.53)	-3.03 **
Mutter-Kinder	10,03 (0.67)	9.87 (1.41)	-0.60
Vater-Kinder	9,91 (0.91)	9.54 (1.45)	-0.40
Geschwister	9,97 (1.48)	9.75 (1.18)	-1.10
<i>Hierarchie</i>			
Familie (durchschnittlich)	1.37 (0.44)	1.06 (0.66)	-1.49
Familie (intergenerational)	0.87 (1.30)	0.72 (1.49)	-0.28
Eltern	1.13 (0.74)	0.87 (0.83)	-1.13
Mutter-Kinder	1.50 (1.14)	1.41 (1.34)	-0.13
Vater-Kinder	1.97 (0.88)	1.23 (1.05)	-1.75 (T)
Geschwister	0.53 (0.89)	0.52 (0.58)	-0.40

(T) $p \leq .10$; ** $p \leq .01$; Mittelwerte und Standardabweichung in Klammer; Kohäsion: Wertebereich 0.7-11.

Tabelle 40: Kohäsion, Hierarchie und Negativität aus Sicht der Kinder mit ADHS aus traditionellen (verheiratete Eltern) und nicht-traditionellen Familien (geschiedene, allein erziehende Eltern) (FG)

Variable	Kohäsion, Hierarchie, Negativität		Z/ Signifikanz
	Traditionelle Familien (n=16)	Nicht-traditionelle Familien (n=17)	
<i>Kohäsion</i>			
Familie	0.88 (0.12)	0.79 (0.17)	-1.20
Geschwister	0.75 (0.29)	0.70 (0.28)	-0.50
Eltern	0.89 (0.19)	0.75 (0.23)	-1.77
Mutter-Kind	0.91 (0.20)	0.82 (0.29)	-1.24
Vater-Kind	0.93 (0.08)	0.80 (0.26)	-0.94
Geschwister 1 - Kind	0.73 (0.27)	0.72 (0.31)	-0.19
<i>Hierarchie</i>			
Familie	0.40 (0.15)	0.31 (0.21)	-1.66 (T)
Geschwister	0.31 (0.23)	0.18 (0.29)	-1.90 (T)
Eltern	0.23 (0.30)	0.23 (0.36)	-0.56
Mutter-Kind	0.38 (0.35)	0.32 (0.33)	-0.43
Vater-Kind	0.46 (0.39)	0.45 (0.33)	-0.09
Geschwister 1 - Kind	0.30 (0.31)	0.21 (0.38)	-1.40
<i>Negativität</i>			
Familie	0.33 (0.15)	0.38 (0.16)	-0.67
Geschwister	0.52 (0.27)	0.49 (0.27)	-0.06
Eltern	0.26 (0.26)	0.29 (0.23)	-0.27
Mutter-Kind	0.35 (0.25)	0.40 (0.27)	-0.56
Vater-Kind	0.38 (0.24)	0.30 (0.24)	-0.77
Geschwister 1 - Kind	0.55 (0.37)	0.54 (0.28)	0.00

(T) p≤.10; Mittelwerte und Standardabweichung in Klammer; Wertebereich: 0-1.

Tabelle 41: Selbstkongruenz und Identifikationsmuster der Kinder mit ADHS aus traditionellen (verheiratete Eltern) und nicht-traditionellen Familien (geschiedene, allein erziehende Eltern) (FIT)

Variable	Korrelationskoeffizienten		Z/ Signifikanz
	Traditionelle Familien (n=16)	Nicht-traditionelle Familien (n=17)	
Selbstkongruenz	0,37	0,45	-0.62
Reale Identifikation: 'Ich bin wie...'			
Mutter	0,33	0,28	0.40
Vater	0,24	0,38	-1.06
Geschwister	0,24	0,25	-0.12
Freund	0,46	0,31	1.19
Lehrer	0,24	0,29	-0.35
Idol	0,17	0,43	-1.88 (T)
Sollbild	0,36	0,33	0.24
Ideale Identifikation: 'Ich wäre gern wie ...'			
Mutter	0,61	0,63	-0.14
Vater	0,54	0,66	-1.19
Geschwister	0,10	0,41	-0.88
Freund	0,36	0,52	-0.94
Lehrer	0,74	0,66	-0.77
Idol	0,64	0,68	-0.31
Sollbild	0,82	0,83	-0.13

(T) $p \leq .10$; Werte in Korrelationskoeffizienten; Wertebereich: -1 bis +1.

Tabelle 42: Kohäsion im Verlauf der Behandlung aus Sicht der Kinder der drei Stichproben (FAST)

Familie und Subsysteme	ADHS medikamentöse Behandlung				ADHS kombinierte Behandlung				Kontrollgruppe			
	T1 (n=27)	T2 (n=25)	T3 (n=27)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.	T1 (n=22)	T2 (n=22)	T3 (n=22)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.	T1 (n=27)	T2 (n=25)	T3 (n=27)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.
Familie	9.58 (1.39)	10.03 (1.01)	10.04 (0.89)	1.43	10.29 (0.58)	10.20 (1.09)	10.22 (0.79)	0.12	10.41 (0.66)	10.20 (0.68)	10.08 (0.94)	3.86 t1-t2 * t1-t3 *
Eltern	9.84 (2.79)	10.65 (0.76)	10.20 (1.28)	0.62	10.65 (0.78)	10.43 (1.07)	10.70 (0.46)	2.97	10.51 (1.15)	10.48 (1.18)	10.15 (1.67)	0.70
Mutter-Kinder	9.84 (1.28)	10.19 (1.08)	10.12 (0.99)	0.36	10.20 (0.79)	10.48 (0.69)	10.37 (0.84)	4.84 (T)	10.56 (0.72)	10.43 (0.64)	10.38 (0.94)	3.18 t1-t3 (T)
Mutter-Kind	9.71 (1.72)	10.35 (0.87)	10.10 (1.27)	0.65	10.31 (0.87)	10.64 (0.56)	10.60 (0.66)	6.71 *	10.54 (0.96)	10.60 (0.63)	10.47 (1.22)	0.59
Mutter-Geschw- isterkinder	10.02 (0.92)	9.74 (1.56)	9.84 (1.42)	0.44	9.79 (1.49)	10.47 (0.49)	9.79 (1.48)	1.72	10.45 (0.79)	10.19 (0.74)	10.30 (0.89)	0.23
Vater-Kinder	9.10 (2.00)	9.73 (1.16)	9.79 (1.31)	1.24 t1-t3 (T)	10.35 (0.55)	10.09 (1.81)	10.41 (0.66)	2.37	10.32 (1.14)	10.03 (1.18)	9.77 (1.60)	3.80 t1-t2 (T) t1-t3 (T)
Vater-Kind	9.12 (2.47)	9.85 (1.20)	10.05 (1.37)	4.15 t1-t3 *	10.33 (0.68)	10.32 (1.22)	10.54 (0.67)	0.76	10.46 (0.98)	10.17 (1.06)	9.84 (1.55)	5.46 (T) t1-t2 * t1-t3 *
Vater-Geschw- isterkinder	8.99 (1.91)	9.48 (1.34)	9.41 (1.80)	1.92	10.11 (0.79)	10.34 (0.89)	10.04 (1.48)	0.62	10.13 (1.42)	9.78 (1.48)	9.58 (1.89)	1.10
Geschwister	9.46 (2.07)	9.79 (1.68)	9.94 (1.44)	1.19	10.00 (1.13)	10.38 (0.57)	10.10 (1.09)	1.56	10.40 (0.49)	10.23 (0.70)	10.14 (0.98)	1.04

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; T1= Beginn, T2= drei Monate nach Behandlungsbeginn, T3= sechs Monate nach Behandlungsbeginn; Mittelwerte und Standardabweichung in Klammer. Wertebereich: 0.7-11.

Tabelle 43: Hierarchie im Verlauf der Behandlung aus Sicht der Kinder der drei Stichproben (FAST)

Familie und Subsysteme	ADHS medikamentöse Behandlung				ADHS kombinierte Behandlung				Kontrollgruppe			
	T1 (n=27)	T2 (n=25)	T3 (n=27)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.	T1 (n=22)	T2 (n=22)	T3 (n=22)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.	T1 (n=27)	T2 (n=25)	T3 (n=27)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.
Familie (durchschn.)	1.20 (0.64)	1.26 (0.66)	1.33 (1.14)	0.10	1.43 (0.50)	1.73 (1.18)	1.48 (0.99)	3.04 t2-t3 *	1.37 (0.65)	1.16 (0.58)	1.38 (0.62)	2.53 t2-t3 *
Familie (intergenerat.)	0.70 (1.46)	0.88 (1.09)	0.70 (1.20)	0.12	1.18 (0.66)	1.36 (0.85)	1.23 (0.61)	0.27	0.89 (1.65)	0.76 (1.39)	1.04 (1.51)	0.55
Eltern	1.00 (0.80)	0.79 (0.85)	1.05 (1.40)	2.28	0.76 (0.75)	1.18 (1.88)	0.88 (1.65)	0.86	0.95 (0.89)	1.00 (1.15)	0.75 (1.07)	1.40
Mutter-Kinder	1.37 (1.16)	1.46 (0.75)	1.49 (1.02)	0.58	1.86 (0.82)	1.93 (1.26)	1.61 (0.72)	1.39	1.74 (1.12)	1.56 (0.87)	1.85 (0.81)	2.94 t2-t3 *
Mutter-Kind	1.44 (1.28)	1.68 (0.80)	1.52 (0.89)	0.68	1.81 (0.87)	1.81 (1.40)	1.52 (0.81)	1.14	1.85 (1.10)	1.56 (0.87)	1.89 (0.89)	4.79 (T) t2-t3 *
Mutter-Geschwisterkinder	1.33 (1.24)	1.16 (0.799)	1.48 (1.53)	0.52	1.77 (0.73)	2.09 (1.01)	1.88 (0.71)	0.42	1.60 (1.39)	1.58 (0.85)	1.85 (0.84)	0.60
Vater-Kinder	1.58 (1.21)	1.33 (1.15)	1.56 (2.12)	0.41	1.70 (0.77)	2.42 (1.87)	2.10 (1.65)	3.57 t1-t2- (T)	1.36 (1.34)	1.32 (1.52)	1.60 (1.55)	0.88
Vater-Kind	1.65 (1.27)	1.56 (1.22)	1.59 (1.74)	0.78	1.61 (0.78)	2.22 (1.93)	1.94 (1.70)	2.15	1.50 (1.24)	1.32 (1.45)	1.65 (1.57)	0.50
Vater-Geschwisterkinder	1.53 (1.33)	1.18 (1.00)	1.61 (2.74)	0.59	1.67 (0.89)	2.26 (0.90)	2.04 (0.75)	3.35	1.56 (1.50)	1.54 (1.58)	1.69 (1.53)	0.34
Geschwister	0.62 (0.78)	0.62 (0.71)	0.83 (1.05)	0.77	0.73 (0.42)	0.64 (0.71)	0.60 (0.73)	0.25	0.58 (0.80)	0.47 (0.57)	0.69 (0.62)	1.94 t2-t3 (T)

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; T1= Beginn, T2= drei Monate nach Behandlungsbeginn, T3= sechs Monate nach Behandlungsbeginn. Mittelwerte und Standardabweichung in Klammer.

Tabelle 44: Kohäsion im Verlauf der Behandlung aus Sicht der Mütter der drei Stichproben (FAST)

Familie und Subsysteme	ADHS medikamentöse Behandlung				ADHS kombinierte Behandlung				Kontrollgruppe			
	T1 (n=25)	T2 (n=22)	T3 (n=25)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.	T1 (n=18)	T2 (n=18)	T3 (n=18)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.	T1 (n=27)	T2 (n=25)	T3 (n=27)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.
Familie	10.20 (0.63)	10.42 (0.50)	10.30 (0.65)	4.72 (T)	10.26 (0.73)	10.28 (0.81)	10.43 (0.64)	0.79	10.33 (0.82)	10.39 (0.67)	10.22 (1.09)	0.61
Eltern	10.61 (0.78)	10.50 (1.26)	10.46 (0.89)	2.48	10.22 (1.38)	10.51 (0.67)	10.64 (0.50)	2.82	10.56 (1.18)	10.81 (0.54)	10.47 (1.22)	0.50
Mutter-Kinder	10.37 (0.95)	10.58 (0.53)	10.51 (0.67)	1.32	10.42 (0.66)	10.49 (0.69)	10.68 (0.25)	0.54	10.39 (0.76)	10.64 (0.48)	10.40 (1.10)	3.15 t1-t2 *
Mutter-Kind	10.30 (1.26)	10.62 (0.55)	10.66 (0.71)	1.70 t1-t3 (T)	10.32 (1.02)	10.50 (0.99)	10.64 (0.47)	0.97	10.29 (1.26)	10.71 (0.65)	10.50 (1.59)	4.50 t1-t2 *
Mutter-Geschw- isterkinder	10.14 (1.02)	10.38 (0.80)	10.17 (0.96)	0.05	10.50 (0.47)	10.36 (0.62)	10.65 (0.49)	1.75	10.35 (0.60)	10.47 (0.45)	10.18 (0.99)	1.82
Vater-Kinder	10.06 (0.84)	9.93 (1.03)	9.89 (0.98)	4.84 (T)	10.02 (1.23)	10.08 (1.53)	10.44 (0.68)	0.68	10.07 (1.25)	10.48 (0.34)	10.24 (1.12)	1.19
Vater-Kind	9.85 (1.23)	9.98 (1.24)	10.14 (0.98)	1.24	9.77 (1.63)	9.89 (1.72)	10.46 (0.64)	0.37	10.17 (1.40)	10.42 (0.58)	10.07 (1.21)	0.05
Vater-Geschw- isterkinder	10.02 (0.83)	9.75 (0.98)	9.58 (1.24)	6.26 *	10.02 (1.11)	10.00 (1.72)	10.34 (1.03)	0.31	9.97 (1.33)	10.57 (0.40)	10.25 (1.28)	1.51
Geschwister	10.22 (0.84)	10.52 (0.57)	10.26 (0.83)	1.32	10.42 (0.48)	10.11 (0.78)	10.41 (0.65)	2.00	10.29 (1.03)	10.40 (0.84)	10.17 (1.12)	2.71 t2-t3 (T)

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; T1= Beginn, T2= drei Monate nach Behandlungsbeginn, T3= sechs Monate nach Behandlungsbeginn. Mittelwerte und Standardabweichung in Klammer. Wertebereich: 0.7-11.

Tabelle 45: Hierarchie im Verlauf der Behandlung aus Sicht der Mütter der drei Stichproben (FAST)

Familie und Subsysteme	ADHS medikamentöse Behandlung				ADHS kombinierte Behandlung				Kontrollgruppe			
	T1 (n=25)	T2 (n=22)	T3 (n=25)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.	T1 (n=18)	T2 (n=18)	T3 (n=18)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.	T1 (n=27)	T2 (n=25)	T3 (n=27)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.
Familie (durchschn.)	0.82 (0.81)	0.81 (0.39)	0.98 (0.67)	1.10	0.95 (0.50)	1.34 (0.56)	1.20 (0.50)	7.70 * t1-t2 *	1.10 (0.52)	0.94 (0.64)	1.04 (0.63)	0.30
Familie (intergenerat.)	0.44 (1.28)	0.82 (0.73)	0.80 (1.08)	3.19 t1-t3 (T)	0.80 (0.77)	1.50 (0.86)	1.50 (0.71)	8.05 * t1-t2 *, t1-t3 *	0.78 (1.05)	0.72 (1.21)	0.96 (1.29)	0.20
Eltern	0.84 (0.60)	1.14 (0.56)	1.11 (0.90)	8.22 * t1-t2 *, t2-t3 *	0.93 (0.62)	0.64 (0.67)	0.27 (0.47)	8.27 * t1-t3 *, t2-t3 *	1.11 (0.96)	0.94 (0.68)	0.89 (0.57)	0.92
Mutter-Kinder	1.05 (1.15)	1.09 (0.55)	1.53 (1.15)	4.67 (T) t1-t3 *	1.13 (0.74)	1.60 (0.80)	1.60 (0.76)	3.80 t1-t2 *, t1-t3 (T)	1.32 (0.90)	1.38 (1.10)	1.55 (1.07)	0.03
Mutter-Kind	1.19 (1.27)	1.14 (0.56)	1.60 (1.15)	2.42 t1-t3 (T)	1.11 (0.74)	1.65 (0.86)	1.65 (0.79)	4.67 (T) t1-t2 *, t1-t3 *	1.33 (0.96)	1.40 (1.08)	1.56 (1.05)	0.09
Mutter-Geschw- isterkinder	0.84 (0.96)	1.10 (0.64)	1.62 (1.19)	9.05 * t1-t2 (T), t1-t3 **	1.17 (0.83)	1.60 (0.84)	1.60 (0.84)	0.56	1.33 (0.91)	1.39 (1.13)	1.53 (1.05)	0.38
Vater-Kinder	1.09 (1.28)	1.09 (0.83)	1.09 (1.34)	0.58	1.17 (0.96)	1.81 (1.09)	1.73 (0.94)	3.81	1.38 (1.14)	1.31 (1.06)	1.20 (1.18)	0.33
Vater-Kind	1.26 (1.41)	1.13 (0.83)	1.17 (1.34)	0.20	1.13 (0.92)	1.83 (1.11)	1.75 (0.97)	4.90 (T)	1.39 (1.14)	1.31 (1.01)	1.16 (1.21)	1.11
Vater-Geschw- isterkinder	0.72 (1.12)	1.08 (0.93)	0.84 (1.39)	3.15 t1-t2 (T)	1.60 (0.84)	2.00 (1.07)	1.75 (1.04)	1.18	1.23 (1.11)	1.32 (1.24)	1.17 (1.19)	0.42
Geschwister	0.45 (0.57)	0.31 (0.41)	0.16 (0.32)	2.00	0.08 (0.28)	0.13 (0.31)	0.13 (0.31)	0.67	0.28 (0.57)	0.20 (0.42)	0.15 (0.38)	0.13

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; T1= Beginn, T2= drei Monate nach Behandlungsbeginn, T3= sechs Monate nach Behandlungsbeginn. Mittelwerte und Standardabweichung in Klammer.

Tabelle 46: Kohäsion und Hierarchie im Verlauf der Behandlung aus Sicht der Kinder der drei Stichproben (FG)

Familie und Subsysteme	ADHS medikamentöse Behandlung				ADHS kombinierte Behandlung				Kontrollgruppe			
	T1 (n=27)	T2 (n=25)	T3 (n=27)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.	T1 (n=22)	T2 (n=22)	T3 (n=22)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.	T1 (n=27)	T2 (n=25)	T3 (n=27)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.
<i>Kohäsion</i>												
Familie	0.83 (0.15)	0.83 (0.16)	0.81 (0.17)	3.49	0.88 (0.15)	0.85 (0.14)	0.83 (0.15)	5.19 (T)	0.83 (0.18)	0.88 (0.11)	0.85 (0.13)	2.21
Geschwister	0.72 (0.30)	0.75 (0.24)	0.74 (0.26)	1.14	0.70 (0.29)	0.71 (0.24)	0.63 (0.31)	0.60	0.81 (0.21)	0.81 (0.17)	0.79 (0.24)	6.26 *
Eltern	0.86 (0.22)	0.87 (0.18)	0.80 (0.24)	1.12	0.93 (0.10)	0.93 (0.11)	0.91 (0.12)	0.56	0.76 (0.28)	0.84 (0.19)	0.86 (0.18)	0.56
Mutter-Kind	0.88 (0.21)	0.92 (0.15)	0.89 (0.16)	0.97	0.92 (0.19)	0.91 (0.11)	0.88 (0.13)	5.15 (T)	0.89 (0.21)	0.90 (0.15)	0.89 (0.16)	0.84
Vater-Kind	0.82 (0.26)	0.81 (0.26)	0.78 (0.20)	1.96	0.88 (0.14)	0.87 (0.15)	0.87 (0.15)	0.84	0.74 (0.25)	0.83 (0.17)	0.80 (0.18)	1.96
Geschwister 1 - Kind	0.71 (0.30)	0.79 (0.21)	0.74 (0.28)	2.52	0.70 (0.28)	0.70 (0.24)	0.64 (0.32)	0.39	0.84 (0.19)	0.82 (0.18)	0.77 (0.25)	5.42 (T) t1-t2 (T)
<i>Hierarchie</i>												
Familie	0.35 (0.18)	0.39 (0.16)	0.40 (0.22)	0.11	0.28 (0.19)	0.38 (0.21)	0.40 (0.24)	9.00 * t1-t2 *, t1-t3 *	0.39 (0.25)	0.38 (0.22)	0.42 (0.25)	0.02
Geschwister	0.24 (0.21)	0.31 (0.27)	0.39 (0.33)	1.54	0.21 (0.23)	0.38 (0.34)	0.32 (0.31)	1.70	0.34 (0.23)	0.24 (0.25)	0.28 (0.23)	2.82
Eltern	0.22 (0.29)	0.20 (0.21)	0.13 (0.17)	2.39 t2-t3 (T)	0.18 (0.20)	0.13 (0.23)	0.08 (0.15)	2.00	0.22 (0.31)	0.26 (0.31)	0.19 (0.28)	0.42
Mutter-Kind	0.34 (0.32)	0.44 (0.26)	0.52 (0.29)	2.80 t1-t3 *	0.23 (0.24)	0.37 (0.30)	0.46 (0.33)	7.15 * t1-t2 *, t1-t3 *	0.41 (0.33)	0.50 (0.34)	0.52 (0.32)	0.98 t1-t2 (T)
Vater-Kind	0.40 (0.36)	0.44 (0.31)	0.40 (0.32)	1.33	0.38 (0.27)	0.52 (0.35)	0.50 (0.34)	2.53	0.36 (0.35)	0.40 (0.26)	0.50 (0.34)	1.65
Geschwister 1 - Kind	0.21 (0.27)	0.38 (0.27)	0.38 (0.38)	2.53	0.20 (0.22)	0.38 (0.35)	0.32 (0.32)	1.47	0.40 (0.31)	0.24 (0.30)	0.25 (0.27)	0.22 t1-t3 (T)

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; T1= Beginn, T2= drei Monate nach Behandlungsbeginn, T3= sechs Monate nach Behandlungsbeginn; Mittelwerte und Standardabweichung in Klammer. Kohäsion: Dichte (Wertebereich: 0-1); Hierarchie: Diskrepanz I (Wertebereich: 0-1).

Tabelle 47: Negativität im Verlauf der Behandlung aus Sicht der Kinder der drei Stichproben (FG)

Familie und Subsysteme	ADHS medikamentöse Behandlung				ADHS kombinierte Behandlung				Kontrollgruppe			
	T1 (n=27)	T2 (n=25)	T3 (n=27)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.	T1 (n=22)	T2 (n=22)	T3 (n=22)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.	T1 (n=27)	T2 (n=25)	T3 (n=27)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.
Familie	0.35 (0.16)	0.32 (0.19)	0.35 (0.19)	3.21	0.44 (0.20)	0.42 (0.19)	0.42 (0.20)	0.52	0.35 (0.18)	0.34 (0.20)	0.37 (0.21)	0.51
Geschwister	0.52 (0.25)	0.43 (0.29)	0.51 (0.29)	1.69	0.64 (0.31)	0.64 (0.24)	0.68 (0.24)	1.02	0.42 (0.22)	0.44 (0.25)	0.49 (0.29)	1.89
Eltern	0.30 (0.26)	0.35 (0.32)	0.27 (0.27)	1.16	0.28 (0.28)	0.25 (0.22)	0.26 (0.23)	0.14	0.34 (0.27)	0.40 (0.29)	0.36 (0.26)	2.04
Mutter-Kind	0.37 (0.25)	0.30 (0.23)	0.36 (0.25)	2.55	0.48 (0.23)	0.38 (0.21)	0.39 (0.23)	5.45 (T) t1-t2 *, t1-t3 *	0.31 (0.24)	0.34 (0.23)	0.32 (0.20)	2.15
Vater-Kind	0.40 (0.29)	0.32 (0.24)	0.39 (0.28)	1.48	0.35 (0.18)	0.38 (0.22)	0.40 (0.21)	0.39	0.32 (0.23)	0.32 (0.25)	0.29 (0.18)	0.27
Geschwister 1 - Kind	0.56 (0.31)	0.40 (0.33)	0.51 (0.32)	4.35	0.63 (0.33)	0.63 (0.24)	0.65 (0.24)	0.82	0.41 (0.25)	0.43 (0.29)	0.51 (0.28)	1.29

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; T1= Beginn, T2= drei Monate nach Behandlungsbeginn, T3= sechs Monate nach Behandlungsbeginn; Mittelwerte und Standardabweichung in Klammer; Negativität: Dichte (Wertebereich: 0-1).

Tabelle 48: Kohäsion und Hierarchie im Verlauf der Behandlung aus Sicht der Mütter der drei Stichproben (FG)

Familie und Subsysteme	ADHS medikamentöse Behandlung				ADHS kombinierte Behandlung				Kontrollgruppe			
	T1 (n=25)	T2 (n=22)	T3 (n=25)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.	T1 (n=19)	T2 (n=19)	T3 (n=19)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.	T1 (n=27)	T2 (n=25)	T3 (n=27)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.
<i>Kohäsion</i>												
Familie	0.82 (0.17)	0.76 (0.13)	0.79 (0.14)	1.95 t1-t2 *	0.77 (0.15)	0.78 (0.16)	0.77 (0.19)	2.00	0.87 (0.13)	0.89 (0.13)	0.90 (0.13)	4.38
Geschwister	0.72 (0.21)	0.69 (0.19)	0.74 (0.14)	0.11	0.59 (0.11)	0.67 (0.10)	0.63 (0.20)	7.46 * t1-t2 **	0.83 (0.21)	0.82 (0.26)	0.87 (0.18)	0.40
Eltern	0.76 (0.23)	0.68 (0.28)	0.69 (0.26)	4.79 (T) t1-t2 (T),t1-t3 (T)	0.78 (0.22)	0.80 (0.24)	0.76 (0.24)	1.31	0.86 (0.20)	0.87 (0.19)	0.86 (0.19)	0.22
Mutter-Kind	0.89 (0.15)	0.85 (0.16)	0.87 (0.17)	2.10	0.78 (0.21)	0.81 (0.19)	0.80 (0.22)	0.62	0.91 (0.17)	0.93 (0.13)	0.94 (0.16)	4.23
Vater-Kind	0.76 (0.25)	0.75 (0.20)	0.76 (0.19)	1.33	0.80 (0.22)	0.77 (0.31)	0.78 (0.23)	1.83	0.89 (0.16)	0.88 (0.14)	0.91 (0.13)	3.15
Geschwister 1 - Kind	0.69 (0.26)	0.66 (0.26)	0.72 (0.19)	1.32	0.59 (0.12)	0.67 (0.10)	0.63 (0.20)	8.67 * t1-t2 **	0.81 (0.23)	0.85 (0.25)	0.87 (0.18)	1.20
<i>Hierarchie</i>												
Familie	0.30 (0.18)	0.25 (0.15)	0.26 (0.21)	0.24	0.30 (0.18)	0.29 (0.18)	0.26 (0.21)	2.98 t2-t3 (T)	0.28 (0.24)	0.28 (0.24)	0.25 (0.21)	1.16
Geschwister	0.24 (0.26)	0.21 (0.29)	0.21 (0.28)	3.25	0.24 (0.26)	0.13 (0.13)	0.21 (0.28)	2.14	0.13 (0.11)	0.19 (0.22)	0.18 (0.19)	1.64
Eltern	0.19 (0.20)	0.14 (0.16)	0.17 (0.21)	2.24 t1-t2 (T)	0.18 (0.21)	0.17 (0.19)	0.10 (0.17)	1.52 t2-t3 (T)	0.13 (0.19)	0.09 (0.22)	0.14 (0.26)	1.86
Mutter-Kind	0.31 (0.27)	0.32 (0.25)	0.29 (0.30)	0.62	0.22 (0.22)	0.31 (0.27)	0.25 (0.20)	1.86	0.33 (0.33)	0.35 (0.34)	0.26 (0.29)	1.08
Vater-Kind	0.33 (0.28)	0.38 (0.29)	0.37 (0.28)	2.17	0.32 (0.24)	0.42 (0.30)	0.35 (0.22)	1.30	0.34 (0.34)	0.43 (0.37)	0.26 (0.26)	3.37 t2-t3 *
Geschwister 1 - Kind	0.21 (0.31)	0.23 (0.31)	0.21 (0.28)	0.32	0.15 (0.16)	0.11 (0.13)	0.07 (0.12)	1.79	0.17 (0.21)	0.22 (0.26)	0.21 (0.22)	0.05

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; T1= Beginn, T2= drei Monate nach Behandlungsbeginn, T3= sechs Monate nach Behandlungsbeginn. Mittelwerte und Standardabweichung in Klammer. Kohäsion: Dichte (Wertebereich: 0-1); Hierarchie: Diskrepanz I (Wertebereich: 0-1).

Tabelle 49: Negativität im Verlauf der Behandlung aus Sicht der Mütter der drei Stichproben (FG)

Familie und Subsysteme	ADHS medikamentöse Behandlung				ADHS kombinierte Behandlung				Kontrollgruppe			
	T1 (n=25)	T2 (n=22)	T3 (n=25)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.	T1 (n=19)	T2 (n=19)	T3 (n=19)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.	T1 (n=27)	T2 (n=25)	T3 (n=27)	t1-t2-t3:X ² / Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.
Familie	0.37 (0.19)	0.29 (0.14)	0.33 (0.23)	5.22 (T) t1-t2 * , t1-t3 *	0.46 (0.16)	0.46 (0.13)	0.46 (0.18)	0.13	0.39 (0.14)	0.33 (0.22)	0.35 (0.16)	0.60
Geschwister	0.51 (0.24)	0.42 (0.21)	0.44 (0.26)	1.93	0.63 (0.19)	0.66 (0.15)	0.66 (0.25)	0.40	0.48 (0.23)	0.37 (0.26)	0.41 (0.24)	0.65
Eltern	0.39 (0.23)	0.29 (0.17)	0.34 (0.27)	3.57	0.44 (0.21)	0.35 (0.21)	0.39 (0.20)	4.13 t1-t2 (T)	0.41 (0.18)	0.31 (0.18)	0.37 (0.15)	2.71 t1-t2 (T)
Mutter-Kind	0.43 (0.24)	0.33 (0.23)	0.37 (0.28)	5.05 (T) t1-t2 * , t1-t3 (T)	0.50 (0.21)	0.53 (0.17)	0.50 (0.20)	0.28	0.37 (0.18)	0.34 (0.23)	0.34 (0.16)	0.28
Vater-Kind	0.38 (0.24)	0.30 (0.20)	0.38 (0.29)	0.50	0.45 (0.18)	0.44 (0.17)	0.40 (0.17)	0.62	0.34 (0.16)	0.26 (0.21)	0.28 (0.18)	1.47
Geschwister 1 - Kind	0.53 (0.23)	0.41 (0.22)	0.46 (0.30)	4.28 t1-t2 *	0.64 (0.20)	0.68 (0.14)	0.67 (0.26)	0.40	0.46 (0.24)	0.35 (0.28)	0.39 (0.26)	0.49

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; T1= Beginn, T2= drei Monate nach Behandlungsbeginn, T3= sechs Monate nach Behandlungsbeginn. Mittelwerte und Standardabweichung in Klammer; Negativität: Dichte (Wertebereich: 0-1).

Tabelle 50: Selbstkongruenz, Reale und Ideale Identifikation der Kinder im Verlauf der Behandlung (FIT)

Variable	ADHS medikamentöse Behandlung				ADHS kombinierte Behandlung				Kontrollgruppe			
	T1 (n=25)	T2 (n=23)	T3 (n=25)	t1-t2-t3:F/ Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.	T1 (n=22)	T2 (n=22)	T3 (n=22)	t1-t2-t3:F/ Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.	T1 (n=27)	T2 (n=24)	T3 (n=27)	t1-t2-t3:F/ Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.
Selbstkongruenz	0.45	0.59	0.60	1.53	0.52	0.62	0.68	4.16 * t1-t2 (T), t1-t3 *	0.67	0.74	0.74	2.42 t1-t2 (T)
Reale Identifikation: „Ich bin wie...“												
Mutter	0.28	0.44	0.45	1.90	0.44	0.53	0.52	0.83	0.52	0.59	0.64	2.06 t1-t3 *
Vater	0.30	0.41	0.49	1.78	0.43	0.59	0.60	3.55 (T) t1-t2 (T), t1-t3 *	0.39	0.47	0.51	1.09
Geschwister	0.31	0.49	0.45	1.61	0.56	0.40	0.39	0.66	0.45	0.39	0.52	1.07
Sollbild	0.36	0.49	0.57	2.52 t1-t3 (T)	0.41	0.52	0.61	4.60 * t2-t3 (T), t1-t3 *	0.68	0.75	0.74	0.81
Ideale Identifikation: „Ich wäre gerne wie ...“												
Mutter	0.56	0.65	0.68	0.57	0.73	0.74	0.82	1.15	0.73	0.77	0.77	0.13
Vater	0.52	0.74	0.79	4.82 * t1-t2 (T), t1-t3 *	0.69	0.72	0.75	0.48	0.62	0.70	0.70	1.38
Geschwister	0.40	0.67	0.71	3.70 (T) t1-t3 *	0.48	0.72	0.39	0.48	0.57	0.64	0.65	0.21
Sollbild	0.86	0.90	0.89	0.41	0.94	0.95	0.94	0.08	0.93	0.96	0.96	1.59

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; T1= Beginn, T2= drei Monate nach Behandlungsbeginn, T3= sechs Monate nach Behandlungsbeginn;
Rücktransformation der Fisher's Z-Werte in Korrelationskoeffizienten.

Tabelle 51: Reale und Ideale Identifikation der Mütter im Verlauf der Behandlung (FIT)

Variable	ADHS medikamentöse Behandlung				ADHS kombinierte Behandlung				Kontrollgruppe			
	T1 (n=25)	T2 (n=22)	T3 (n=25)	t1-t2-t3:F/ Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.	T1 (n=19)	T2 (n=19)	T3 (n=19)	t1-t2-t3:F/ Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.	T1 (n=27)	T2 (n=25)	T3 (n=27)	t1-t2-t3:F/ Sign. t1-t2/t1-t3/t2-t3/ Sign.
Übereinstimmung Reales und Ideales Kind	0.15	0.28	0.22	0.23	0.19	0.29	0.32	0.96	0.63	0.70	0.58	1.52 t2-t3 (T)
Reale Identifikation: „Ich bin wie mein Kind.“	0.32	0.45	0.45	0.98	0.24	0.31	0.41	1.35	0.51	0.53	0.49	0.20
Ideale Identifikation: „Ich wäre gerne wie mein Kind.“	0.15	0.30	0.25	0.52	0.17	0.27	0.29	0.82	0.63	0.68	0.58	0.98

(T) $p \leq .10$; * $p \leq .05$; T1= Beginn, T2= drei Monate nach Behandlungsbeginn, T3= sechs Monate nach Behandlungsbeginn.
Rücktransformation der Fisher's Z-Werte in Korrelationskoeffizienten.

