

Hochschule Düsseldorf
- Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften -

Bachelor-Thesis zum Thema

**Auswirkungen einer AD(H)S-Diagnose auf das Selbst
von Kindern und Jugendlichen**

Erstprüfer:

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Denis Köhler

Zweitprüferin:

M.A., Dipl.-Soz.Päd. Heike Gumz

Vorgelegt von:

Meret Harnack

Matrikelnummer:

BA Sozialarbeit/Sozialpädagogik

Wintersemester 2020/21

Düsseldorf, 23. Dezember 2020

Inhalt

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	III
1. Einleitung.....	1
2. Theoretischer Hintergrund	2
2.1. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung.....	2
2.1.1. Symptomatik und Klassifikation	2
2.1.2. Epidemiologie.....	4
2.1.3. Ätiologie	5
2.1.4. Entwicklung	6
2.1.5. Interventionen.....	7
2.2. Das Selbst	8
2.2.1. Definition und Bedeutung des Selbst.....	8
2.2.2. Quellen der Selbstkenntnis	9
2.2.3. Das Selbstwertgefühl als ein Teil des Selbst.....	10
2.2.4. Motive bei der Selbstwahrnehmung.....	13
2.2.5. Bedrohung des Selbst.....	14
2.2.6. Entwicklung im Kindesalter bis hin zur Adoleszenz	15
2.3. Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen.....	16
2.3.1. Theorie des sozialen Lernens	17
2.3.2. Das handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit	18
2.3.3. Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen	21
2.4. AD(H)S und das Selbst	22
2.5. Herleitung der Hypothesen.....	23
3. Methode.....	26
3.1. Untersuchungsdesign.....	27
3.2. Erhebungsinstrument.....	27
3.3. Stichprobe	29
3.4. Durchführung der Befragung	31

3.5. Datenauswertung.....	32
4. Darstellung der Ergebnisse	34
5. Diskussion.....	39
5.1. Bedeutung für die Soziale Arbeit/Sozialpädagogik	43
Literaturverzeichnis	46
Anhang	

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kriterien für die Diagnose einer hyperkinetischen Störung nach ICD-10 und einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-V	3
Abbildung 2: Hypothetische Konzeption der hierarchischen Struktur handlungstheoretischer Persönlichkeitsvariablen.....	20
Abbildung 3: Statistisches Diagramm eines einfachen Mediationsmodells	34
Abbildung 4: Einfaches Mediationsmodell zum vermuteten Einfluss einer AD(H)S-Diagnose in Form eines statistischen Diagramms	38

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Beschreibung der Experimentalgruppe bezogen auf die AD(H)S-Diagnose.....	30
Tabelle 2 Stichprobenbeschreibung: Vergleich beider Gruppen	31
Tabelle 3 Übersicht über die verwendeten Skalen	33
Tabelle 4 Koeffizienten des Mediationsmodelles	38

1. Einleitung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist unter anderen Namen bereits seit mehreren Jahrhunderten bekannt. Heutzutage gehört sie zu den am häufigsten diagnostizierten Störungen im Kindes- und Jugendalter. Die drei Kernsymptome, welche die Störung charakterisieren, sind motorische Unruhe, Unaufmerksamkeit und mangelnde Impulskontrolle. Diese lassen sich üblicherweise in verschiedenen Lebensbereichen beobachten, wie in der Familie, in der Schule oder bei Freizeitaktivitäten. Somit ist AD(H)S eine Erkrankung, die vor allem im Kontakt mit anderen auffällt.

Insgesamt wurde die Erkrankung vielfach und eingehend erforscht. Beispielsweise haben sich die ätiologischen Modelle mit der Zeit gewandelt. Dennoch bestehen bis heute weiterhin Unklarheiten in Bezug auf die Erkrankung. Vor allem auf die Frage: „Welche Auswirkungen hat diese auf das Selbst von Kindern und Jugendlichen?“ konnte bisher keine eindeutige Antwort gefunden werden.

Aufgrund der Symptomatik (motorische Unruhe, Unaufmerksamkeit und Impulsivität) erleben die Betroffenen häufig negative Interaktionen mit Personen in ihrer Umwelt. Das Selbst wird in der Phase der Kindheit und Jugend jedoch stark durch Andere geprägt. Zudem können der Ausschluss aus einer Gruppe und soziale Zurückweisung eine Bedrohung für das Selbst bedeuten. Daher liegt die Vermutung nahe, dass dies negative Konsequenzen für das Selbst der Kinder und Jugendliche hat.

Im Rahmen dieser Arbeit soll eine Antwort auf die o.g. Frage gefunden werden. Als Teilaspekte des Selbst werden die beiden Konstrukte *Selbstwertgefühl* und *Kontrollüberzeugungen* untersucht. Zu betonen ist hierbei, dass lediglich diese beiden Aspekte in der vorliegenden Arbeit untersucht werden und dass sich eine Diagnose auch noch auf weitere Aspekte auswirken kann.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird eine empirische Erhebung in Form einer Online-Umfrage durchgeführt. Zunächst ist hierzu festzuhalten, dass es sich bei den Ergebnissen um Fremdeinschätzungen der betroffenen Kinder und Jugendlichen durch ihre Eltern handelt. Der so eruierte Selbstwert und die Kontrollüberzeugungen stellen somit die subjektive Wahrnehmung wichtiger Bezugspersonen dar. Es können daher, auch erhebliche, Abweichungen zu den Selbsteinschätzungen der Kinder und Jugendlichen auftreten. Dennoch erscheint es im Rahmen dieser Arbeit angebracht, sich auf Fremdburteilungen zu beziehen, da ansonsten eine weitaus geringere Anzahl an Teilnehmenden anzunehmen ist. Zudem sind die befragten Eltern, die den Fragebogen letztendlich ausfüllen, an ihren Kindern interessiert und können eine gute Einschätzung ihrer Kinder abgeben.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in insgesamt fünf Teile. Nach der Einleitung wird zunächst der theoretische Hintergrund der Arbeit dargelegt. Im ersten Kapitel wird die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung näher erläutert. Hierauf folgend werden die untersuchten Konstrukte Selbstwertgefühl und Kontrollüberzeugungen dargestellt, sowie bisherige Studien zusammengefasst. Den Abschluss

des theoretischen Hintergrundes bildet das Kapitel zur Herleitung der Hypothesen. Anschließend folgt eine Beschreibung der Methodik, welche in der Studie angewandt wird. Weiterhin werden die Ergebnisse der Studie präsentiert und schließlich im fünften Kapitel diskutiert. Außerdem erfolgt an dieser Stelle eine kritische Betrachtung der Vorgehensweise und es wird Bezug genommen auf die Frage, was die Befunde für die Soziale Arbeit bedeuten könnten.

Aufgrund der allgemeinen Gebräuchlichkeit wird im Folgenden die Formulierung *AD(H)S* (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) verwendet.

2. Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden wird zunächst die *AD(H)S* näher betrachtet, indem u.a. die Diagnostik, die Epidemiologie und Ätiologie beschrieben werden. Hierauf folgt die Erläuterung der beiden, im Rahmen dieser Arbeit untersuchten, Konstrukte. Es wird vorab auf das Selbst allgemein eingegangen und nachfolgend auf das Selbstwertgefühl im Speziellen. Im letzten Kapitel des theoretischen Teils wird das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen nach Krampen (1991) erläutert.

2.1. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Wie bereits beschrieben ist *AD(H)S* bereits seit mehreren Jahrhunderten bekannt. Bereits im 19. Jahrhundert umfassten die Geschichten von Heinrich Hoffmann Kinder, die unruhig und zappelig sind oder aber so verträumt, dass sie nicht sehen, wohin sie laufen. Zum Ende des 19. und Beginn des 20. Jahrhunderts beschrieben Autoren wie Georg Friedrich Still oder William James Auffälligkeiten bei Kindern wie mangelnde Impulskontrolle oder Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten. Heutzutage sind diese unter dem Name *AD(H)S* bekannt (Gawrilow, 2016, S. 17-20).

Das nachfolgende Kapitel beschäftigt sich zunächst mit der Symptomatik und den klassifikatorischen Ansätzen. Weiterhin werden die Epidemiologie und die Ätiologie beschrieben. Das Kapitel schließt ab mit dem Verlauf im Kindes- und Jugendalter und einer kurzen Einführung in mögliche Interventionen.

2.1.1. Symptomatik und Klassifikation

In den beiden internationalen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-5 werden die Symptomkriterien zur Diagnostik der hyperkinetischen Störung (F90, ICD-10) bzw. der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (DSM-5) beschrieben. Die Kernsymptome umfassen motorische Unruhe, mangelnde Impulskontrolle und Unaufmerksamkeit. Beispiele für die Unaufmerksamkeit der Betroffenen sind: Schwierigkeiten die Aufmerksamkeit über eine längere Zeit aufrechtzuerhalten, häufige Flüchtigkeitsfehler, leichte Ablenkbarkeit oder die Abneigung gegenüber Aufgaben, die eine längere

Konzentration erfordern. Die motorische Unruhe (Hyperaktivität) kann sich u.a. äußern im Zappeln oder häufigem Aufstehen, wenn das Gegenteil gefordert ist. Hinzu kommen Symptome der Impulsivität. Diese kann z.B. durch häufiges Unterbrechen anderer in Erscheinung treten oder dadurch, dass es den Betroffenen schwerfällt abzuwarten. Diese, nicht abschließend aufgezählten Symptome, treten bereits vor dem sechsten Lebensjahr und in mehreren Situationen und Lebensbereichen auf. Zudem müssen die Symptome mindestens über einen Zeitraum von sechs Monaten vorhanden sein und ein Ausmaß erreichen, welches nicht dem Entwicklungsstand angemessen ist.

Die beiden Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 unterscheiden sich lediglich in einigen wenigen Symptomkriterien. Deutlichere Unterschiede gibt es hingegen in den Vorgaben bezüglich der Anzahl und der Kombination dieser Kriterien, die für eine Diagnose vorliegen müssen (Döpfner, 2015, S. 105, 106). Abbildung 1 zeigt, welche Symptome für welche Diagnose erforderlich sind.

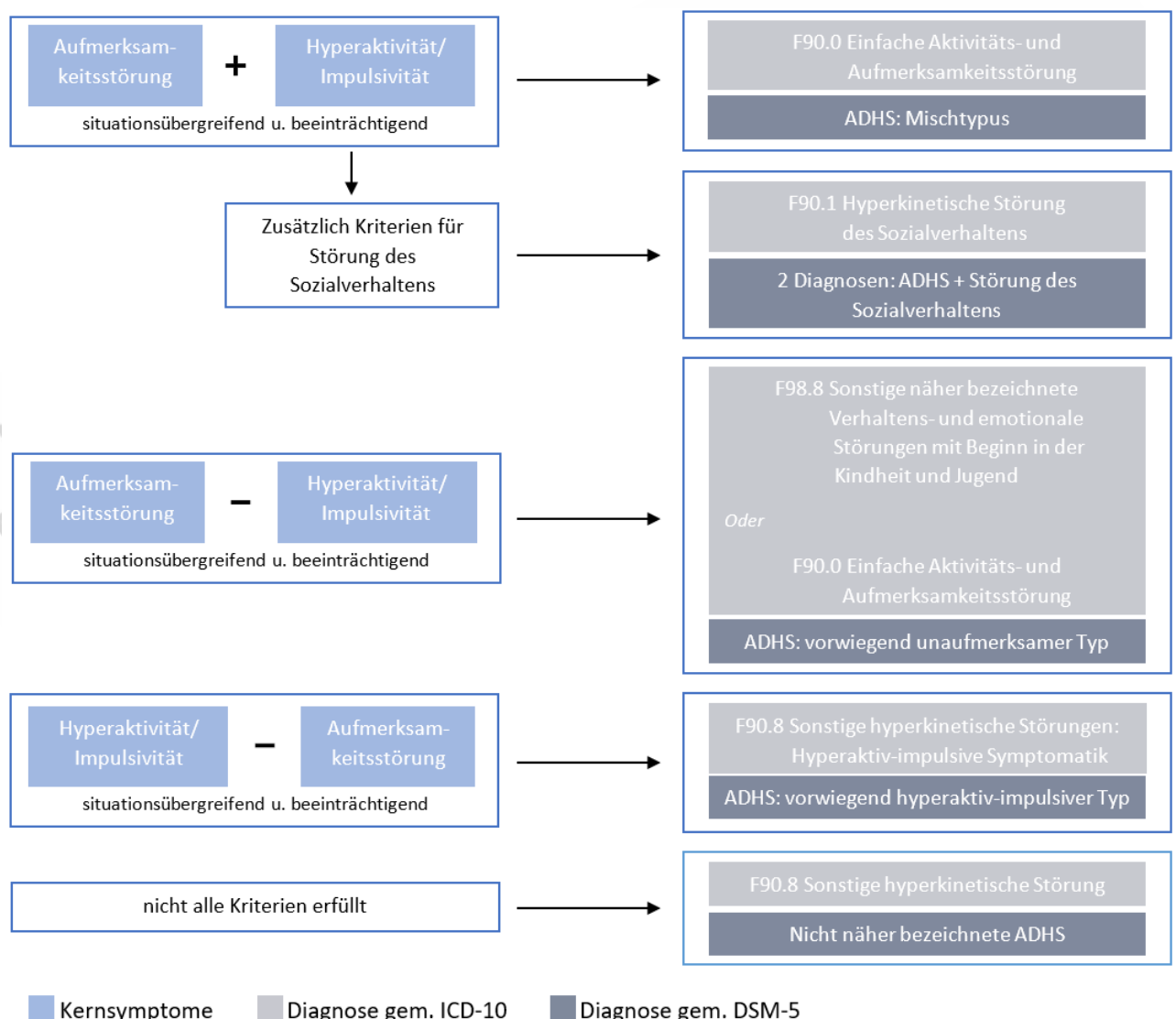


Abbildung 1. Kriterien für die Diagnose einer hyperkinetischen Störung nach ICD-10 und einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-5. Eigene Bearbeitung nach Döpfner, 2015, S. 106 und DGKJP et al., 2017, S. 9, 131.

In der Abbildung wird deutlich, dass nach ICD-10 sowohl Störungen der Aufmerksamkeit als auch der Aktivität und der Impulskontrolle erforderlich sind, um eine *Störung der Aufmerksamkeit- und Hyperaktivität* zu diagnostizieren. Treten zusätzlich Symptome einer Störung des Sozialverhaltens auf, wird eine *hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens* diagnostiziert. Werden nicht alle Kriterien aus F90.0 erfüllt, wird dies als *sonstige hyperkinetische Störung* bezeichnet (ebd., S. 106). Weiterhin kann eine *Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität* (F98.8) vorliegen, wenn ein vorwiegend unaufmerksames Erscheinungsbild existiert.

Demgegenüber steht die Diagnostik des DSM-5, welche zwischen den Typen, ADHS vom *Mischtypus*, *vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ*, *vorwiegend unaufmerksamer Typ* und *nicht näher bezeichneter ADHS*, unterscheidet. Zudem unterscheidet das DSM-5 weiterhin drei verschiedene Schweregrade: leicht, mittel und schwer. Die Diagnosen sind somit nicht identisch, lassen sich dennoch grob von dem einen System in das andere übertragen (DGKJP et al., 2017, S. 9, 131).

Neben der Diagnose AD(H)S treten bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen häufig komorbide Störungen auf. In epidemiologischen Studien wurde berichtet, dass die Komorbiditätsraten für Störungen des Sozialverhaltens einschließlich oppositioneller Verhaltensstörungen zwischen 43% und 93% und für internalisierende Störungen zwischen 13% und 51% liegen. Studien, die klinische Stichproben betrachten, zeigen ein ähnliches Bild. Weiterhin treten häufig Lernstörungen, Tic-Störungen, sowie Sprech- und Sprachstörungen komorbid auf.

Neben komorbiden Störungen kommen bei Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose AD(H)S weitere Probleme und Belastungen hinzu. Beispielsweise sind die Beziehungen zu Gleichaltrigen, Eltern oder Lehrpersonen oftmals stark beeinträchtigt. In Gleichaltrigengruppe besitzen die Kinder oft eine *geringere soziometrische Position* und die Beziehung zu Erwachsenen wird häufig geprägt durch eine negative, bestrafende und kontrollierende Interaktion (Döpfner, 2015, S. 107).

2.1.2. Epidemiologie

Laut der aktuellen KiGGS-Studie des Robert-Koch-Institutes sind in Deutschland 4.4% der Kinder und Jugendlichen von einer AD(H)S betroffen. In der zweiten Erhebungswelle von 2014 bis 2017 wurden die Daten von insgesamt 13 270 Heranwachsenden erfasst. Eine AD(H)S-Diagnose liegt vor, wenn diese durch einen Arzt oder eine Ärztin bzw. einen Psychologen oder eine Psychologin gestellt wurde. Besonders häufig betroffen sind Kinder im Alter zwischen 15 und 17 Jahren (6.9%) sowie Jugendliche zwischen 12 und 14 (6.4%) und 9 und 11 Jahren (6.1%). Jüngere Kinder unter 9 Jahren sind deutlich seltener betroffen (Göbel, Baumgarten, Kuntz, Hölling & Schlack, 2018, S. 47, 48). Nicht nur in Deutschland zählt AD(H)S somit zu den häufigsten Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Die weltweite Prävalenzrate liegt bei 5.3% (Banaschewski, Becker, Döpfner, Holtmann, Rösler, Romanos, 2017, S. 150).

Bei Betrachtung der geschlechtsbezogenen Daten wird deutlich, dass Jungen im Vergleich zu Mädchen mehr als doppelt so häufig diese Diagnose erhalten. Als Grund wird genannt, dass bei Jungen (6.5%) die leichter beobachtbare hypermotorische Symptomatik ausgeprägter ist als beim weiblichen Geschlecht (2.3%). Studien wiesen darauf hin, dass Mädchen annähernd gleich betroffen sind, wenn der unaufmerksame Subtypus stärker berücksichtigt wird (Göbel et al., 2018, S. 48-50). Mädchen sind von diesem eher betroffen als von dem hyperaktiv-impulsiven Typus. Gleichzeitig werden Charaktereigenschaften wie Zurückhaltung und „verträumt sein“, bei Mädchen eher erwartet und gelten weniger als problematisch. Als weiterer möglicher Grund kommt der Unterschied in den Komorbiditäten hinzu. Jungen sind auch hier häufiger von externalisierenden Störungen betroffen, welche durch aggressives und oppositionelles Verhalten gekennzeichnet sind. Mädchen hingegen sind eher von internalisierenden komorbiden Störungen betroffen, wie Depression und Angststörungen (Gawrilow, 2016, S. 46-54).

Weiterhin zeigt die KIGGS-Welle, ebenso wie die beiden vorherigen Erhebungen, dass Kinder in sozial benachteiligten Familien signifikant häufiger betroffen sind (Göbel et al., 2018, S.49). Weitere empirische Studien zur Klärung, ob AD(H)S mit einem niedrigen sozioökonomischen Status verbunden ist, fehlen jedoch (Gawrilow, 2016, S. 48).

2.1.3. Ätiologie

Eine endgültige Erklärung zur Entstehung der AD(H)S gibt es derzeit noch nicht. Dennoch hat sich der Konsens verstärkt, dass sich AD(H)S unter multifaktoriellen Bedingungen entwickelt. Zudem ist in den letzten Jahren der Aspekt in den Fokus gerückt, dass es sich bei der Erkrankung nicht primär um ein Aufmerksamkeitsproblem handelt, sondern vielmehr um eine Störung der Selbstregulationsfähigkeit.

Döpfner, Banaschewski und Sonuga-Barke beschreiben in ihrem *integrativen Modell* die Entstehung, wobei sie zwischen Ursachen und vermittelnden Prozessen unterscheiden (Gawrilow, 2016, S. 61-64). Als primärer Faktor wird die genetische Disposition benannt. Eine Vielzahl von Genen, die den dopaminergen und den serotonergen Stoffwechsel beeinflussen, wurden in mehreren Studien mit AD(H)S in Verbindung gebracht (Döpfner, 2015, S. 108 f.). Die genetische Disposition führt somit zu einem gestörten Neurotransmitterstoffwechsel, welcher wiederum exekutive und motivationale Dysfunktion verursacht (Gawrilow, 2016, S. 63).

Eine Schädigung des zentralen Nervensystems wurde zwar jahrzehntelang als Hauptursache der AD(H)S vermutet, mittlerweile wird dieser jedoch eine deutlich geringere Bedeutung beigemessen. Ein geringes Geburtsgewicht und Hirnschädigungen nach der Geburt zählen dennoch zu den Risikofaktoren.

Neuere Studien zu Umwelteinflüssen, wie Nikotin- und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft, zeigen korrelative Zusammenhänge mit dem Auftreten einer AD(H)S. Indes sind die Ergebnisse zur

Rolle von Nahrungsmitteln nicht eindeutig.

Des Weiteren können ungünstige psychosoziale Bedingungen die Ausprägung und den Verlauf der Symptomatik, sowie die Entwicklung komorbider Störungen negativ beeinflussen. Negative Interaktionsmuster und die auftretenden Symptome wirken oft verstärkend aufeinander ein. Dieser Prozess negativer Verstärkung ist häufig schwer zu durchbrechen. Hingegen können sich auch günstige psychosoziale Bedingungen positiv auf die Symptomatik auswirken.

Diese aufgezählten primären Ursachen haben weiterhin einen Effekt auf neurobiologische und neuropsychologische Prozesse. Verschiedene neuropsychologische Modelle thematisieren Störungen der exekutiven Funktionen und motivationale Störungen als zentrale Komponenten bei der Entwicklung der Erkrankung. Empirische Studien konnten diese Modelle teilweise bestätigen. Beispielhaft können Barkley (1997) mit seinem *Modell der Störung des regelgeleiteten Verhaltens*, sowie Sonuga-Barke (2002) mit dem *dualen Modell inhibitorischer und motivationaler Dysfunktionen* aufgeführt werden (Döpfner, 2015, S. 108-116).

2.1.4. Entwicklung

Bereits im Säuglingsalter können Auffälligkeiten bei Kindern mit einer späteren AD(H)S-Diagnose auftreten. Im Folgenden wird das Augenmerk jedoch auf den Zeitraum vom Grundschulalter bis zur Pubertät gelegt.

Durch den Schuleintritt in die erste Klasse steigern sich die Probleme der betroffenen Kinder häufig schlagartig. In diesem Zeitraum werden die meisten Kinder auffällig und zum ersten Mal vorstellig in einer Beratungsstelle oder einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung (Gawrilow, 2016, S. 93). Erkennbar wird dies in den Prävalenzrate, welche von 0.2% (3- bis 5-Jährige) auf 2.1% ansteigt (6- bis 8-Jährige) (Göbel et al., 2018, S. 48). Die größten Probleme im Grundschulalter betreffen die kurze Aufmerksamkeitsspanne, oppositionelles Verhalten sowie motorische Unruhe, insbesondere in stark strukturierten und fremdbestimmten Situationen wie dem Unterricht. Hinzukommend treten häufig Probleme in der Beziehung zu Gleichaltrigen und v.a. in späteren Jahren verminderte Selbstwertgefühle auf (Döpfner, 2015, S. 111). Häufig beruht die Ablehnung von Gleichaltrigen auf dem aggressiven Verhalten der Kinder mit AD(H)S-Diagnose. Sie werden weniger gemocht, haben oft Schwierigkeiten beim Knüpfen und Aufrechterhalten von Freundschaften und sind, wenn überhaupt, oft mit ebenfalls verhaltensauffälligen Kindern befreundet. Eine mögliche Folge kann verstärkt erlebter psychosozialer Stress sein.

Im Jugendalter vermindert sich die motorische Unruhe häufig, die Aufmerksamkeitsdefizite bleiben eher bestehen. Problematisch ist dies vor allem, da in dieser Zeit Schulabschlüsse erworben werden. Betroffene Jugendliche verlassen die Schule jedoch häufig ohne oder mit einem niedrigen Abschluss,

aufgrund von dauerhafter Unaufmerksamkeit, Lernstörungen, sowie einem Mangel an Durchhaltevermögen. Generell ist die Schullaufbahn betroffener Kinder und Jugendlicher oft durch Schulwechsel auf Förderschulen, sowie von Wiederholungen und Ausschlüssen vom Unterricht geprägt. In diesem Altersbereich zeigt sich ferner vielfach risikoreiches Verhalten wie aggressives oder delinquentes Verhalten. Weiterhin neigen Betroffene zu Alkohol- und Drogenmissbrauch aufgrund der stärker ausgeprägten Impulsivität. Insbesondere rauchen Jugendliche mit einer AD(H)S-Diagnose ungleich häufiger als Unbetroffene. Gründe können hierfür entweder ebenfalls die verminderte Impulskontrolle aber auch eine verbesserte Aufmerksamkeit sein – Rauchen wird hier oftmals als Selbstmedikation angewandt (Gawrilow, 2016, S. 92-95).

Es kommt bei circa einem Drittel zur vollständigen Persistenz der Symptomatik bis ins Erwachsenenalter und es kann die Diagnose adulte AD(H)S gestellt werden. Bei etwa einem weiteren Drittel sind noch leichte Symptome zu erkennen und bei dem letzten Drittel treten keine relevanten Symptome mehr im Erwachsenenalter auf (Kittel-Schneider, 2019, S. 2).

2.1.5. Interventionen

Die Möglichkeiten der Intervention sind vielfältig und umfassen ein Spektrum von medikamentöser Therapie bis hin zu verschiedenen Trainingsprogrammen für Betroffene. Zu betonen gilt jedoch, dass die Auswahl der Unterstützung von dem Kind oder dem Jugendlichen abhängen und dort ansetzen sollte, wo die Probleme auftreten. Häufig ist eine Kombination von verschiedenen Interventionen am wirkungsvollsten (Döpfner, Frölich & Wolff Metternich-Kaizmann, 2019, S. 10).

Eine mögliche Behandlungsmethode ist die medikamentöse Therapie. Hierbei werden meist Medikamente mit dem Wirkstoff Methylphenidat verwendet (Ritalin, Medikinet). Es handelt sich hier um eine Psychostimulanz, die vereinfacht dargestellt, die Aktivität im Gehirn steigert und zu einer verbesserten Aufmerksamkeit führt. Zudem gibt es weitere Medikamente, die zur Behandlung von AD(H)S eingesetzt werden können, wie u.a. Strattera. Weiterhin gibt es kognitiv-behaviorale Interventionen, bei denen Kinder, meist mithilfe von Selbstinstruktionen, Problemlösestrategien erlernen, z.B. in Form der Formulierung von Plänen („Ich schauen nur auf mein Blatt.“). Außerdem stehen diverse Trainingsprogramme zur Behandlung von AD(H)S bei Kindern und Jugendlichen zur Verfügung. Diese beinhalten zudem meist Anteile, welche die Eltern miteinbeziehen oder Hinweise für Lehrer/-innen. Hinzukommen nicht-evidenzbasierte, alternative Verfahren, die ebenfalls von manchen eingesetzt werden, wie eine Bachblüten-Therapie (Gawrilow, 2016, S. 125-141). Ebenfalls können Ergotherapien oder Sprachtherapien eingesetzt werden, um bestimmte Defizite in der Entwicklung zu vermindern (Döpfner et al., 2019, S. 47 f.). Ferner können unterschiedliche Interventionen im Alltag helfen, diesen besser zu bewältigen. Beispielsweise kann ein strukturierter Tagesablauf, Sport, Selbsthilfegruppen, viel Lob

usw. die Betroffenen im Alltag unterstützen.

Letztendlich zeigen viele Therapievergleichsstudien, dass eine Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie und Medikation am erfolgreichsten bei der Behandlung von AD(H)S ist (Gawrilow, 2016, S. 142-151).

2.2. Das Selbst

Das Selbst ist ein hypothetisches, psychologisches Konstrukt, welches dazu dient, menschliches Verhalten zu verstehen. Der Begriff hat viele, teilweise unterschiedliche Bedeutungen. Im Folgenden soll daher kurz die Bedeutung und Definition erläutert werden. Weiterhin beinhaltet das Kapitel die Quellen der Selbstkenntnis, sowie Bedrohungen des Selbst. Zudem wird ausführlich auf die Funktionen, insbesondere auf das Selbstwertgefühl eingegangen, da dieses im Rahmen der Studie erforscht werden soll.

2.2.1. Definition und Bedeutung des Selbst

Menschen verhalten und erleben sich in verschiedenen Situationen unterschiedlich. Dem zugrunde liegt die Annahme, dass selbstbezogene Informationen kontextgebunden sind. In jeder Situation wird demnach ein anderer Ausschnitt der Informationen abgerufen. Somit ist das Selbst kein feststehendes und unveränderbares Konzept (Werth, Denzler & Mayer, 2020, S. 188). Vielmehr ist das Selbst ein soziales Konstrukt. Durch die Interaktion mit anderen erhalten Menschen ein Gefühl dafür, wer sie sind. Indem Personen auswählen, mit wem sie interagieren, durch die Auswahl der Gruppen, denen sie angehören, durch ihr Verhalten und ihre Erscheinung erschaffen sie selbst soziale Realitäten. Gesteuert wird der Prozess davon, wie die Person sich selbst gern sieht und wie sie wahrgenommen werden möchte. Dieser aktive Konstruktionsprozess unterliegt jedoch Beschränkungen. Beispielsweise haben biologische Merkmale, die sozialen Erfahrungen oder die eigenen Fertigkeiten und Fähigkeiten eine einschränkende Wirkung (Morf & Koole, 2014, S. 142 f.). Gleichzeitig können bei der Selbstdefinition Spannungsfelder auftreten, z.B. zwischen dem Bedürfnis sich von anderen abzuheben und demgegenüber zu einer Gruppe dazuzugehören (Werth et al., 2020, S. 188).

Durch den oben beschriebenen Konstruktionsprozess des Verhaltens und Interpretierens der sozialen Rückmeldungen entwickelt sich somit das Selbst. Hierbei handelt es sich um den aktiven Part des Selbst, der von William James (1890, 1950, zit. in Morf & Koole, 2014, S. 143) als das *Selbst als Subjekt* beschrieben wird. Dieser umschreibt die Kraft des Individuums, sich und seine Lebensumstände zu formen. Demgegenüber steht der Sein-Aspekt, welches von James als das *Selbst als Objekt* beschrieben wird. Dieser umfasst die Überzeugungen und Gefühle zu sich selbst und das Selbstwertgefühl. Hieraus

ergibt sich folgendes Merkmal des Selbst: Es ist ein komplexes und dynamisches System von Gefühlen, Werten, Einstellungen, Erwartungen und Zielen (ebd., S. 142 f.).

Dies ist eine Möglichkeit das Selbst zu beschreiben. Eine einheitliche Definition des Selbst gibt es bisher allerdings nicht. Daher definieren verschiedene Autoren und Autorinnen dieses unterschiedlich. Als ein weiteres Beispiel können hier Siegler, Eisenberg, De Loache und Saffran (2016, S. 409) genannt werden, welche das Selbst ebenfalls als ein „System von Konzepten, das aus Gedanken und Einstellungen zu sich selbst besteht“ (ebd.) beschreiben. Diese können sich auf das eigene materielle Dasein, soziale Merkmale und innere Merkmale, wie psychische Vorgänge, beziehen. Zudem kann das System auch Annahmen darüber enthalten, wie sich dieses im Laufe der Zeit verändert oder inwieweit einem das Selbst bewusst ist. Werth et al. (2020, S. 190) differenzieren das Selbst hingegen in das Selbstkonzept zum einen und zum anderen in prozesshafte Abläufe, wie die Selbstwahrnehmung, Selbstaufmerksamkeit und Selbstregulation. Das Selbstkonzept wird ähnlich beschrieben wie das Selbst bei Siegler et al. Es umfasst das Wissen und die Einschätzungen einer Person über sich selbst.

2.2.2. Quellen der Selbstkenntnis

Der Konstruktionsprozess des Selbst, welcher im vorangegangenen Kapitel beschrieben wurde, deutet bereits an, dass die Selbstkenntnis eines Menschen aus verschiedenen Quellen stammt. Diese Quellen, die die Selbstkenntnis formen und zu dem Wissen und dem Gefühl des Selbst beitragen, können entweder persönlich, also die Person selbst oder auch andere Personen sein. Die wichtigsten dieser Quellen werden im Folgenden kurz thematisiert.

Eine Möglichkeit Erkenntnisse über sich selbst zu erlangen, ist das Nachdenken über die und Untersuchen der eigenen inneren Zustände, während man ein bestimmtes Verhalten zeigt. Dieser Prozess, auch *Introspektion* genannt, scheint zunächst der einfachste und offenkundigste Weg zur Selbstkenntnis zu sein. Jedoch ist diese Methode häufig ungenau. Ein Grund ist u.a., dass die Informationsverarbeitung meist automatisch und unbewusst vonstattengeht und Menschen sich dessen und somit den direkten Ursachen ihrer Gedanken und ihres Verhaltens nicht bewusst sind. Gleichzeitig werden ungewollte Erlebnisse und Gedanken häufig aus dem Bewusstsein herausgehalten. Diese haben jedoch trotzdem einen Einfluss auf das Verhalten. Hinzukommt, dass Personen dazu tendieren ihre positiven Eigenschaften zu überschätzen. Eine weitere persönliche Quelle ist die Selbstwahrnehmung. Hierbei wird das eigene Verhalten in einer Situation beobachtet und daraus Schlussfolgerungen gezogen. Jedoch ist dies ebenfalls aus teilweise denselben Gründen ungenau. Manchmal werden z.B. situative Faktoren überschätzt, ein andermal hingegen unterschätzt (Morf & Koole, 2014, S. 144-147).

Eine weitere Quelle, die entscheidend zu der Selbstkenntnis beiträgt, sind andere Personen. Durch diese sozialen Quellen lernen Menschen über sich selbst auf verschiedene Art und Weise.

Beispielsweise vertritt Cooley (1922) die Annahme eines *Spiegelbildselbst*. Indem Menschen die Reaktionen anderer beobachten, stellen sie sich vor, wie diese die eigene Person wahrnehmen und beurteilen. Diese Interpretationen werden in das Selbstbild integriert. Jedoch unterliegt auch diese Wahrnehmung Grenzen, da die Bewertungen anderer und die eigene Interpretation dessen häufig nicht übereinstimmen (Morf & Koole, 2014, S. 147, 148).

Weiterhin geben soziale Vergleiche und Beziehungen, die Menschen hegen, Aufschluss über das Selbst. Personen streben danach ihre Vorstellungen und Meinungen über sich und ihre Umwelt auf Verlässlichkeit hin zu überprüfen (Theorie sozialer Vergleichsprozesse nach Festinger). Hierzu fehlen jedoch objektive Bewertungsmaßstäbe. Aufgrund dessen werden soziale Maßstäbe zur Bewertung hinzugezogen (Hartung, 2010, S. 33). In der Regel vergleichen sich Personen mit anderen Menschen, die einen ähnlichen Hintergrund haben. Dennoch können soziale Vergleiche auch auf motivationalen Zwecke beruhen. Beispielsweise vergleicht sich eine Person, wenn es ihr schlecht geht, eher mit jemandem, dem es schlechter geht. Ebenso vergleicht sich jemand eher mit einer Person, die in einer Hinsicht besser ist, wenn derjenige sich verbessern möchte. Ferner ist die soziale Identität sinnstiftend. Durch die Verbindung zu einer Gruppe, die die Person schätzt und der sie Bedeutung beimisst, erkennt und definiert sie, wer sie ist (Morf & Koole, 2014, S. 148-150). Hierbei gibt es unterschiedliche gedankliche Möglichkeiten der kollektiven Zugehörigkeit, da sich Menschen unterschiedlichen Gruppen zuordnen lassen (z.B. nach Geschlecht, Hautfarbe oder Beruf). Welche Kategorie für die Einordnung der eigenen Person relevant ist, ist situationsspezifisch - je nachdem, welche Kategorie gerade salient ist. Jedoch haben Menschen häufig eine persönliche Präferenz für die Verwendung einer Kategorie (Kessler & Fritsche, 2018, S. 76-79).

Es kann festgehalten werden, dass die Quellen der Selbstkenntnis Selbstwahrnehmung, direkte sowie indirekte Fremdbewertungsprozesse und aktive Vergleichsprozesse sind. Somit ist dieses Wissen zu einem Großteil von der sozialen Umwelt und deren Wahrnehmung abhängig.

2.2.3. Das Selbstwertgefühl als ein Teil des Selbst

Im vorangegangenen Kapitel wurde thematisiert, woher die Selbstkenntnis stammt. Im weiteren Verlauf wird nun darauf eingegangen, welche Funktionen das Selbst hat. Hierbei wird sich an den drei Funktionen, welche Morf und Koole (2014) erläutern, orientiert. Diese unterscheiden zwischen der organisatorischen Funktion, den motivationalen und den regulatorischen Funktionen des Selbst. Letztere werden im Rahmen dieser Arbeit jedoch ausgeklammert und es werden die organisatorische und die motivationalen Funktionen erläutert. Insbesondere wird auf das Selbstwertgefühl als ein Teil der organisatorischen Funktion eingegangen.

Die *organisatorische Funktion des Selbst* befasst sich mit der mentalen Vorstellung des Individuums über sich selbst, bzw. mit den Arten der Selbstkenntnis und wie diese organisiert sind. Es werden zwei Arten der Selbstkenntnis unterschieden: die eher kognitive Vorstellung im Selbstkonzept (die Selbstschemata) und die affektive Bewertung des Selbst (das Selbstwertgefühl).

Selbstschemata sind die spezifischen Überzeugungen, durch die sich das Individuum selbst definiert. Sie dienen dazu, selbstbezogene Informationen zu organisieren und anzuleiten, wie die Informationen verarbeitet werden. Hiermit hängt eines der am besten erforschten Phänomene in der Literatur zusammen, der „Selbstreferenzeffekt“ (Higgins & Bargh, 1987; Klein & Kihlstrom, 1986; Kuiper & Rogers, 1979 zit. in ebd., S. 153). Der Selbstreferenzeffekt besagt, dass selbstrelevante Informationen rascher, gründlicher und tiefer verarbeitet und somit besser erinnert werden als andere Informationen. Darüber hinaus wird auf einen weiteren wichtigen Aspekt hingewiesen: die aktiven im Gegensatz zu den gespeicherten Selbstschemata. Nicht alle Schemata sind durchgehend aktiv, was bedeutet, dass in jeder Situation nur eine kleine Menge relevant und anwendbar ist und daher zur Steuerung des Verhaltens aktiviert wird. Diese Menge wird auch als „Arbeitsselbstkonzept“ (Markus & Kunda, 1986 zit. in ebd., S. 154) beschrieben. Welche Aspekte aktiviert werden, wird bestimmt durch den situativen Kontext und auch dadurch, welche Bedeutung der Aspekt für das Selbstkonzept des Individuums hat. Weiterhin kann die Distinktheit, also wenn etwas das Individuum von der unmittelbaren Umwelt abhebt, Einfluss nehmen, welche Aspekte des Selbst aktiviert werden.

Die Selbstschemata beinhalten jedoch nicht nur Auffassungen darüber, was die Person glaubt, wie sie gerade tatsächlich ist. Sie enthalten ebenso Ziele, Wünsche, Hoffnungen oder Ängste, Ideale und Standards. Das Ideal-Selbst repräsentiert die Hoffnungen und Wünsche der Person oder ihrer bedeutsamen Anderen, in Bezug darauf wie sie gerne sein würde. Hinzukommt das Soll-Selbst, welches die Aspekte beinhaltet, die die Person meint, dass es ihre Pflicht ist, diese einzuhalten. Diskrepanzen zwischen dem Real-Selbst und dem Ideal-, bzw. Soll-Selbst können affektive und motivationale Konsequenzen für eine Person haben (ebd., S. 152 ff.).

Neben den eher kognitiven Repräsentationen, wer man ist oder wie man sein möchte, gibt es die zweite Art der Selbstkenntnis: eine Gesamteinschätzung/-bewertung des Selbst, das *Selbstwertgefühl*. Auch hierfür gibt es keine einheitliche Definition. Morf und Koole definieren diese als „Gesamtberwertung, die wir auf einer Positiv-negativ-Dimension in Bezug auf uns selbst vornehmen“ (ebd., S. 156, 157). Analog zu dieser Begriffsbestimmung gibt es viele Autoren und Autorinnen, die eine ähnliche Definition wiedergeben (vgl. Simon & Trötschel, 2007, S. 167; Neyer & Asendorpf, 2018, S. 215). Feser (2000, S. 108) hingegen definiert das Selbstwertgefühl eher allgemeiner, so wie Morf und Koole den Begriff des Selbst. Eine Abgrenzung der Begriffe wie Selbst, Selbstwert oder Selbstkonzept wird über verschiedene Verfasser/-innen hinweg schwierig. Diese werden häufig synonym genutzt.

Hinzukommen Begriffe wie Selbstbild, Selbstmodell oder -theorie, die in ähnlicher Weise verwendet werden (Eggert, Reichenbach & Bode, 2003, S. 14). Auch in der englischsprachigen Literatur und Forschung gibt es keine klare begriffliche Trennung. Für „self-esteem“, welches nach Simon und Trötschel (2007, S. 167) mit Selbstwert übersetzt werden kann, bieten Wörterbücher für Fremdsprachen weitere Übersetzungen, wie Selbstachtung, Selbstwertschätzung oder Selbstbewusstsein (LEO Dictionary, o.J.).

Personen mit einem positiven Selbstwertgefühl haben eher eine positive Auffassung über ihre eigene Person, u.a. über ihre eigene Erscheinung, ihre Leistungen bis hin zu ihren sozialen Fähigkeiten. Sie sind selbstsicherer und optimistischer, dass sie in der Lage sind, ihre Ziele zu erreichen. Menschen mit einem negativen Selbstwertgefühl dagegen haben eine negativere Sicht und zweifeln an ihren Fähigkeiten sowie an der Qualität ihrer Eigenschaften (Morf & Koole, 2014, S. 157). Es gibt verschiedene kognitive Neigungen, um ein positives Selbstwertgefühl aufrechtzuerhalten (Werth et al., 2020, S. 191 ff.). Beispielsweise können soziale Vergleiche den Selbstwert erhöhen. Dies geschieht durch einen abwärtsgerichteten Vergleich, d.h. die Person vergleicht sich mit einer anderen, die weniger sportlich, weniger fähig oder weniger glücklich ist als man selbst. Sie schneidet somit im Vergleich besser ab als ihr Gegenüber. Ein hohes Selbstwertgefühl scheint förderlich für die Gesundheit und eine erfolgreiche Anpassung an das Leben zu sein, sogar wenn es nur eine *positive Illusion* ist (Simon & Trötschel, 2007, S. 167 ff.).

Wovon das Selbstwertgefühl abhängt ist individuell. Es ist hierbei von Bedeutung, welche Lebensbereiche für die Person wichtig sind. Diese selbstwertrelevanten Bereiche werden „Selbstwertkontingenzen“ (Morf & Koole, 2014, S. 160) genannt. Beispielsweise ist für einige Menschen das Aussehen wichtig für ihr Selbstwertgefühl, andere hingegen legen Wert auf die Zustimmung von anderen oder eine gute Beziehung zu Familienmitgliedern. Die Bereiche, in die die Person psychologisch am meisten investiert, sind diejenigen, von denen das Selbstwertgefühl abhängt. Je mehr dieses auf inneren Verstärkern, wie den eigenen Interessen oder der Autonomie, aufbaut und je weniger auf äußeren Ereignissen, wie Noten oder der Zustimmung anderer, desto stabiler ist es. Ebenso gilt: Je mehr das Selbstwertgefühl von mehreren unterschiedlichen Bereichen abhängt, desto geringer sind die Auswirkungen, wenn es nicht dessen entsprechend verläuft (ebd., S. 158-160). Bei Kindern hängt das Selbstwertgefühl beispielsweise mit einer Vielzahl von Faktoren zusammen. Hierzu können die Qualität ihre Beziehungen, ihr Aussehen, ihre Schule, ihr Wohnviertel, ihre Fähigkeiten oder verschiedene kulturelle Faktoren zählen. Der Beitrag anderer für Selbstwertgefühl von Kindern ist nach Cooleys Theorie (1922, S. 183 f.) besonders groß. Cooley vertrat die Annahme, dass das Selbstwertgefühl ein Spiegelselbstbild ist. Gemeint ist, dass es sich um eine Reflexion dessen handelt, was andere, wichtige Personen von dem Kind denken. Neigen Elter dazu, gegenüber ihrem Kind wertschätzend, interessiert und unterstützend aufzutreten, hat dieses meist ein positives Selbstwertgefühl. Neigen Eltern, im Gegenteil dazu,

bei Fehlverhalten ihr Kind herabzusetzen und zurückzuweisen, vermitteln diese ein Gefühl der Wertlosigkeit. Im Laufe der Kindheit wird das Selbstwertgefühl immer stärker von Gleichaltrigen beeinflusst. Im Gegensatz zu Kindern, verlassen sich Jugendliche schließlich verstärkt auf internalisierte Werte, um sich selbst zu bewerten (Siegler et al., 2016, S. 426 f.).

2.2.4. Motive bei der Selbstwahrnehmung

Der Art und Weise, wie sich Personen selbst wahrnehmen, können verschiedene Motive zugrunde liegen. Das *Selbstaufwertungsmotiv*, welches Strategien beinhaltet, um ein positives Selbstwertgefühl aufrechtzuerhalten, wurde bereits erwähnt. Ebenfalls wurden bereits selbstaufwertende Illusionen genannt. Diese Methode des sich selbst Aufwertens beschreibt die Arten von Überzeugungen, die Menschen von sich selbst hegen. Taylor und Brown (1988) kamen zu dem Schluss, dass positive Illusionen über sich selbst mit einer erhöhten seelischen Gesundheit einhergehen. Ein weiteres Beispiel ist die Überlegenheitsverzerrung, bei denen Menschen dazu tendieren, sich selbst als besser anzusehen im Vergleich zu anderen (Morf & Koole, 2014, S. 168 ff.).

Ein weiteres Motiv ist die *Selbstbestätigung*. Dieses liefert u.a. eine mögliche Begründung dafür, wieso einige Menschen dazu neigen, sich selbst neutraler oder gar negativ zu sehen. Swann und Buhrmester (2012, zit. in ebd., S. 176) vertreten die Auffassung, dass der stabile Eindruck, den Menschen von sich selbst haben, mit der Ansicht verbunden ist, dass die Welt sinnvoll und kohärent ist. Dies ermöglicht den Menschen zukünftige Ereignisse vorherzusehen, ihre Erfahrungen zu organisieren und soziale Interaktionen zu steuern. Gleichzeitig ruft diese Vorstellung das Bedürfnis nach stabilen und kohärenten Aussagen über die eigene Person hervor und dadurch das Selbstbestätigungsmotiv. Somit sind die Menschen motiviert, die festen Überzeugungen über sich selbst immer wieder zu bestätigen. Einige Menschen haben positive Überzeugungen über sich selbst und die Bestätigung dieser, dient somit dem Selbstaufwertungsmotiv als auch dem Selbstbestätigungsmotiv. Andere hingegen haben negative Auffassungen über sich selbst. Dies bewirkt einen Konflikt zwischen den beiden Motiven und die Personen sind zutiefst zerrissen. Die Tendenz der Selbstaufwertung wird unter Umständen von dem entgegengesetzten Streben nach Selbstbestätigung aufgehoben (ebd., S. 176 ff.). Eine andere Möglichkeit diese „kognitive Dissonanz“ (Festinger, 1957, zit. in Kessler & Fritsche, 2018, S. 83) aufzulösen, ist die Änderung des Verhaltens, bzw. der Einstellung (ebd.).

Nach Leary et al. (1995) hat das Selbstwertgefühl eine weitere interpersonelle Funktion. Es dient als *Soziometer*, indem es angibt, wie stark die Akzeptanz oder Ablehnung anderer Mitglieder der sozialen Gruppe empfunden wird („Soziometer-Theorie“). Nimmt die Ablehnung der anderen zu, nimmt das Selbstwertgefühl ab. Dies regt dazu an, das soziale Ansehen durch Selbstkorrekturprozesse wiederherzustellen und die soziale Integration zu fördern. Wird das Individuum in der Gruppe akzeptiert, wird das positive Selbstwertgefühl aufrechterhalten. Die Theorie regte zu vielen Untersuchungen an, die

diese jedoch nicht bestätigen konnten. Die Befunde, dass es kaum Effekte des sozialen Ausschlusses auf das Selbstwertgefühl gab, lassen an der Theorie zweifeln (Morf & Koole, 2014, S. 178).

2.2.5. Bedrohung des Selbst

Das Verhalten einer Person wird, wie in den vorherigen Kapiteln beschrieben, stark durch das Bedürfnis nach einem stabilen, positiven Selbstkonzept gesteuert. Auch wenn es eine Verzerrung der Realität bedeutete, wollen Menschen ihre Sicht auf sich selbst aufrechterhalten und im Vergleich zu anderen besser erscheinen. Es können jedoch Vorkommnisse auftreten, die Personen als Bedrohung des Selbst ansehen. Typische Bedrohungen des Selbst können u.a. kritische Ereignisse im Leben einer Person sein, wie ein Umzug, Heirat, der Verlust des Arbeitsplatzes oder einer nahestehenden Person. Solche Ereignisse können eine Veränderung des Selbstkonzeptes erfordern, insbesondere wenn sie von den eigenen Erwartungen abweichen (Werth et al., 2020, S. 215 f.).

Doch auch weniger drastische und alltäglichere Ereignisse können als Bedrohung des Selbst angesehen werden. Ein Beispiel für diese alltäglichen Erfahrungen ist die Konfrontation mit den eigenen Schwächen. Dies können Misserfolge oder die eigene Unfähigkeit sein. Eine Person kann hierauf aufmerksam werden, indem es ihr direkt von jemandem offenbart wird oder aber durch den Vergleich der eigenen Person mit anderen. Wird bei einem solchen sozialen Vergleich festgestellt, dass der andere eine bessere Leistung zeigt, kann dies als Bedrohung des Selbst wahrgenommen werden. Das Ausmaß der Bedrohung ist abhängig von der Nähe zur anderen Person und von der subjektiven Relevanz des Verhaltens.

Eine weitere Bedrohung des Selbst kann durch soziale Zurückweisung entstehen. Erfährt eine Person den Ausschluss aus einer Gruppe, kann dies die Person, aufgrund des grundlegenden Bedürfnisses nach Zugehörigkeit und Anerkennung, stark belasten (ebd., S. 216 f.). Es wird hierbei von dem „Need to Belong“ und der „intrinsic motivation to affiliate and bond with each other“ (Carvalho & Pelham, 2006, S. 95) gesprochen. Dies wird definiert als Bedürfnis nach dauerhaften, positiven und stabilen Interaktionen mit anderen und wird erfüllt durch die Akzeptanz und Zugehörigkeit zu anderen. Somit zeigen Personen ein starkes Bedürfnis nach sozialer Akzeptanz und eine noch stärkere Abneigung von sozialer Zurückweisung (ebd., S. 95 f.). Bei Menschen, die keine engen Beziehungen zu anderen haben, sind die Mortalitätsraten sowie die Raten physischer und psychischer Erkrankungen höher.

Weiterhin kann es als Bedrohung des Selbst erlebt werden, wenn eine Person mit ihrer getroffenen Entscheidung unzufrieden ist oder ihr Verhalten nicht rechtfertigen kann, wenn sie beispielsweise entgegen ihrer Überzeugungen gehandelt hat. Zudem können nicht bestätigte Erwartungen als bedrohlich wahrgenommen werden. Da Menschen ein Bedürfnis nach Kohärenz haben, kann ein Ereignis, welches diesem widerspricht, eine Bedrohung darstellen. Ebenso wirkt die Erinnerung an die eigene Sterblichkeit meist beunruhigend (Werth et al., 2020, S. 217 f.).

Verschiedene Begebenheiten können folglich eine Bedrohung des Selbst darstellen. Dies trifft jedoch verstärkt zu, wenn das Selbstwertgefühl der Person vorübergehend oder dauerhaft niedrig ist. Personen mit einem hohen Selbstwertgefühl sind eher in der Lage, bedrohliche Rückmeldung über sich umzudeuten, sodass diese weniger bedrohlich werden. Damit dies gelingt, können verschiedene Strategien eingesetzt werden, wie beispielsweise die Abwertung anderer oder die Erhöhung der eigenen Bewertung in anderen Bereichen. Personen mit einem niedrigen Selbstwertgefühl hingegen nutzen eher indirekte Formen der Selbstwerterhöhung. Beispielsweise werten sie eher die Qualitäten derer auf, mit denen sie eng verbunden sind oder mit denen sie assoziiert werden. Durch Verehrung von anderen Personen, übermäßigen Patriotismus oder dem fanatischen Gefühl von Zugehörigkeit zu bestimmten Sportmannschaften können sich diese Individuen im Glanz anderer sonnen (ebd., S. 220).

2.2.6. Entwicklung im Kindesalter bis hin zur Adoleszenz

In den ersten Lebensjahren entstehen bereits Vorstellungen vom Selbst, besonders in Interaktion mit anderen wichtigen Menschen. Diese Vorstellungen entwickeln sich weiter bis ins Erwachsenenalter und werden mit der zunehmenden kognitiven und emotionalen Entwicklung komplexer.

In der Grundschule beginnen Kinder ihre Vorstellungen über sich zu verfeinern. Zum Teil geschieht dies, da verstärkt soziale Vergleiche vorgenommen werden, bezüglich ihrer Verhaltensweisen, Eigenschaften und Besitzstände. Hierbei wird insbesondere auf die Diskrepanz zwischen den eigenen Leistungen und denen der anderen geachtet (Siegler et al., 2016, S. 409 ff.). In der mittleren bis späten Kindheit entwickelt sich die Fähigkeit, Informationen hierarchisch zu ordnen und über die Zeit hinweg ein verallgemeinerndes Urteil zu bilden. Somit werden die konkreten, unmittelbar beobachtbaren Selbstzuschreibungen immer mehr zu abstrakten. Die Vorstellungen über das Selbst werden folglich umfassender. Bereits in vielen Selbstbeschreibungen, wie „gut“ oder „hübsch“, sind Selbstbewertungen impliziert. Doch mit etwa acht bis neun Jahren sind Kinder dazu in der Lage globale Selbstbewertungen zu tätigen, wie beispielsweise einzuschätzen, ob sie viele gute Eigenschaften besitzen oder ein wertvoller Mensch sind (Pinquart, Schwarzer & Zimmermann, 2019, S. 258-260). Weiterhin können ältere Kinder gegensätzliche Selbstrepräsentationen koordinieren und in sich vereinen. Es resultiert eine ausgeglichene und realistischere Einschätzung des Selbst. Gleichzeitig können sich jedoch auch Gefühle von Minderwertigkeit oder Hilflosigkeit ergeben. Zudem werden zunehmend soziale Vergleiche vorgenommen und die Perspektive und Bewertung über sich durch andere Personen einbezogen. Besonders die Sichten der Gleichaltrigen gewinnen zunehmend an Bedeutung. Aufgrund dessen sind Kinder dieses Alters für ein geringes Selbstwertgefühl anfällig, wenn sie negativ von anderen bewertet werden (Siegler et al., 2016, S. 412).

Wohingegen Selbstbewertungen in der frühen Kindheit meist hoch und unrealistisch positiv sind, können solche verallgemeinerten Aussagen über den Selbstwert ab der mittleren Kindheit nicht mehr getroffen werden. Über den Verlauf des Selbstwertes während der weiteren Entwicklung unterscheiden sich die Forschungsergebnisse. Die Verlaufsrichtung des Selbstwertes ist individuell und hängt von der Entwicklung der Individuen ab. Robins et al. (2003) konnten in ihrer Studie jedoch zeigen, dass sich die interindividuellen Unterschieden im Selbstwert mit der Zeit stabilisieren. Dies wird damit erklärt, dass der Selbstwert mit zunehmendem Alter auf mehr Erfahrungen beruht, sodass neue diskrepante Erfahrungen den vorhandenen Selbstwert weniger beeinflussen (Pinquart et al., 2019, S. 260 f.). Die Vorstellungen über das Selbst werden im Laufe der Adoleszenz zunehmend abstrakter, kohärenter und integrierter. In der frühen Adoleszenz verstärkt sich zunächst die Sorge um die soziale Kompetenz und Akzeptanz (Siegler et al., 2016, S. 412). Außerdem entsteht im Jugendalter die Fähigkeit Widersprüche in der eigenen Person zu erkennen. Je nach Kontext können sie selbst anders erscheinen, z.B. gegenüber Freunden oder den Eltern. Während 13-Jährige noch wenige Widersprüche in ihren verschiedenen Eigenschaften erkennen können, erkennen 15-jährige weit mehr. Gleichzeitig fühlen sich diese von den Widersprüchen stark verunsichert. Bei 17-jährigen nehmen die wahrgenommenen Widersprüche wieder ab und sie fühlen sich weniger stark verunsichert. Grund für die Abnahme der berichteten Widersprüche ist u.a. die Benutzung abstrakterer Selbstbeschreibungen. Weiterhin begründen Jugendliche ihre Selbstzuschreibungen zunehmend systematisch und logisch, wobei sie hierbei mehr und mehr auf ihre eigene Urteilsfähigkeit vertrauen (Pinquart et al., 2019, S. 259).

In der späten Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter wird die Vorstellung des Selbst weniger dadurch bestimmt, was andere Personen denken. Die Vorstellung beruht zunehmend auf verinnerlichten persönlichen Werten und Überzeugungen. In diesem Altersabschnitt ist die Fähigkeit, Gegensätze und Widersprüche in sich selbst zu integrieren, weit vorangeschritten und diese werden als normaler Bestandteil des Selbst betrachtet. Ob dies gelingt, hängt wahrscheinlich nicht nur mit den kognitiven Fähigkeiten der Jugendlichen ab, sondern auch von der sozialen Umwelt. Unterstützen Eltern, Lehrer/-innen und andere Personen dabei, die Komplexität von Persönlichkeiten zu verstehen, gelingt die Integration eher. In diesem Zusammenhang ermöglicht die Unterstützung den Jugendlichen Normen und Überzeugungen zu verinnerlichen, denen sich die Jugendlichen verpflichtet fühlen und mit welchen sie sich wohlfühlen (Siegler et al., 2016, S. 414).

2.3. Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen

Zu den bekanntesten selbst- und umweltbezogenen Kognitionen gehören neben dem Selbstkonzept/Selbst, u.a. auch *Kontrollüberzeugungen* (Schmithüsen & Krampen, 2015, S. 310). Laut Krampen (1991) sind dies die Erwartungen, ob Ereignisse durch verfügbare Handlungen kontrolliert werden können

oder nicht. In seiner Theorie begründet Krampen, wieso diese als zeitlich stabile Persönlichkeitsmerkmale aufgefasst werden können.

Im folgenden Kapitel soll dies näher erläutert werden. Zunächst wird dazu auf den Ursprung in Rotters *sozialer Lerntheorie* eingegangen. Anschließend wird Krampens *handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit* vorgestellt, welches eine Weiterentwicklung von Rotters Ansatz darstellt. Abschließend werden kurz die Eigenschaften der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, nach Krampens Theorie, herausgestellt.

2.3.1. Theorie des sozialen Lernens

Die sozial-lerntheoretischen Ansätze postulieren, dass Lernprozesse im sozialen Umfeld stattfinden. Wesentliche Meilensteine wurden hier von Rotter, Seligman und Bandura gelegt (Liebsch, 2011, S. 59).

Rotters *soziale Lerntheorie der Persönlichkeit* ist einer der ältesten Ansätze sozialen Lernens. Mit seiner Theorie schlägt er einen Bogen zwischen den klassischen Ansätzen des Behaviorismus hin zum Kognitivismus, unter Einbezug emotionaler Prozesse. Somit verbindet Rotter in seiner „dynamisch-interaktionistische[n] Entwicklungstheorie der Persönlichkeit“ (Krampen, 1991, S. 11) die Betrachtung von Verhalten, Emotionen, Motivation und Handlungen (ebd.). Eine Grundannahme Rotters ist, dass das Untersuchungsobjekt in der Persönlichkeitsforschung nicht, wie häufig angenommen, „ein Satz von innerlichen Eigenschaften ... [ist], den das Individuum in jeder Situation mit sich herumträgt“ (Rotter & Hochreich, 1979, S. 105). Vielmehr muss es die „Interaktion des Individuums mit seiner bedeutsamen Umgebung“ (ebd.) sein. Weitere Kernannahmen entsprechen ebenfalls den Erwartungswert-theoretischen Modellen, dessen Axiome jedoch hier nicht weiter aufgeführt werden sollen (vgl. Rotter, 1973, S. 85 ff.; Krampen, 1982, S. 11).

Rotter versteht unter Lernen die Stärkung oder Schwächung von Erwartungen auf Grundlage vergangener Erfahrungen. Das Ausführen einer Handlung ist folglich abhängig von zwei Faktoren: der Erwartung eine Verstärkung (Belohnung) zu erreichen und dem Wert dieses Verstärkers. Soll die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens erhöht werden, muss der Verstärker einen subjektiven Wert für die Person besitzen (Liebsch, 2011, S. 59, 60). Somit ergibt sich aus den beiden genannten Faktoren für jede mögliche Handlungsalternative ein bestimmtes Verhaltenspotenzial. Unter den Handlungsalternativen setzt sich jene mit dem größten Potenzial durch (Beckmann & Heckhausen, 2018, S. 150).

Weiterhin spezifiziert Rotter das Konstrukt der Erwartung. Diese wird durch zwei Determinanten bestimmt: durch spezifische Erwartungen und durch generalisierte Erwartungen. Spezifische Erwartungen beruhen auf der Erfahrung, dass in einer bestimmten Situation ein spezifisches Verhalten zu einer bestimmten Bekräftigung geführt hat. Somit werden Entscheidungen in vertrauten Situationen beeinflusst. Hingegen wurden generalisierte Erwartungen über verschiedene ähnliche Situationen und

Verhalten verallgemeinert (Rotter & Hochreich, 1979, S. 107 f.). Somit steuern generalisierte Erwartungen vor allem das Handeln in neuen, noch unvertrauten Situationen und bilden abstrakte Überzeugungen, welche einen wichtigen Teil der Persönlichkeit ausmachen (Rothermund & Eder, 2011, S. 86). Unter dem Begriff der generalisierten Erwartungen fasst Rotter verschiedene psychologische Konstrukte zusammen. Darunter befinden sich generalisierte Problemlösestrategien, die Fähigkeit des Belohnungsaufschubes, das zwischenmenschliche Vertrauen einer Person sowie ebenfalls das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen (Krampen, 1987, S. 93). Seiner Auffassung nach, ordnet ein Individuum die *Lokation der Kontrolle* hierbei entweder sich selbst oder der Umwelt zu. Es wird somit zwischen internalen und externalen Kontrollüberzeugungen unterschieden. Internale Kontrollüberzeugungen umfassen die Überzeugung, dass Ergebnisse eigener Handlungen selbstverursacht sind. Wohingegen externe Kontrollüberzeugungen die Ansicht enthalten, dass Ergebnisse eigener Handlungen fremdverursacht sind, durch Glück, Schicksal, Pech oder andere Personen (Liebsch, 2011, S. 60). Des Weiteren liegt dem Konstrukt die Annahme zugrunde, dass die Kontrollierbarkeit von Bekräftigungsereignissen so hoch generalisiert ist, dass diese sich über alle Lebensbereiche erstreckt und somit den Charakter von Persönlichkeitsdispositionen inne hat (Beckmann & Heckhausen, 2018, S. 150).

Rotters Theorie folgt somit dem Ansatz der Erwartungs-Wert-Theorien (Krampen, 1991, S. 12), welche davon ausgehen, dass das Verhalten durch die Verknüpfung von der Erwartung eines Ergebnisses und dessen individuellen Bedeutsamkeit zu erklären ist (Beckmann & Heckhausen, 2018, S. 122). Der gemeinsame Strukturkern dieser Theorien ist die Annahme, dass Handeln, Erleben und Motivation auf subjektive Erwartungen und subjektive Ziel-/Ereignisbewertungen zurückzuführen sind. Dieser Tradition folgend, handelt es sich bei den Modellen von Mischel und Bandura um Fortentwicklungen von Rotters Ansatz. Jedoch legten beide die Konzentration auf situationsabhängige Personmerkmale und negierten weitestgehend die Bedeutung von generalisierten Persönlichkeitsmerkmalen. Krampen postuliert, dass in seinem Ansatz indessen eine eindeutige Beziehung zwischen situationsspezifischen Personvariablen und handlungstheoretischen Persönlichkeitsvariablen aufgezeigt wird (Krampen, 1991, S. 12).

2.3.2. Das handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit

Im Folgenden wird das handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit von Krampen (1987) als eine, für diese Arbeit relevante, theoretische Weiterentwicklung dargestellt. Nach eigenen Angaben des Autors ist dieses eine „konsequente Weiterentwicklung und Differenzierung der sozialen Lerntheorie der Persönlichkeit Rotters“ (Krampen, 1991, S. 13) und basiert auf den gleichen Axiomen. Krampens Kritik an Rotter ist, dass dieser sich auch in neueren Werken lediglich auf die Aufzählung generalisierter Erwartungshaltungen beschränke und deren Beziehung zu situations- und handlungstheoretischen Konstrukten außer Acht lasse. Sein Ansatz sei somit konzeptuell unscharf, da es sich

weniger um ein persönlichkeitspsychologisches Modell handele als um eine Auflistung von Persönlichkeitsvariablen, die nur vage mit dem theoretischen Hintergrund verknüpft sind (ebd.).

Krampen folgt Rotters Grundannahme, dass situationsspezifische Erwartungen aufgrund von Ähnlichkeiten bezüglich der Situation oder des Verstärkers im Laufe der Erfahrungen generalisiert werden. Somit ergeben sich mehr oder weniger stark generalisierte Erwartungshaltungen, die das Auftreten bestimmter Ereignisse oder Verstärker betreffen.

Ferner entwickelt Krampen Rotters Theorie weiter. Infolgedessen entwickelt er ein Modell, welches den wechselseitigen Einfluss von situativen und personalen Faktoren einbezieht und welches ein Beschreibungs- und Vorhersagemodell für Handlungen und Handlungsintentionen ist. Dieses beruht auf dem zuvor beschriebenen Prozess: Verschiedene Basisvariablen (Situations-Ereignis-Erwartungen, Kompetenz-, Kontingenz- und Instrumentalitätserwartungen sowie die subjektive Bewertungen der Handlungsergebnisse und deren Folgen) werden generalisiert und es ergeben sich hieraus unterschiedliche, *situativ und zeitlich relativ stabile Persönlichkeitsmerkmale*. Somit ergeben sich folgende Persönlichkeitsvariablen, anhand derer Personen und interindividuelle Unterschiede beschrieben werden können:

- *Situations-Ereignis-Erwartungen* beziehen sich auf situationsgebundene Erwartungen, dass bestimmte Ereignisse ohne die eigene Aktivität eintreffen. Die Generalisierung dieser wird in dem *Vertrauen* ausgedrückt, dass in vielen Situationen ohne eigene Tätigkeit positiv bewertete Ereignisse auftreten bzw. negativ verhindert werden. Das Individuum vertraut oder misstraut folglich der Situationsdynamik.
- *Kompetenzerwartungen* umfassen die Erwartungen, dass der Person eine oder mehrere Handlungsmöglichkeiten individuell zur Verfügung stehen. In generalisierter Form ist dies die Überzeugung, dass die Person sich selbst in verschiedenen Situationen als kompetent und handlungsfähig erlebt. Der gewählte Begriff hierfür ist *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten*.
- *Kontingenzerwartungen* sind die Erwartungen, dass Ereignisse durch verfügbare Handlungen kontrolliert werden können. Das entsprechende Persönlichkeitskonstrukt wird als *Kontrollüberzeugungen* bezeichnet.
- *Instrumentalitätserwartungen* sind subjektive Erwartungen darüber, dass bestimmten Ereignissen gewisse Konsequenzen folgen. Die generalisierte Form trägt die Bezeichnung *Konzeptualisierungsniveau* und meint das Verstehen von Handlungs- und Lebenssituationen und deren Dynamik.
- *Valenzen* (subjektive Bewertungen) der Handlungsergebnisse, Ereignisse und Folgen werden in ihrer Generalisierung als *Wertorientierungen und Lebensziele* der Person benannt.

Diese sind nach Krampen die zentralen generalisierten Persönlichkeitsvariablen und bilden die Grundlage für das handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit. Hinzukommend können weitere Merkmale wie Ängstlichkeit und Hoffnungslosigkeit aus diesen rekonstruiert werden (Krampen, 1987, S. 92 ff.). Eine Darstellung des Modells ist in Abbildung 2 zu sehen.

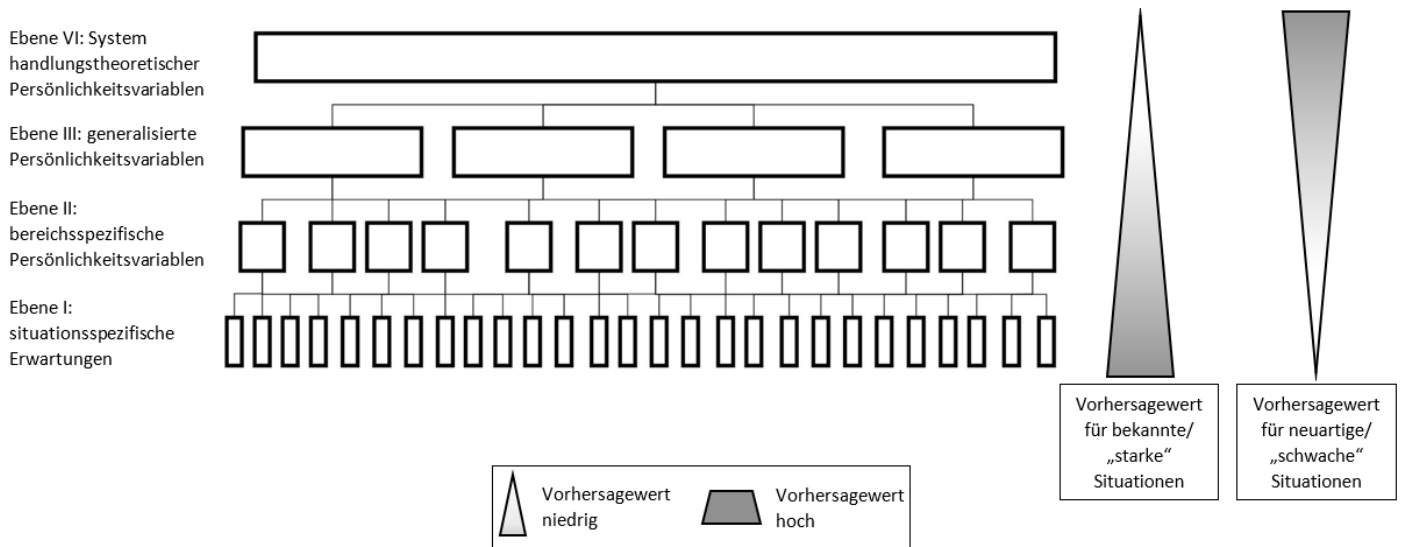


Abbildung 2. Hypothetische Konzeption der hierarchischen Struktur handlungstheoretischer Persönlichkeitsvariablen. Eigene Bearbeitung nach Krampen 1987, S.124 und Krampen, 1991, S. 16.

Weiterhin ist der Strukturierungsgrad einer Situation für die deskriptive und prognostische Bedeutung des Modells wesentlich. Befindet sich eine Person in einer bekannten und kognitiv strukturierbaren (starken) Situation, ermöglichen situationsspezifische Persönlichkeitsvariablen eine differenzierte Beschreibung, Rekonstruktion und Vorhersage von Handlungen. In schwachen Situationen, in denen weder individuelle noch kollektive Erfahrungen vorhanden sind, ist hingegen der prognostische Wert von generalisierten Persönlichkeitsvariablen hoch. Das bedeutet, je nach Strukturierungsgrad einer Situation und kognitiver Repräsentation einer Handlung, ist die Bedeutsamkeit der Persönlichkeitsvariablen zur Vorhersage von Handlungen unterschiedlich. Mit zunehmender subjektiver Neuartigkeit einer Situation nimmt gleichzeitig der Beschreibungs- und Vorhersagewert von situationsspezifischen Variablen ab. Mit zunehmender Bekanntheit nimmt dieser wiederum zu (s. Abbildung 2).

Diese Annahmen decken sich mit dem Gedanken des „dynamischen Interaktionismus von Person- und Situationsfaktoren“ (Krampen, 1991, S. 15). Somit liegt mit dem Modell ein Ansatz vor, welcher die interaktionistische Vorstellungen mit der Möglichkeit von prognostischen Aussagen über Persönlichkeitsvariablen verbindet.

Hieran anknüpfend können Aussagen über den Anwendungsbereich des Modells getätigt werden. Mit diesem können nicht nur *Autonomismen* –also Handlungen, die relativ durchdacht und absichtlich vom Individuum durchgeführt werden-, sondern auch *Automatismen* rekonstruiert werden. Automatismen, die ohne oder nur wenig reflektiert ablaufen, sowie alle Verhaltensweisen, die im

Zwischenbereich dieser beiden Pole liegen, können mithilfe des Modells beschrieben, verstanden und vorhergesagt werden (ebd., S. 15 ff.).

2.3.3. Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen

Wie in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben, ist die grundlegende Annahme, dass Individuen in der Interaktion mit ihrer Umwelt Erfahrungen darüber machen, ob Ereignisse und Verstärker als Auswirkung ihrer eigenen Handlungen auftreten. Diese Erfahrungen liegen in ihrer generalisierten Form als Kontrollüberzeugungen vor. Rotter teilt diese in die Dimensionen internal (stärker innengeleitete Ausrichtung und Ursachenzuschreibung) und external (stärker außengeleitete Orientierung und Ursachenzuschreibung) ein. Krampen kritisiert eben diese Eindimensionalität und Bipolarität und diskutiert in seinen Werken daher verschiedene Möglichkeiten zur Differenzierung des Konstruktes (Krampen, 1982, S. 43 ff.). Letztendlich verwendet er jedoch in seinem *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* die Trennung nach Levenson (1972, 1974 zit. in Krampen, 1991, S. 19). Levenson nimmt eine Unterscheidung von drei Aspekten generalisierter Kontrollüberzeugungen vor: *Internalität*, *sozial bedingte Externalität* und *fatalistische Externalität*. Internalität bedeutet, dass das Individuum die Kontrolle über sein Leben und über Ereignisse in seiner Umwelt erfährt. Sozial bedingte Externalität ist die generalisierte Erwartung, dass wichtige Ereignisse von mächtigen anderen Personen abhängen. Hingegen ist fatalistische Externalität, die Erwartung, dass das Leben und Ereignisse von Schicksal, Pech, Glück oder Zufall abhängig sind.

Neben den Kontrollüberzeugungen erfasst Krampens Fragebogen zusätzlich Kompetenzerwartungen in ihrer generalisierten Form. Diese tragen die Bezeichnung *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten*. Wie im vorherigen Kapitel erläutert, bezieht sich dies auf die Erwartung, dass einer Person mindestens eine Handlungsmöglichkeit zur Verfügung steht.

In Krampens Strukturmodell (Abbildung 2) sind das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten sowie die generalisierten Kontrollüberzeugungen auf Ebene III angesiedelt. Beide ermöglichen das Tätigen von Aussagen über die subjektiv verfügbaren Handlungsmöglichkeiten einer Person. Beispielsweise weisen hohe Ausprägungen des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten darauf hin, dass dem Individuum in vielen Situationen Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen und die Person sich als handlungsfähig erlebt. Kommen internale Kontrollüberzeugungen hinzu, weist dies weiterhin darauf hin, dass die Person erwartet, durch ihre Handlungen, Ereignisse beeinflussen und eigene Ziele erreichen zu können (ebd., S. 19 f.).

2.4. AD(H)S und das Selbst

In den zuvor angeführten Kapiteln wurde der theoretische Hintergrund erläutert. In den nun folgenden Kapiteln (2.4 und 2.5) wird nun der Bezug zwischen den drei Bereichen herausgestellt. Das Kapitel „AD(H)S und das Selbst“ beschäftigt sich mit den Erkenntnissen, welche bereits über die Folgen einer diagnostizierten AD(H)S vorliegen. Hierzu werden verschiedene Studien aus den letzten Jahren und ihre Ergebnisse vorgestellt. Im darauffolgenden Kapitel erfolgt eine begründete Herleitung der Hypothesen.

Die Studie von Sukumaran, Vickers, Yates und Garralda (2003, S.190 ff.) zeigte auf, dass es einen Unterschied zwischen Kindern und Jugendlichen mit einer psychischen Erkrankung und Nicht-Betroffenen hinsichtlich ihres Selbstwertgefühls gibt. Die Forschenden untersuchten jeweils eine nicht-klinische und eine klinische Stichprobe. Die klinische Stichprobe erfasste Betroffene mit verschiedenen diagnostizierten Erkrankungen, wie „Conduct disorders“, „Hyperkinetic Disorder“ oder „Anxiety disorder“ (ebd., S. 192). Ergebnis der Untersuchung war, dass die Kinder und Jugendlichen der klinischen Stichprobe ein niedrigeres Selbstwertgefühl (global self-esteem) hatten als die der nicht-klinischen.

Auch Studien, die sich nur auf Kinder und Jugendliche mit der Diagnose AD(H)S beziehen, stellen zum Teil solche Ergebnisse vor. Jedoch ist, trotz der vielfachen Diskurse, die Studienlage zu den Auswirkungen auf das Selbst uneindeutig.

Beispielsweise untersuchten Treuting und Hinshaw (2001, S. 27 ff.) in ihrer Studie, Jungen mit einer diagnostizierten AD(H)S im Hinblick auf Symptome einer Depression und ihr Selbstwertgefühl. Die Jungen wurden zusätzlich nach ihrer Aggressivität beurteilt und in zwei Gruppen aufgeteilt (nicht-aggressiv und aggressiv). Der Autor und die Autorin fanden heraus, dass die Vergleichsgruppe bestehend aus Jungen ohne Diagnose nur ein mäßig höheres Selbstwertgefühl aufwiesen als die nicht-aggressive Subgruppe. Hingegen zeigte die Vergleichsgruppe ein signifikant höheres Selbstwertgefühl als die aggressive Untergruppe. Ebenfalls wurden ähnliche Effekte bei der Untersuchung der Depressionssymptomatik gefunden. Übereinstimmend zu diesen Befunden gibt es weitere Studien, die von einem Unterschied im self-esteem/self-concept/self-perception zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen sprechen (vgl. Kita & Inoue, 2017; Barber, Grubbs & Cottrell, 2005). Wie bereits in Kapitel 2.2.3 erwähnt, ist eine klare Begriffsabgrenzung hierbei schwierig. Häufig werden die Begriffe self-esteem, self-concept, self-worth und self-perception synonym benutzt.

Auch in der Literatur wird häufig auf ein niedriges Selbstwertgefühl bei Betroffenen hingewiesen (vgl. Brandau & Kaschnitz, 2013, S. 73; Lauth & Schlottke, 2019, S. 20 f.; Loh, 2017, S.431 f.). Diese befänden sich oft in einem Teufelskreis aus Zurückweisung, Isolation und unkontrollierten expansiven Verhaltensweisen, welche wiederum die Ausgrenzung durch andere erhöhen. Die Reaktionen anderer und die eigenen Erfahrungen über sich selbst verunsicherten das betroffene Kind oft weiter (Lauth &

Schlottke, 2019, S. 21). Ebenfalls wird in der ICD 10 auf sekundäre Schwierigkeiten wie ein niedriges Selbstwertgefühl hingewiesen (BfArM, 2020).

Im Gegensatz hierzu berichten andere von keinerlei oder nur geringen Unterschieden zwischen Kindern mit und ohne AD(H)S-Diagnose. Hoza, Pelham, Milich, Pillow, and McBride (1993, S.277 ff.) berichteten lediglich von einem Unterschied in der *behavioral conduct* Subskala. Weitere Unterschiede zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen lagen in ihrer Untersuchung nicht vor. Zudem kann, laut der Autorenschaft, dieser eine Unterschied mit internalisierenden Auffälligkeiten begründet werden. „ (...) With internalizing scores covaried out, ADHD children did not view themselves as worse than controls in any competence domain, or in terms of behavior problems or general self-worth“ (ebd., S.282). Würden diese folglich herausgenommen, bestünden keinerlei Unterschiede mehr zwischen den Gruppen. Auch Houck, Kendall, Miller, Morrell und Wiebe (2012) identifizierten in ihrer Studie, dass mehr internalisierende Auffälligkeiten mit einem niedrigeren Selbstkonzept einhergehen. Weiterhin berichteten Hoza et al. (1993, S.280 f.), dass Kinder mit der Diagnose AD(H)S positive Ergebnisse eher auf sich selbst attribuieren, negative Ergebnisse hingegen seltener.

Eine deutsche Studie aus dem Jahr 2002 stellten zwar Unterschiede zwischen einer Gruppe von Betroffenen und Nicht-Betroffenen fest, doch diese seien sehr gering. In der Studie wurde das Selbstwertgefühl in drei Bereichen untersucht (Schule, Familie und andere Kinder). Die Kinder mit der Diagnose AD(H)S hatten in allen drei Bereichen zwar die niedrigsten Werte, dennoch weisen diese nicht auf eine starke Selbstablehnung oder Ablehnung durch andere hin. Auch die Werte der Gruppe AD(H)S bewegten sich im mittleren Feld und deuten auf ein durchschnittlich ausgeprägtes Selbstwertgefühl hin. Lediglich im Vergleich mit anderen Kindern ließ sich eine vergleichsweise negative Einschätzung erkennen. Die Studie untersuchte gleichzeitig den Effekt von Methylphenidat auf das Selbstkonzept. Die Forscher konnten feststellen, dass die Kinder sich nach einer medikamentösen Behandlung positiver einschätzen und es keine Unterschiede mehr zu den Nicht-Betroffenen gab. Es konnte jedoch nicht eindeutig geklärt werden, ob dieser Effekt auf die medikamentöse Behandlung zurückzuführen ist. Bei der Interpretation ist außerdem zu beachten, dass nur Kinder mit einer stark ausgeprägten Symptomatik an der Studie teilnahmen (Schöning, Steins & Berek, 2002, S. 43 f.).

2.5. Herleitung der Hypothesen

Dieses Kapitel widmet sich der Herleitung der Hypothesen, welche in der vorliegenden Arbeit untersucht werden sollen. Hierzu werden zunächst die wichtigsten Erkenntnisse der vorangegangenen Kapitel zusammengefasst und auf Grundlage dessen, die Hypothesen formuliert. Es werden sowohl die Nullhypothesen (H_0), als auch die Alternativhypothesen (H_n) aufgeführt.

Die Selbstkenntnis wird vor allem durch zwei Quellen beeinflusst. Neben der Selbstbeobachtung und Selbstwahrnehmung dienen andere Personen ebenfalls als Quellen der Selbstkenntnis. Diese tragen entscheidend dazu bei, was eine Person über sich selbst weiß und welche Gefühle sie in Bezug auf sich hegt. Soziale Vergleiche sowie die Beziehungen zu anderen und die Gruppenzugehörigkeit können Aufschluss über das Selbst geben. Des Weiteren vertritt Cooley beispielsweise die Auffassung eines Spiegelbildselbst. Die Reaktionen anderer auf die eigene Person werden interpretiert und in das Selbstbild integriert (vgl. Kap. 2.2.2). Weiterhin ist nach Cooleys Theorie der Beitrag anderer für das Selbstwertgefühl von Kindern besonders groß. Obwohl das Selbstwertgefühl von verschiedenen Selbstwertkontingenzen abhängt, wird der Beitrag anderer stark gewichtet. Ab dem Grundschulalter werden verstärkt soziale Vergleiche vorgenommen. Insbesondere die Diskrepanz zwischen den eigenen Leistungen und der Leistung Gleichaltriger ist von hoher Bedeutung, wobei sich die Vergleiche auch auf Verhaltensweisen und Eigenschaften beziehen können. In der frühen Adoleszenz verstärkt sich zudem die Sorge um die soziale Akzeptanz (vgl. Kap. 2.2.3.2 u. 2.2.5).

Obwohl es verschiedene kognitive Neigungen gibt ein positives Selbstwertgefühl aufrecht zu erhalten und obwohl die Soziometer-Theorie nach Leary trotz umfangreicher Untersuchungen nicht bestätigt werden konnte, gibt es dennoch Personen, die sich selbst gegenüber negative Auffassungen hegen. Diese Personen zweifeln beispielsweise an ihren Fähigkeiten und an der Qualität ihrer Eigenschaften und haben insgesamt eine negative Selbstsicht. Eine mögliche Begründung hierfür ist das Selbstbestätigungsmotiv nach Swann und Buhrmester. Die Ansicht, dass die Welt sinnvoll und kohärent ist, hat zur Folge, dass Menschen auch ein Bedürfnis nach stabilen und kohärenten Aussagen über die eigene Person hegen. Gleichzeitig werden Informationen häufig selektiv verarbeitet. Folglich werden Informationen über das Selbst, die die eigene, negative Auffassung stärken, bevorzugt (vgl. Kap. 2.2.3 u. 2.2.3.4).

Nach Krampens handlungstheoretischem Partialmodell der Persönlichkeit können Handlungen und Handlungsintentionen auf verschiedene Basisvariablen zurückgeführt werden. Aus diesen ergeben sich in generalisierter Form Persönlichkeitsvariablen, welche Handlungen beschreiben und vorhersagen können. Zu diesen Variablen gehören u.a. das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und Kontrollüberzeugungen. Diese beiden Persönlichkeitsvariablen haben eine hohe Aussagekraft über die Handlungsmöglichkeiten, die einer Person aus ihrer Sicht zu Verfügung stehen. Das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten umfasst hierbei die Überzeugung, dass die Person sich selbst in verschiedenen Situationen als handlungsfähig und kompetent erlebt, also dass mindestens eine Handlungsmöglichkeit verfügbar ist. Kontrollüberzeugungen meint ergänzend hierzu, dass bestimmte Ereignisse durch diese verfügbaren Handlungen kontrolliert werden können (vgl. Kap. 2.3.2 u. 2.3.2.1).

AD(H)S ist eine Erkrankung, die sich vor allem in Kontakt mit anderen äußert. Die Kernsymptome motorische Unruhe, Unaufmerksamkeit und mangelnde Impulskontrolle lassen sich üblicherweise in verschiedenen Lebensbereichen beobachten, wie in der Familie, in der Schule oder bei Freizeitaktivitäten. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen ecken oft an und erfahren negative Rückmeldungen, Ablehnung und Ausgrenzung. Somit machen die Betroffenen oft nicht nur in Bezug auf ihre schulischen Leistungen negative Erfahrungen, sondern auch im Kontakt mit ihren Eltern oder Gleichaltrigen. Kinder mit der Diagnose AD(H)S haben häufig eine geringe soziometrische Position in dem Beziehungsgefüge von Gleichaltrigen. Zudem ist die Beziehung zu Erwachsenen oftmals geprägt durch negative, bestrafende und kontrollierende Interaktionen. Hinzukommt, dass bei den Betroffenen vielfach komorbide Störungen auftreten. Hierbei sind u.a. Störungen des Sozialverhaltens einschließlich oppositioneller Verhaltensstörungen am häufigsten zu finden. Es können jedoch auch noch weitere komorbide Störungen auftreten, die weiter dazu beitragen, dass Betroffene negative Erfahrungen mit sich und anderen machen (vgl. Kap. 2.1.1. u. 2.1.4).

Aufgrund dieser immer wiederkehrenden negativen Fremdbeurteilungen und dem Einfluss dieser auf das Selbst, liegt die Vermutung nahe, dass Kinder und Jugendliche mit einer AD(H)S-Diagnose, im Vergleich zu Kindern ohne Diagnose, eine eher negative Sicht auf sich selbst und folglich ein eher negatives Selbstwertgefühl haben.

H₀₁: Kinder und Jugendliche mit der Diagnose AD(H)S haben kein negativeres Selbstwertgefühl als Kinder ohne Diagnose.

H₁: Kinder und Jugendliche mit der Diagnose AD(H)S haben ein negativeres Selbstwertgefühl als Kinder ohne Diagnose.

Gleichzeitig wird vermutet, dass die Betroffenen lernen, dass ihnen wenige Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen und dass sie Ereignisse wenig beeinflussen können. In Anlehnung an Krampens Persönlichkeitsmodell liegen somit bei Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose AD(H)S eher externe Kontrollüberzeugungen vor und weniger interne Kontrollüberzeugungen. Der Grund hierfür liegt vermutlich ebenfalls in den negativen Interaktionsmustern und der fortwährenden Ablehnung durch Gleichaltrige, bzw. Bestrafungen durch Eltern oder Lehrer/-innen.

H₀₂: Kinder und Jugendliche mit der Diagnose AD(H)S unterscheiden sich nicht in ihren externen oder internen Kontrollüberzeugungen im Vergleich zu Kindern ohne Diagnose.

H₂: Kinder und Jugendliche mit der Diagnose AD(H)S haben höhere externe Kontrollüberzeugungen und geringere interne Kontrollüberzeugungen als Kinder ohne Diagnose.

Des Weiteren wird vermutet, dass das Selbstwertgefühl und die Kontrollüberzeugungen in einem Zusammenhang stehen, bzw. dass das Selbstwertgefühl die Kontrollüberzeugungen beeinflusst.

H₀₃: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Selbstwertgefühl und den Kontrollüberzeugung.

H₃: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Selbstwertgefühl und den Kontrollüberzeugung: Je positiver das Selbstwertgefühl ist, desto höher sind die internalen Kontrollüberzeugungen.

Weiterführend werden die bisher aufgestellten Hypothesen in einem Zusammenhang betrachtet. Es wird vermutet, dass Kinder und Jugendliche, bei denen eine AD(H)S diagnostiziert wurde, ein eher negatives Selbstwertgefühl und eher externale Kontrollüberzeugungen haben. Gleichzeitig hat das Selbstwertgefühl wiederum einen Einfluss auf die Kontrollüberzeugungen. Somit wird dem Selbstwertgefühl ein mediierender Effekt zugeschrieben.

H₀₄: Der Effekt einer AD(H)S-Diagnose auf die Kontrollüberzeugungen wird nicht durch das Selbstwertgefühl mediiert.

H₄: Der Effekt einer AD(H)S-Diagnose auf die Kontrollüberzeugungen wird durch das Selbstwertgefühl mediiert.

Die im vorherigen Kapitel (Kap. 2.4) aufgezählten Studien schneiden das Thema bereits an. Jedoch ist hier zu beachten, dass die Begrifflichkeiten in den Untersuchungen meist nicht klar abgegrenzt werden. Häufig wird von dem Selbstwertgefühl gesprochen, doch es werden Fragebögen zu self-concept oder self-perception verwendet und somit teilweise andere Konstrukte gemessen. Beispielsweise misst „Harter’s Self-Perception Profile for Children“ (Harter, 2012) den global self-worth und berichtet somit eher die Zufriedenheit mit sich selbst und seinem Leben (vgl. hierzu Treuting & Hinshaw, 2001, S. 36). Weiterhin wird die Aussagekraft durch die Stichprobenziehung beeinträchtigt, wie z.B. bei Schöning et al. (2002) oder Kita und Inoue (2017). Letztere untersuchten Kinder und Jugendliche ohne Diagnose und stellten lediglich „subthreshold ADHD symptoms“ (ebd., S.2) fest. Wohingegen Schöning et al. nur Kinder und Jugendliche mit einer stark ausgeprägten Symptomatik untersuchten.

3. Methode

Im folgenden Kapitel wird die Methodik der Erhebung dargestellt. Zunächst wird das Untersuchungsdesign und anschließend das Erhebungsinstrument beschrieben. Ferner wird die Stichprobenkonstruk-

tion und die Untersuchungsdurchführung erläutert. Abschließend werden die Auswertungsmethoden thematisiert und begründet.

3.1. Untersuchungsdesign

Zur Klärung der Forschungsfrage, wie sich eine AD(H)S-Diagnose auf das Selbstwertgefühl und die Kontrollüberzeugungen der betroffenen Kinder und Jugendlichen auswirkt, wurde die Untersuchung quantitativ ausgerichtet. Grund hierfür ist, dass die in Kapitel 2.5 aufgestellten Hypothesen überprüft werden sollten. Zur Überprüfung dieser wurden eigene Daten erhoben und analysiert (Döring & Bortz, 2016, S. 184 ff.). Es wurden die Daten von zwei unterschiedlichen Gruppen untersucht. Die eine Gruppe besteht aus Eltern von Kindern und Jugendlichen, bei denen eine AD(H)S diagnostiziert wurde (Experimentalgruppe). Wohingegen die zweite Gruppe aus Eltern von Kindern und Jugendlichen besteht, die bisher keine psychiatrischen Diagnosen erhielten (Kontrollgruppe). Da die unabhängige Variable (das Vorliegen einer AD(H)S-Diagnose) nicht variiert werden konnte, handelt es sich hier um ein nicht-experimentelles Versuchsdesign (ebd., S. 201 ff.). Hierbei ist zu beachten, dass in der Untersuchung die betroffenen Kinder und Jugendlichen nicht direkt befragt wurden, sondern dass es sich um eine Fremdbeurteilung handelt. Dieser Aspekt wird im Diskussionsteil der Arbeit noch thematisiert. Weiterhin erhielten die Eltern den Fragebogen in Form einer Online-Umfrage. Somit handelt es sich zudem um eine Feldstudie. Des Weiteren wurde die Stichprobe in Form einer Querschnittstudie zu einem Messzeitpunkt untersucht.

3.2. Erhebungsinstrument

Bei der Untersuchung, die der Arbeit zugrunde liegt, handelt es sich um eine „vollstrukturierte Fragebogenstudie“ (Döring & Bortz, 2016, S. 399). Für diese wurden zwei bereits existierende Fragebögen hinzugezogen: die Aussagen-Liste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche (ALS) von Schauder (2011) sowie der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) von Krampen (1991).

Im Gegensatz zu der weit verbreiteten Skala von Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale, 2014) erfasst die ALS das Selbstwertgefühl nicht als eindimensionales Konstrukt, denn die mehrdimensionale Struktur des Selbstwertgefühls gilt mittlerweile als unumstritten (vgl. Neyer & Asendorpf, 2018, S. 215 ff.). Zusätzlich erfasst die ALS das Selbstwertgefühl in mehreren Bereichen: der Familie, der Freizeit und der Schule. Hiermit wird auf den Aspekt der Situationsspezifität des Selbstwertgefühls verwiesen. Zudem wird die Annahme eines generalisierten Selbstwertgefühls vertreten. Dieses wird aus der Summe der Ergebnisse aller Verhaltensbereiche bestimmt. Weiterhin wurden insbesondere folgende grundlegende Annahmen berücksichtigt. Die erste Annahme ist, dass die Selbstbewertung im betreffenden Alterszeitraum hauptsächlich über Vergleiche mit relevanten anderen Personen stattfindet. Hierbei wird angenommen, dass positive Ergebnisse dieser Vergleiche zu einer positiven

Selbstbewertung führen. Die zweite Annahme lautet, dass die Selbstbewertung überdies durch den Vergleich des Ideal- und Realselbst stattfindet. Hier wird davon ausgegangen, dass eine positive Selbstbewertung Gefühlszustände wie Wohlfühlen, Wertvollfühlen, Zufriedenheit, Fröhlichkeit und geringe Versagensängsten impliziert (weitere Informationen siehe Schauder, 2011, S. 12 ff.).

Der FKK basiert auf dem in Kapitel 2.3.2 erläuterten handlungstheoretischen Partialmodell der Persönlichkeit von Krampen. Im Unterschied zu Rotter geht Krampen nicht von der Eindimensionalität und Bipolarität mit den Extremen Internalität und Externalität aus, sondern spricht von der Multidimensionalität des Konstruktes. Krampen geht von drei Aspekten generalisierter Kontrollüberzeugungen aus: Internalität, sozial bedingte Externalität und fatalistische Externalität. Zusätzlich, als ein weiterer Aspekt handlungstheoretischer Persönlichkeitsvariablen, wird das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten erfasst. Ziel des Fragebogens ist somit die Erfassung von Kompetenz- und Kontingenzerwartungen, die über verschiedene Handlungsklassen, sowie Handlungs- und Lebenssituationen generalisiert sind. Die Skalen beziehen sich folglich auf die dritte Ebene des Modells nach Krampen (siehe Abbildung 2) und umfassen zeitlich und situativ relativ stabile selbstbezogene Kognitionen einer Person (weitere Informationen siehe Krampen, 1991, S. 19 ff.).

Auf Grundlage dieser Fragebögen wurde für die Arbeit ein eigener entwickelt (siehe Anhang). Bei der Konstruktion des Fragebogens wurden nicht alle Items der bestehenden Fragebögen genutzt. Es wurden einige ausgelassen. Der Fragebogen für diese Arbeit besteht aus insgesamt 50 Items, wobei die Items 1 bis 30 auf der ALS und die Items 31 bis 50 auf dem FKK beruhen. Bei der Konstruktion wurde darauf geachtet, dass alle Themen beibehalten und nur Fragen herausgenommen wurden, die sich auf bereits erfragte Themen bezogen. Beispielsweise wurde zum Thema Beliebtheit nur die Aussage „Mein Kind empfindet, dass er/sie besonders beliebt bei Freunden ist“ getätigt und nicht noch zusätzlich die Aussage „Mein Kind empfindet, dass seine/ihre Freunde ihn/sie nicht besonders hübsch finden“. Diese Vorgehensweise erwies sich als notwendig, da der Fragebogen ansonsten deutlich länger geworden und dadurch das Risiko von Abbrüchen gestiegen wäre. Hinzukommt, dass die Items umformuliert werden mussten, da diese im Original in der Ich-Perspektive verfasst sind. Für die hier vorliegende Untersuchung wurden diese in die Perspektive der dritten Person umformuliert (Bsp.: „Mein Kind wird von Klassenkameraden oder Lehrkräften ausgelacht“ anstatt „Ich glaube, dass meine Klassenkameraden oder Lehrer mich schon mal auslachen“). Die Zustimmung wurde auf einer unipolaren verbalen Ratingskala (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 245 f.) erfasst. Die Antwortkategorien umfassten die folgende vier Stufen: „Stimmt überhaupt nicht“, „Stimmt eher nicht“, „Stimmt eher“ und „Stimmt vollkommen“. Zusätzlich wurde zu Beginn des Fragebogens eine genaue Instruktion formuliert. Diese beinhaltet, wie der Fragebogen auszufüllen ist, welches an einem Beispiel erläutert wird. Weiterhin wurden am Ende des Fragebogens demographische Angaben in Form von 15 Items erfasst. Diese bezogen sich zunächst

auf das Kind, wobei erst Fragen zur AD(H)S-Diagnose gestellt wurden, und anschließend auf das Eltern- teil. Bei der Formulierung wurde sich an den „Demographischen Standards“ des Statistischen Bundes- amtes orientiert (vgl. Statistisches Bundesamt, 2016).

3.3. Stichprobe

Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte über unterschiedliche Wege. Um die Verzerrung der Stich- probe möglichst zu verkleinern (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 296), wurde die Online-Umfrage sowohl über Online-Plattformen (ADHS Deutschland e.V., Facebook) als auch in Form von Hinweisen auf Hand- zetteln in diversen Reha-Kliniken, kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen und Selbsthilfegruppen verbreitet. Der Handzettel befindet sich zur Einsicht im Anhang. Dennoch handelt es sich bei der Stich- probe eher um eine Gelegenheitsstichprobe (Blanz, 2015, S. 87), da ein Internetzugang und ein inter- netfähiges Endgerät Voraussetzung für die Teilnahme waren. Zudem basiert die Teilnahme auf Freiwil- ligkeit, was dazu führt, dass die Untersuchungsteilnehmer/-innen typischerweise bestimmte Merk- male aufweisen (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 71 ff.). Beispielsweise sind auch in dieser Studie die meis- ten Teilnehmenden weiblich. Hier ist zu betonen, dass aufgrund der gezogenen, nicht-probabilisti- schen Stichprobe keine Rückschlüsse auf die Population zulässig sind. Die Teilnehmenden wurden über die Rahmenbedingungen, wie u.a. die Freiwilligkeit und Anonymität, zu Beginn des Fragebogens infor- miert.

Die Stichprobe in der vorliegenden Studie umfasst insgesamt $N = 46$ befragte Eltern. Diese waren größ- tenteils weiblich (41 Frauen und 5 Männer). Zudem war die überwiegende Mehrheit (62%) verheiratet/ lebte in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft und wohnte zusammen mit dem Partner oder der Partnerin in einem Haushalt. Des Weiteren besaßen die meisten Befragten eine Allgemeine oder Fach- gebundene Hochschulreife (46%) oder einen Mittleren Abschluss/Realschulabschluss (28%).

Die Experimentalgruppe umfasste insgesamt die Aussagen über $n = 34$ Kinder und teilte sich in 29 Jungen und 5 Mädchen auf. Das durchschnittliche Alter in dieser Gruppe lag bei 11 Jahren ($M = 11.00$, $SD = 2.40$). Weiterhin erhielten 18 Kinder die Diagnose "Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstö- rung" (F90.0). Hierauf folgte die "Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens" (F90.1), welche bei 10 Kindern diagnostiziert wurde. Die Diagnose "Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität mit Beginn in der Kindheit und Jugend" (F98.8) war bei lediglich 5 Kindern vorhanden, die "Sonstige hyperkine- tische Störung" (F90.8) gar nicht (s. Tabelle 1). In einem Fall konnte keine eindeutige Zuordnung getrof- fen werden, da die Befragte angab, dass eine „Konzentrationsschwäche und leichte Impulsschwäche“ diagnostiziert worden sei. Weiterhin lag das durchschnittliche Alter, als die Betroffenen diese Diagnose erhielten, bei 7.5 Jahren ($SD = 1.64$). In allen Fällen wurden die Symptome genauer beschrieben. Wie sich auch in den Diagnosen widerspiegelt, zeigten die Kinder häufig alle drei Kernsymptome (18

Kinder). Hierauf folgten 9 Kinder, die vorwiegend Symptome im Bereich Unaufmerksamkeit zeigten und 7 Kinder mit einer vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Symptomatik. Acht Kinder erhielten zudem, neben einer AD(H)S-, weitere Diagnosen. Dies waren zum Teil affektive Störungen wie Depression oder affektive Dysregulation. Die andere Hälfte der Kinder hatte hingegen Schwierigkeiten beim Lernen und erhielt Diagnosen wie Lernbehinderung, Lernschwäche, Dyskalkulie und Legasthenie. Des Weiteren besuchten die meisten Kinder der Experimentalgruppe eine Grundschule (29%), gefolgt von Gesamtschulen/Sekundarschulen etc. (27%). Zudem waren die Kinder dieser Gruppe überwiegend deutscher Herkunft. Lediglich einige wenige hatten eine österreichische oder andere Staatsangehörigkeit. Die genannten Werte sind in Tabellen 1 und 2 zusammengefasst.

Tabelle 1
Beschreibung der Experimentalgruppe bezogen auf die AD(H)S-Diagnose

	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit in %
Gruppengröße (n)	34	100
<i>ICD 10-Code</i>		
F90.0	18	52.9
F90.1	10	29.4
F90.8	0	-
F98.8	5	14.7
Andere	1	2.9
<i>Beschreibung der Symptomatik anhand des DSM-5</i>		
Mischtypus	18	52.9
Vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ	9	26.5
Vorwiegend unaufmerksamer Typ	7	20.6
<i>Therapie</i>		
Ja	25	73.5
Nein	9	26.5

Anmerkungen. Die Tabelle zeigt die Daten der Experimentalgruppe, die zur näheren Beschreibung der AHDS-Diagnose dienen. Für die Kontrollgruppe wurden diese nicht erfasst. Die Angaben sind in absoluten und relativen Häufigkeiten.

Die Kontrollgruppe umfasste 12 Kinder, wobei 9 männlich und 3 weiblich waren. Bei einem Vergleich der beiden Gruppen wies die Kontrollgruppe ($M = 12.92$, $SD = 3.18$) ein höheres Durchschnittsalter auf als die Experimentalgruppe. Außerdem wurde bei einem Kind eine depressive Störung diagnostiziert. Weiterhin besuchten die meisten Kinder der Kontrollgruppe ein Gymnasium (33%) oder eine Grundschule (33%) und waren zudem alle deutsch.

Zur besseren Übersicht der beiden Gruppen sind die zuvor genannten Werte in Tabelle 2 zusammengefasst.

Tabelle 2

Stichprobenbeschreibung: Vergleich beider Gruppen

	Experimentalgruppe	Kontrollgruppe	Gesamt
Gruppengröße	34	12	46
<i>Alter</i>			
Mittelwert	11.00	12.92	11.50
Standardabweichung	2.40	3.18	2.72
Spannweite	8-16	9-17	8-17
<i>Geschlecht</i>			
weiblich	5	3	8
männlich	29	9	38
<i>Alter bei der Diagnose</i>			
Mittelwert	7.50	-	-
Standardabweichung	1.64	-	-
Spannweite	5-12	-	-
<i>Weitere/andere psychiatrische Diagnose</i>			
Ja	8	1	9
Nein	26	11	37
<i>Besuchte Schulform</i>			
Grundschule	10	4	14
Förderschule	4	0	4
Hauptschule	2	0	2
Realschule	2	0	2
Gesamt-/Sekundar-/			
Regelschule	9	3	12
Gymnasium	4	4	8
Andere	3	1	4

Anmerkungen. Die Tabelle zeigt die Daten der Experimental- und der Kontrollgruppe im Vergleich. Die Angaben sind in absoluten Häufigkeiten. Ein Gedankenstrich stellt die Werte dar, welche nicht für die Kontrollgruppe erhoben werden konnten, da bei diesen keine AD(H)S diagnostiziert wurde.

3.4. Durchführung der Befragung

Zur Durchführung der Befragung wurden die Daten, wie bereits erwähnt, auf verschiedene Weisen erhoben. Zunächst erfolgte die Kontaktaufnahme mit den Reha-Kliniken, kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen und Selbsthilfegruppen per E-Mail und teilweise telefonisch. Hierbei wurden Kliniken und Praxen kontaktiert, die Therapien speziell für Angehörige von, bzw. für Kinder und Jugendliche mit der Diagnose AD(H)S anbieten und solche, die Therapien für verschiedene Erkrankungen bieten. Insgesamt meldeten sich acht Einrichtungen mit einer positiven Nachricht zurück. Zudem wurde ein Link zur Umfrage auf die Internetseite von *ADHS Deutschland e.V.* hochgeladen. Weiterführend wurden diverse Facebook-Seiten und -Gruppen für Angehörige und Eltern kontaktiert, von denen drei ihre Unterstützung zusagten. Zusätzlich wurde ein Aufruf in einem Internetforum für Eltern von betroffenen Kindern und Jugendlichen gestartet. Zur Rekrutierung der Kontrollgruppe wurde der Fragebogen zusätzlich über den eigenen Bekanntenkreis verbreitet.

Bevor der Fragebogen zur Beantwortung aktiviert werden konnte, wurde dieser auf der Seite des Anbieters Unipark digitalisiert.

Um den Nachteil der unkontrollierten Erhebungssituation (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 252) zu vermindern, wurde zudem auf der ersten Seite des Fragebogens eine Bitte eingefügt, möglichst jegliche Störungen zu vermeiden und sich genügend Zeit zu nehmen. Weitere steuernde Eingriffe waren aufgrund des Erhebungsdesigns und der Erhebungssituation nicht möglich.

Des Weiteren wurde versucht die Bereitschaft zur freiwilligen Teilnahme zu steigern (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 74), indem eine kurze Vorstellung der eigenen Person bei der Kontaktaufnahme erfolgte. Dies geschah entweder durch den telefonischen Kontakt zu den Personen, die den Fragebogen verteilten (z.B. der Gruppenleiter einer Selbsthilfegruppe, eine behandelnde Psychiaterin) sowie einen Vermerk auf den Handzetteln oder durch einleitende Worte bevor der Link gepostet wurde.

Die Datenerhebung erfolgte in dem Zeitraum von Oktober bis November 2020.

3.5. Datenauswertung

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mithilfe von SPSS Statistics Version 27 von IBM. Um eine Mediatoranalyse durchzuführen, wurde zusätzlich das PROCESS Makro Version 3.5 von Hayes (2018) genutzt.

Zur Auswertung der Daten wurde die, im Fragebogen verwendete, vierstufige Ratingskala als Intervallskala interpretiert. Argumentationen für und gegen ein solches Vorgehen lassen sich u.a. bei Döring und Bortz (2016, S. 250 f.) oder Lantermann (1976) finden. Diese Interpretation rechtfertigt die Berechnung von Mittelwerten und anderen wichtigen statistischen Maßen, welche nur bei intervallskalierten Daten eingesetzt werden.

Zunächst wurden die Daten deskriptiv ausgewertet. Ziel war es die Stichprobe durch Kennwerte zu beschreiben. Um die beiden Gruppen (Experimental- und Kontrollgruppe) zu kontrastieren, wurden einzelne Merkmale wie Mittelwerte, die Standardabweichung, die Spannweite sowie relative Häufigkeiten berechnet. Die Daten werden durch Tabellen ergänzt (s. Kap. 3.3).

Zur weiteren Analyse der Daten wurden die einzelnen gemessenen Variablen zu Skalen zusammengefasst. Die Items der ALS wurden zu den Skalen der drei *Verhaltensbereiche Schule, Freizeit und Familie* zusammengefasst. Die Grundlage der Dimension des *generalisierten Selbstwertgefühls* bildeten wiederum die Skalen der drei spezifischen Verhaltensbereiche. Des Weiteren ergaben sich aus den Items des FKK die vier Dimensionen: *Internalität, Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, sozial bedingte Externalität* und *fatalistisch bedingte Externalität*. Aus den beiden erstgenannten Primärskalen ergab sich die Sekundärskala *generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen*, aus letzteren die Skala *generalisierte Externalität in Kontrollüberzeugungen*. Aus diesen beiden Sekundärskalen kann zudem eine

Tertiärskala gebildet werden, welche die Dimension *generalisierte Internalität versus Externalität in Kontrollüberzeugungen* abbildet. Diese ist jedoch konzeptuell unscharf (vgl. Krampen, 1991, S.20 f.) und wurde daher nicht zur weiteren Analyse verwendet. Eine Übersicht stellt Tabelle 3 dar.

Tabelle 3
Übersicht über die verwendeten Skalen

	ALS	FKK
<i>Primärskalen</i>	Verhaltensbereich Schule Verhaltensbereich Freizeit Verhaltensbereich Familie	Internalität * Selbstkonzept eigener Fähigkeiten * Sozial bedingte Externalität ** Fatalistisch bedingte Externalität **
<i>Sekundärskalen</i>	Generalisiertes Selbstwertgefühl	Generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen Generalisierte Externalität in Kontrollüberzeugungen
<i>Tertiärskalen</i>	-	Generalisierte Internalität versus Externalität in Kontrollüberzeugungen

Anmerkungen. Die Tabelle zeigt eine Übersicht über die einzelnen Skalen der Aussagen-Liste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche (ALS) von Schauder (2011) und des Fragebogens zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen von Krampen (1991). Die Skalen mit * bilden die Skala *generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen*, die Skalen mit ** bilden die Skala *generalisierte Externalität*.

Zur Überprüfung der Testgütekriterien wurde die Reliabilität der Skalen untersucht. Hierzu wurde die interne Konsistenz für alle Skalen mithilfe von Cronbachs Alpha geprüft. Auf Grundlage dessen wurde entschieden, welche Skalen zur weiteren Prüfung der Hypothesen herangezogen wurden.

Im Rahmen der explorativen Datenanalyse wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test durchgeführt, um die Daten auf Normalverteilung zu untersuchen. Die Normalverteilung konnte bei fünf Skalen nachgewiesen werden. Jedoch zeigte sich bei den Skalen *Verhaltensbereich Familie* und *generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen* eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung, $p < .05$. Da eine Normalverteilung der Daten nicht in allen Skalen gegeben war und zwei unabhängige Stichproben untersucht werden sollten, wurde der Mann-Whitney-U-Test zur weiteren Analyse verwendet. Träfe die in Kapitel 2.5 aufgestellten Hypothese zu, müsste es signifikante Unterschiede zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe in allen untersuchten Bereichen geben. Zur Einschätzung der Effektstärke wurde Pearsons Korrelationskoeffizient nach Cohen (1992, S. 156 f.) interpretiert.

Ausgehend von einer Rangkorrelation nach Spearman wurde anschließend eine einfache lineare Regression zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen dem Selbstwertgefühl und den Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen durchgeführt. Träfe die dritte Hypothese zu, müsste eine Korrelation zwischen beiden Variablen bestehen. Außerdem müsste das Regressionsmodell insgesamt signifikant sein und ein positives Vorzeichen tragen, da die Regression von den Selbstwirksamkeitsüberzeugungen auf das Selbstwertgefühl untersucht wird.

Weiterhin wurde zur Überprüfung der vierten Hypothese und somit des Zusammenhangs zwischen einer AD(H)S-Diagnose, dem Selbstwertgefühl sowie Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen eine Mediatoranalyse durchgeführt. Diese wurde mithilfe des PROCESS Makro von Hayes (2018) realisiert. In dem Modell bildete eine vorliegende AD(H)S-Diagnose die unabhängige Variable (X), das generalisierte Selbstwertgefühl die Mediatorvariable (M) und schließlich die generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen die abhängige Variable (Y). Hypothesengemäß müsste der indirekte Effekt (ab) signifikant sein. Hayes (2013, S. 166 ff.) argumentiert, dass nur dieser, nicht jedoch die direkten Effekte (a, b, c') und der totale Effekt (c) signifikant sein müssen, um von Mediation zu sprechen. Somit widerspricht er Baron und Kennys Annahmen. Nach seiner Erklärung „[is] a single inferential test of the indirect effect ... all that is needed“. Darüber hinaus müsste sich die Varianzaufklärung durch die Hinzunahme der Variable X und der somit gesteigerten Komplexität erhöhen. Zum besseren Verständnis eines Mediationsmodells siehe Abbildung 3.

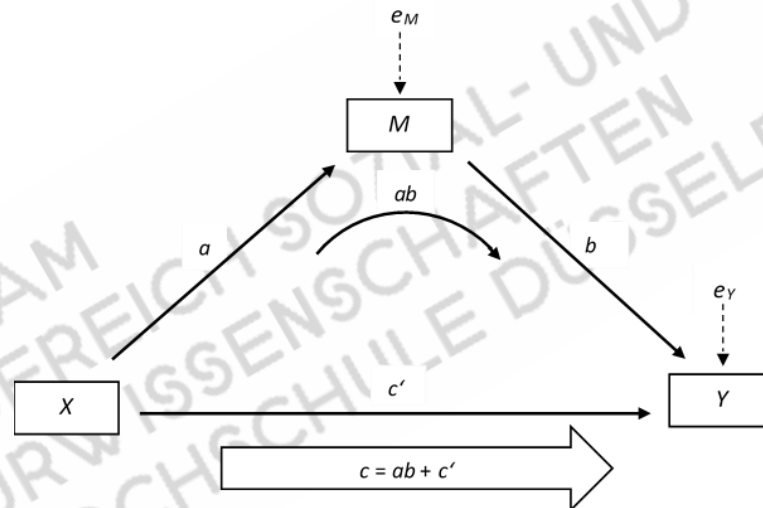


Abbildung 3. Statistisches Diagramm eines einfachen Mediationsmodells. Eigene Bearbeitung nach Hayes, 2013, S. 91 und Blanz, 2015, S. 199.

4. Darstellung der Ergebnisse

Insgesamt konnten sechs Versuchspersonen nicht in die Auswertung mit einbezogen werden. In einem Fall konnte nicht eindeutig ermittelt werden, ob bei einem Kind eine Diagnose vorlag. Die Befragte gab zwar an, dass ihr Kind eine AD(H)S-Diagnose habe, jedoch benannte sie diese mit „Asperger“. Somit konnte nicht festgestellt werden, ob das betroffene Kind nur die Diagnose AD(H)S oder die Diagnosen AD(H)S und Asperger erhielt. Ferner wurden zwei Fragebögen nicht miteinbezogen, da diese keine Antworten enthielten. Zudem wurde ein Fragebogen nicht genügend ausgefüllt. Es fehlten insgesamt zehn Items zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen. Krampen (1991, S. 24) empfiehlt die

Verwendung von Ersatzwerten bei bis zu vier fehlenden Antworten. Somit wurde dieser Wert überschritten und der Fragebogen von der Auswertung ausgeschlossen. Weiterhin wurden zwei weitere Personen ausgeschlossen. Diese gaben an, dass bei ihren Kindern noch keine AD(H)S-Diagnose vorliege, da dies derzeit von einem Facharzt oder Psychotherapeuten überprüft werde. Somit konnten diese Kinder weder der Experimental- noch der Kontrollgruppe eindeutig zugeordnet werden.

Die Einschätzung der psychometrischen Eigenschaften der verwendeten Skalen erfolgte anhand der internen Konsistenz der einzelnen Skalen und der Gesamtskalen. Die drei Skalen zu den drei *Verhaltensbereichen Schule, Freizeit und Familie* wiesen jeweils eine hohe Reliabilität (Blanz, 2015, S. 256) auf, mit $\alpha = .88$ für den Bereich Schule, $\alpha = .88$ für den Bereich Freizeit und $\alpha = .90$ für den Bereich Familie. Eine Zusammenfassung der drei Lebensbereiche zu der Dimension *generalisiertes Selbstwertgefühl* wies ebenfalls eine gute Reliabilität mit $\alpha = .83$ auf. Des Weiteren wurde die interne Konsistenz der Primärskalen *Internalität, Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, sozial bedingte Externalität und fatalistisch bedingte Externalität* überprüft. Diese wiesen nicht alle eine zufriedenstellende Reliabilität auf. Die Skalen wurden jeweils auf vier Items reduziert, da durch die Reduktion von fünf auf vier Items die Reliabilität bei allen erhöht werden konnte. Eine weitere Reduktion der Items, mit dem Ziel die Reliabilität weiter zu erhöhen, wurde nicht vorgenommen, da dies die inhaltliche Aussagekraft zu stark eingeschränkt hätte. Für die interne Konsistenz konnte somit ein Reliabilitätskoeffizient von $\alpha = .51$ für *Internalität*, $\alpha = .81$ für das *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten*, $\alpha = .63$ für *soziale Externalität* und $\alpha = .75$ für *fatalistische Externalität* berichtet werden. Eine Zusammenfassung der erstgenannten Skalen zu der Sekundärskala *generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen* und der letztgenannten zur Dimension *generalisierte Externalität in Kontrollüberzeugungen* ergab eine akzeptable bis gute Reliabilität von $\alpha = .81$ und $\alpha = .75$. Eine Verwendung dieser wird angesichts der erweiterten Möglichkeiten von Krampen (1991, S. 20 f.) als annehmbar erachtet, wohingegen die Bildung einer Tertiärskala nicht empfohlen wird. Aufgrund dessen wurde die weitere Analyse mit den gebildeten Sekundärskalen fortgesetzt.

Bevor der Mann-Whitney-U-Test berechnet wurde, um die Unterschiede zu untersuchen, wurde die Verteilung der Daten geprüft. Die Verteilungen der beiden Gruppen unterschieden sich in keinem der untersuchten Bereiche oder Dimensionen voneinander, Kolmogorov-Smirnov $p > .05$. Bei der Unterscheidung des Selbstwertgefühls und der Kontrollüberzeugungen zwischen den beiden Gruppen, zeigte die Kontrollgruppe ($n = 12$) in fast allen Bereichen signifikant höhere Werte als die Experimentalgruppe ($n = 34$).

Die erste, in Kapitel 2.5 aufgestellte Hypothese lautet, dass Kinder und Jugendliche mit einer AD(H)S-Diagnose ein negativeres Selbstwertgefühl besitzen als nicht-betroffene Kinder und Jugendliche. In den Lebensbereichen Schule und Freizeit trifft dies zu. Die Kinder mit der Diagnose AD(H)S wiesen hier

signifikant niedrigere Werte auf. Niedrigere Werte bedeuten ein negativeres Selbstwertgefühl. Der Mann-Whitney-U-Test ergab einen signifikanten Unterschied der Mediane im Verhaltensbereich Schule zwischen den Kindern und Jugendlichen mit Diagnose (Mdn = 22) und ohne Diagnose (Mdn = 28), $U = 79.00$, $Z = -3.134$, $p < .01$, $r = -.462$. Ebenso wiesen die Kinder mit der Diagnose AD(H)S im Verhaltensbereich Freizeit einen signifikant niedrigeren Median (Mdn = 26) als die Nicht-Betroffenen (Mdn = 31.5) auf, $U = 106.00$, $Z = -2.456$, $p < .05$, $r = -.362$. Bei beiden Unterschieden handelte es sich nach Cohen (1992, S. 156 f.) um moderate Effekte. Lediglich im Verhaltensbereich Familie gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe, $U = 137.00$, $Z = -1.683$, $p = .092$. Bei Betrachtung des generalisierten Selbstwertgefühls durch Addition der drei Bereiche, ergab sich wiederum ein signifikanter Unterschied der Mediane zwischen der Experimentalgruppe (Mdn = 75) und der Kontrollgruppe (Mdn = 92.5), $U = 94.00$, $Z = -2.754$, $p < .01$, $r = -.406$. Auch hier war die Effektstärke moderat.

Weiterhin wurden die beiden Gruppen hinsichtlich der Unterschiede in ihren Kontrollüberzeugungen untersucht. Die These besagt, dass Kinder und Jugendliche mit einer AD(H)S-Diagnose höhere externe und geringere interne Kontrollüberzeugungen aufweisen. Auch hier wiesen die Kinder und Jugendlichen mit der Diagnose AD(H)S in allen Bereichen signifikant niedrigere Werte auf. Zum einen gab es einen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen zwischen den Kindern der Experimentalgruppe (Mdn = 17.5) und den Kindern der Kontrollgruppe (Mdn = 23), $U = 63.00$, $Z = -3.548$, $p < .001$, $r = -.523$. Der Effekt erwies sich nach Cohen (ebd.) als stark. Ebenfalls zeigte der U-Test einen signifikanten Unterschied der Mediane zwischen der generalisierten Externalität in Kontrollüberzeugungen. Wie auch bei der Dimension Selbstwirksamkeitsüberzeugungen bedeuten niedrige Werte eine schwache Ausprägung. Die Werte der Kinder mit einer Diagnose (Mdn = 21) waren signifikant größer als die der Kinder ohne Diagnose (Mdn = 16.5), $U = 91.00$, $Z = -2.838$, $p < .01$, $r = -.418$. Der Effekt war hier somit ebenfalls moderat.

Des Weiteren besagt die erste These bezüglich des Zusammenhangs zwischen dem Selbstwertgefühl und den Kontrollüberzeugungen zunächst, dass ein solcher überhaupt besteht. Weiterhin wurde formuliert, dass die internalen Kontrollüberzeugungen umso höher sind, je positiver das Selbstwertgefühl ist. In den nun folgenden Zusammenhangsanalysen wurden zur Untersuchung der Kontrollüberzeugungen die Sekundärskala *generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen* verwendet und nicht die Dimension *generalisierte Externalität*.

Zur Überprüfung, ob ein Zusammenhang zwischen dem Selbstwertgefühl und den Kontrollüberzeugungen besteht, wurde eine Rangkorrelation nach Spearman berechnet. Das Selbstwertgefühl korrelierte signifikant mit den generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, $r = .631$, $p < .001$. Hierbei handelte es sich nach Cohen (1992) um einen starken Effekt.

Zur weiteren Untersuchung des Zusammenhangs wurde eine einfache lineare Regressionsanalyse berechnet, wobei das Selbstwertgefühl als Prädiktor und die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen als Kriterium angenommen wurden. Die Voraussetzung der Linearität und der Homoskedastizität wurde grafisch anhand von Streudiagrammen überprüft. Die Betrachtung der Diagramme ergab, dass beide Voraussetzungen annähernd gegeben waren. Der Breusch-Pagan-Test unterstützte zusätzlich die Annahme der Homoskedastizität. Eine Normalverteilung der Residuen lag ebenfalls vor. Zudem wurde aufgrund des Versuchsdesigns von einer Unabhängigkeit der Residuen ausgegangen, eine grafische Analyse bestätigte dies zusätzlich. Die durchgeführte Regressionsanalyse ergab, dass das Selbstwertgefühl einen Einfluss auf die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen hat, $F(1, 44) = 25.884$, $p < .001$. Durch eine Steigerung des Selbstwertgefühls erhöhten sich auch die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Für den Anteil aufgeklärter Kriteriumsvarianz der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen durch das Selbstwertgefühl lieferte das R^2 die Schätzung .370, bzw. das korrigierte R^2 die Schätzung .356.

Die letzte Hypothese besagt, dass der Effekt einer AD(H)S-Diagnose auf die Kontrollüberzeugungen durch das Selbstwertgefühl mediiert wird. Nach Hayes Überzeugung müsste demnach ein signifikanter indirekter Effekt von einer AD(H)S-Diagnose auf die Kontrollüberzeugungen vorliegen.

Um den Zusammenhang zwischen einer AD(H)S-Diagnose und Kontrollüberzeugungen zu überprüfen, und ob dieser Pfad durch das Selbstwertgefühl mediiert wird, wurde eine Mediatoranalyse berechnet. Diese wurde mit dem PROCESS Makro von Hayes (2018) durchgeführt, welches Regression mithilfe der Methode der kleinsten Quadrate durchführt. Der Analyse zugrunde lag ein einfaches Mediationsmodell (siehe Abbildung 3).

Die Voraussetzung der Normalverteilung der Residuen wurde grafisch anhand eines Histogramms und mittels Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft. Diese lag knapp vor, $p = .054$. Zur Beurteilung der Homoskedastizität der Residuen wurde, wie auch bei der linearen Regression, ein Streudiagramm und der Breusch-Pagan-Test angewandt. Es konnte Homoskedastizität der Residuen festgestellt werden. Des Weiteren wurde aufgrund des Versuchsdesigns von der Unabhängigkeit der Residuen ausgegangen. Es wurde zudem ein Percentile Bootstrap-Konfidenzintervall, welches auf 10 000 Bootstrap-Stichproben basiert, eingesetzt, um eine Aussage über die Signifikanz des indirekten Effektes treffen zu können. Dieser wurde als signifikant erachtet, wenn das Konfidenzintervall Null nicht enthält.

Ausgehend von der Mediatoranalyse, beeinflusste eine AD(H)S-Diagnose indirekt die generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen durch ihre Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl. Wie in Tabelle 4 und Abbildung 4 zu erkennen ist, hatten Kinder und Jugendliche mit einer AD(H)S-Diagnose ein geringeres Selbstbewusstsein als Kinder und Jugendliche ohne AD(H)S ($a = -13.265$). Gleichzeitig hatten Kinder und Jugendliche mit einem eher positiven Selbstwertgefühl auch höhere generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen ($b = 0.131$). Auch der indirekte Effekt von einer AD(H)S-Diagnose auf die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen durch das Selbstwertgefühl war signifikant, $ab = -1.741$, 95% KI

[-3.316, -0.548]. Zudem gab es ebenfalls einen signifikanten direkten Effekt ($c' = -3.073$) von einer AD(H)S-Diagnose auf die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, unabhängig von dem Selbstwertgefühl.

Tabelle 4
Koeffizienten des Mediationsmodelles

Antecedent		Consequent						
		M (Selbstwertgefühl)			Y (Selbstwirksamkeit)			
		Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p	
X (AD(H)S)	<i>a</i>	-13.265	4.727	< .01	<i>c'</i>	-3.073	1.130	< .01
M (Selbstwertgefühl)		-	-	-	<i>b</i>	0.131	0.033	< .001
Constant	<i>i₁</i>	89.500	4.064	< .001	<i>i₂</i>	10.922	3.102	< .001
$R^2 = 0.152$				$R^2 = 0.463$				
$F(1, 44) = 7.876, p < .01$				$F(2, 43) = 18.525, p < .001$				

Anmerkungen. Die Tabelle zeigt das Ergebnis der Mediatoranalyse. Kodierung Diagnose: 0 (keine AD(H)S-Diagnose) bzw. 1 (AD(H)S-Diagnose vorliegend); Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen von 1 (Stimmt überhaupt nicht) bis 4 (Stimmt vollkommen); N = 46. Angabe der unstandardisierten Koeffizienten.

Eigene Bearbeitung in Anlehnung an Hayes, 2013, S. 97.

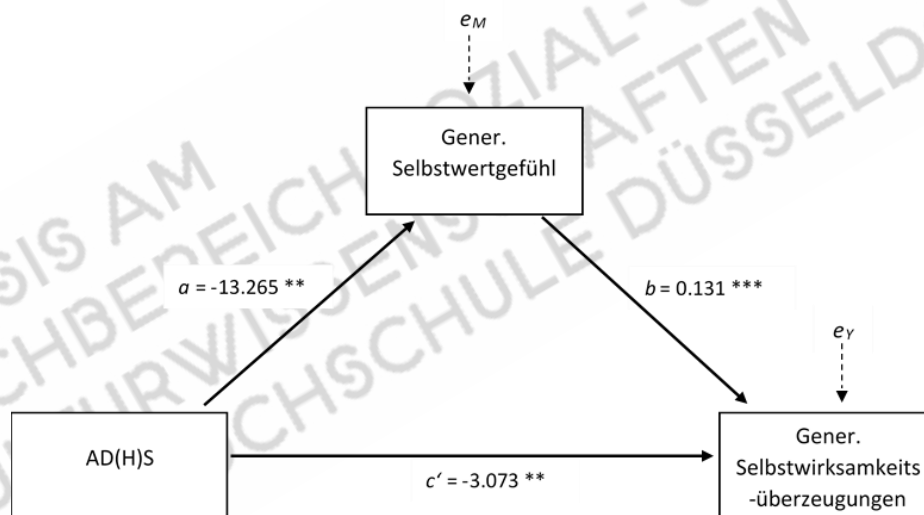


Abbildung 4. Einfaches Mediationsmodell zum vermuteten Einfluss einer AD(H)S-Diagnose in Form eines statistischen Diagramms, unstandardisierte Koeffizienten. Eigene Bearbeitung nach Hayes, 2013, S. 96.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Zur Einschätzung der Effektstärke wurden zusätzlich der indirekte (ab), direkte (c') und totale (c) Effekt in seine partial standardisierte Form gebracht (vgl. Hayes, 2013, S. 184 ff.). Somit waren im Gegensatz zu den Nicht-Betroffenen die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen der Kinder und Jugendlichen mit der Diagnose AD(H)S durchschnittlich 0.421 Standardabweichungen ($abps$) niedriger in Folge des indirekten Effektes durch das Selbstwertgefühl. Unabhängig von diesem indirekten Wirkmechanismus waren die Betroffenen im Durchschnitt 0.744 Standardabweichungen ($c'ps$) niedriger in ihren Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Beide Effekte zusammen ergaben den totalen Effekt von einer AD(H)S-Diagnose

auf die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Folglich war der Mittelwert der Gruppe von Betroffenen 1.165 Standardabweichungen (cps) niedriger als der der Gruppe von Nicht-Betroffenen.

Für den Anteil aufgeklärter Kriteriumsvarianz der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen durch eine AD(H)S-Diagnose und das Selbstwertgefühl lieferte das R² die Schätzung .463.

5. Diskussion

Ziel der Arbeit war es, herauszufinden, ob eine AD(H)S-Diagnose Auswirkungen auf das Selbst von Kindern und Jugendlichen hat. Hierzu wurden das Selbstwertgefühl und die Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen untersucht. Die theoretische Ausarbeitung der Konstrukte ließ darauf schließen, dass Kinder und Jugendliche, bei denen eine AD(H)S diagnostiziert wurde, ein negativeres Selbstwertgefühl und höhere externale Kontrollüberzeugungen haben.

In dem nun folgenden Kapitel soll zunächst auf die Befunde zum Intergruppenvergleich und im Anschluss auf die Befunde der Analyse des Zusammenhangs eingegangen werden. Zudem werden kurz praktische Implikationen für die Zukunft erschlossen. Abschließend sollen die Generalisierbarkeit der Befunde sowie die Aussagekraft der Untersuchung diskutiert werden.

Die Untersuchung der Gruppenunterschiede zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe ergaben signifikante Unterschiede in fast allen untersuchten Bereichen. Sowohl in den Verhaltensbereichen Schule und Freizeit als auch bei dem generalisierten Selbstwertgefühl wiesen Kinder und Jugendliche mit einer diagnostizierten AD(H)S ein negativeres Bild als andere auf. Hierbei ist außerdem zu beobachten, dass beide Gruppen niedrigere Werte im Verhaltensbereich Schule im Vergleich zum Verhaltensbereich Freizeit aufwiesen. Lediglich im Verhaltensbereich Familie unterschieden sich beide Gruppen nicht signifikant voneinander. Eine mögliche Begründung für diese Befunde ist, dass die Kinder und Jugendlichen vor allem in der Schule und teilweise auch in der Freizeit mit anderen verglichen werden, bzw. sich selbst mit Gleichaltrigen vergleichen. Gerade in der Schule stechen auffälliges Verhalten und schlechte schulische Leistungen negativ heraus. Möglicherweise fällt dieser Vergleich innerhalb der Familie weg und die Betroffenen werden/fühlen sich mehr akzeptiert.

Ebenfalls signifikante Unterschiede ergab die Untersuchung der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen. Kinder und Jugendliche mit einer AHDS-Diagnose zeigten niedrigere Selbstwirksamkeitsüberzeugungen als Kinder und Jugendliche ohne Diagnose. Wie zu erwarten, ergab sich bei der generalisierten Externalität in Kontrollüberzeugungen ein umgekehrtes Bild. Hier erreichten die Betroffenen höhere Werte als die Nicht-Betroffenen. Beide Unterschiede erwiesen sich als signifikant. Somit konnte auch hier die These bestätigt werden, dass betroffene Kinder und Jugendliche höhere externale Kontrollüberzeugungen aufweisen und die internalen Kontrollüberzeugungen geringer ausgeprägt

sind im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne Diagnose. Hier sollte jedoch auch die normative Bedeutung generalisierter Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen bedacht werden. Krampen (1991, S. 26 f.) weist darauf hin, dass oftmals impliziert wird, dass hohe Ausprägungen des Selbstkonzeptes und der Internalität (zusammengefasst der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen) positiv zu bewerten sind. Diese vorgenommene Wertung sollte jedoch reflektiert werden. Auch sehr hohe Ausprägungen der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen können ebenso ungünstig sein, wie sehr hohe Ausprägungen der Externalität. Es sollte daher immer die aktuelle Lebenssituation der Person, ebenso Handlungs- und Lebensziele sowie ihr objektiv zur Verfügung stehende Handlungs- und Einflussmöglichkeiten bei der Interpretation miteinbezogen werden.

Weiterhin wurde der Zusammenhang zwischen dem Selbstwertgefühl und den Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen geprüft. Das Ergebnis der Analyse zeigte, dass das Selbstwertgefühl einen Einfluss auf die Kontrollüberzeugungen hatte. Ein positiveres Selbstwertgefühl führte zu höheren Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, bzw. zu höheren internalen Kontrollüberzeugungen. Die Varianzaufklärung lag bei .370. Folglich wurden etwa 37% der Streuung der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen durch das Selbstwertgefühl erklärt. In einem weiteren Schritt wurde das Vorhandensein einer AD(H)S-Diagnose in die Analyse einbezogen. Die Untersuchung der drei Merkmale ergab, dass eine AD(H)S-Diagnose das Selbstwertgefühl und die Kontrollüberzeugungen negativ beeinflusst. Hierbei wurde der Effekt einer Diagnose auf die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen durch das Selbstwertgefühl mediiert. Werden die Anteile aufgeklärter Kriteriumsvarianz aus den beiden Analysen miteinander verglichen, ist zu bemerken, dass durch die Hinzunahme der AD(H)S-Diagnose die Varianzaufklärung anstieg. Diese lag bei etwa 46%.

Ferner wurden die partiell standardisierten Effekte des direkten und indirekten Effekts einer Diagnose auf die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen betrachtet. Diese ermöglichen eine bessere Einschätzung der Effektstärke. Von dem Bericht standardisierter Effekte wurde bewusst abgesehen, da diese bei einem dichotomen Prädiktor nicht empfohlen werden (vgl. Hayes, 2013, S. 42 f., 187 f.). Ebenso wurde auf die Unterscheidung zwischen partieller und vollständiger Mediation verzichtet, da dies in der vorliegenden Untersuchung bedeutet hätte:

„When you claim that *M* partially mediates *X*'s effect, you are acknowledging that part of *X*'s effect on *Y* has not been accounted for by *M*. So what is accounting for *X*'s remaining effect as evidenced by a statistically significant direct effect? Something must be, but whatever it is, it isn't in your model. ... But why hypothesize it, and why celebrate when you support a hypothesis of partial mediation?“ (ebd., S. 171 f.).

In Anlehnung an Hayes Postulat für die Vermeidung der Unterscheidung zwischen partieller und vollständiger Mediation kann als Implikation für zukünftige Forschung festgehalten werden, dass dieser

„remaining effect“ weiter untersucht werden sollte. Die Mediatoranalyse konnte nur teilweise aufdecken, weshalb Kinder und Jugendliche mit der Diagnose AD(H)S geringere Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und ebenso ein negativeres Selbstwertgefühl zeigten.

Dennoch weisen sowohl das verwendete Studiendesign als auch die Datenauswertung eine Reihe von methodischen Kompromissen auf, welche die Interpretierbarkeit der Ergebnisse einschränken.

Zunächst sind die Voraussetzungen der Mediatoranalyse zu erwähnen. Eine der Grundvoraussetzungen für die einfache lineare Regression, auf welcher die Mediatoranalyse beruht, ist die Intervallskalierung der beteiligten Variablen (Döring & Bortz, 2016, S. 678). Laut Hayes (2013, S. 40 ff., 39 ff.) ist die Mediatoranalyse jedoch auch mit einer dichotomen Variable, wie sie in der vorliegenden Arbeit vorhanden ist, durchführ- und interpretierbar. Eine Diskussion dieser Kontroverse kann an dieser Stelle jedoch nicht vertieft werden. Dennoch sollen die möglichen Auswirkungen der Skalierung auf die Analyse nicht unerwähnt bleiben.

Bei der Interpretation ist außerdem zu beachten, dass es sich bei den Daten nicht um Selbsteinschätzungen der Kinder und Jugendlichen handelt, sondern um Fremdeinschätzungen durch die Eltern. Somit geben die Befunde nicht die Sicht der Betroffenen auf sich selbst wieder, sondern die Sicht eines Elternteils. Es ist anzunehmen, dass diese Einschätzungen nicht vollständig übereinstimmen. Der Vorteil von Fremdeinschätzungen ist jedoch u.a., dass Selbstauskünfte oft selbstwertstützend ausfallen und dies bei Fremdeinschätzungen nicht vorkommt (Döring & Bortz, 2016, S. 255). Dennoch treten auch bei Fremdeinschätzungen Verzerrungen auf. Denn auch hier sind subjektive Faktoren oder soziale Erwünschtheit von Bedeutung. Trotzdem erschien das Vorgehen in der vorliegenden Studie aufgrund der begrenzten Umsetzungsmöglichkeiten sinnvoll und die Verzerrung als annehmbar. Zudem ist die Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdurteilen in vielen Untersuchungen hoch. Insbesondere steigt das Ausmaß der Übereinstimmung mit zunehmender Vertrautheit zwischen dem Beurteiler und der beurteilten Person und mit der Verfügbarkeit von Informationen an (Stemmler, Hagemann, Amelang & Bartussek, 2011, S. 113 ff.).

Des Weiteren ist die nur teilweise befriedigende Reliabilität der verwendeten Skalen zu nennen. Vor allem die Primärskalen *Internalität* und *soziale Externalität* wiesen nur eine schlechte bis fragwürdige Reliabilität auf. Ein möglicher Grund für die geringe interne Konsistenz der Skalen könnte sein, dass die Items für die vorliegende Arbeit umformuliert werden mussten. Ursprünglich waren diese in der ersten Person formuliert, doch mussten sie aufgrund des Studiendesigns in Aussagen über Dritte geändert werden. Auch wenn versucht wurde, die Formulierungen annähernd beizubehalten, kann die Umformulierung eine mögliche Ursache sein. Zudem mussten einige Items aus dem Original weggelassen werden, da der Fragebogen sonst zu umfangreich geworden wäre und dies zu vermehrten Abbrüchen

hätte führen können. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die Skalen, die in der vorliegenden Untersuchung nur eine geringe Reliabilität aufwiesen, auch in Untersuchungen mit der Originalfassung durchschnittlich die geringsten interne Konsistenzen besaßen (vgl. Krampen, 1991, S. 49). Durch das Weglassen einiger Items und durch die Bildung von zwei Sekundärskalen aus den vier Primärskalen konnte die Reliabilität jedoch erhöht werden. Diese wiesen eine akzeptable bis gute Reliabilität auf.

Ferner ist zu erwähnen, dass die Befunde nur begrenzt verallgemeinerbar sind und somit die externe Validität der Studie eingeschränkt ist. Gründe hierfür sind u.a. die nicht-probabilistische Stichprobe und der Stichprobenumfang. Folglich sind die in der Arbeit entstandenen Erkenntnisse vor allem als Indikator des Bewährungsgrades der hier postulierten Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zu deuten (Döring & Bortz, 2016, S. 301). Neben einer veränderten Stichprobenziehung könnte die externe Validität maßgeblich verbessert werden, indem die Daten zu mehreren Messzeitpunkten erhoben werden. Ebenfalls würde es die externe Validität erhöhen, wenn unterschiedliche Messinstrument für dasselbe Konstrukt verwendet werden (ebd., S. 95, 300 f.). Das Selbstwertgefühl hätte mit einem weiteren Erhebungsinstrument gemessen werden können, wie beispielsweise dem Self-Perception Profile For Children von Susan Harter (2012). Wenn beide Instrumente ähnliche Befunde ergeben, könnte besser sichergestellt werden, dass das untersuchte Konstrukt valide erfasst wird (Döring & Bortz, 2016, S. 95).

Ein weiterer kritischer Punkt, welcher hier diskutiert werden soll, ist die interne Validität. Eine hohe interne Validität liegt vor, wenn eine Veränderung in der abhängigen Variabel eindeutig auf den Einfluss der unabhängigen Variablen zurückzuführen ist. Somit hat die interne Validität Auswirkungen auf die Gültigkeit von Kausalerklärungen, die aus einer Studie abgeleitet werden können (ebd., S. 99). Für die vorliegende Studie bedeutet das, dass die niedrigeren Selbstwirksamkeitsüberzeugungen auf ein negativeres Selbstwertgefühl und beide Effekte wiederum auf eine AD(H)S-Diagnose zurückzuführen sind. Es war aufgrund des Studiendesigns jedoch keine randomisierte Gruppeneinteilung und keine experimentelle Manipulation der Variablen möglich. Dies wird benötigt, um Alternativerklärungen für die gefundenen Effekte auszuschließen und Kausalerklärungen abzuleiten. Folglich ist die kausale Aussagekraft der vorliegenden Studie begrenzt. Mögliche Einflussfaktoren, die bei den gefundenen Effekten bedeutsam sein könnten, sind vor allem das Geschlecht und die Ausprägung der Symptome. Hinweise hierauf lassen sich vor allem in anderen Studien zu ähnlichen Themen finden. Aufgrund mangelnder zeitlicher Ressourcen konnten diese nicht mehr in die Analyse miteinbezogen werden. Zudem ist nicht auszuschließen, dass sich noch weitere Faktoren auf die aufgedeckten Effekte auswirken. Eine Implikation für weitere Studien ist, diese möglichen Faktoren zu kontrollieren, bzw. zu eliminieren, um eindeutigere Aussagen zur Kausalität tätigen zu können und um die interne Validität zu erhöhen. Zusätzlich ist die kausale Aussagekraft eingeschränkt, da nicht eindeutig festgestellt wurde, dass die unabhängige Variable den anderen Variablen zeitlich vorgeordnet ist. Es hätte demnach sichergestellt

werden müssen, dass die AD(H)S-Diagnose zeitlich früher aufgetreten ist als das niedrigere Selbstwertgefühl und die eher externalen Kontrollüberzeugungen. Eine Überprüfung dessen war jedoch nicht möglich. Für die vorliegende Studie wurde dies daher lediglich vermutet.

Die Durchführungsobjektivität kann in der vorliegenden Studie als gegeben betrachtet werden, da die Instruktionen zur Durchführung in schriftlicher Form vorlagen. Der Fragebogen enthielt auf der ersten Seite eine detaillierte Anleitung mit Beispiel. Aufgrund des Formates einer Online-Umfrage wurde die Erhebung unabhängig von einem Testleiter durchgeführt. Auch die Auswertungsobjektivität kann als gegeben beurteilt werden, da die Daten mithilfe einer Auswertungssoftware aufbereitet und ausgewertet wurden.

5.1. Bedeutung für die Soziale Arbeit/Sozialpädagogik

Abschließend sollen nun formuliert werden, welche Bedeutung das Thema für die Soziale Arbeit/Sozialpädagogik hat und welche möglichen Schlüsse aus den Befunden gezogen werden können.

Aus Sicht der Sozialen Arbeit/Sozialpädagogik ist das Thema der Arbeit von Bedeutung, da diese in unterschiedlichen Kontexten mit betroffenen Kindern und Jugendlichen in Kontakt kommt. Dadurch, dass AD(H)S eine der häufigsten Erkrankungen im Kindes und Jugendalter ist, sind die Berührungspunkte zur Sozialen Arbeit vielfältig. Immer dort, wo Kinder und Jugendliche die Adressaten und Adressatinnen von Sozialer Arbeit sind, können solche Berührungspunkte entstehen. Diese Begegnungsorte können u.a. Schulen, Einrichtungen der offenen Kinder- und Jugendarbeit, Beratungsstellen oder stationäre Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sein. Doch auch Angehörige von betroffenen Kindern und Jugendlichen können Adressaten sein. Beispielsweise sind Erziehungsberatungsstellen oder Reha-Kliniken mögliche Anlaufstellen für Eltern und somit Möglichkeiten, bei denen Sozialarbeiter/-innen mit dem Thema AD(H)S in Verbindung kommen.

Durch diese vielfältigen Berührungspunkte stellt sich die Frage, mit welchen Konzepten wir, die in der Sozialen Arbeit Tätigen, auf die Problematik eines negativeren Selbstwertgefühls und höherer externaler Kontrollüberzeugungen reagieren können.

Ein Möglichkeit der Sozialen Arbeit, welche bereits weit verbreitet ist, ist das Empowerment-Konzept. Dieses kann unterschiedlich definiert werden. Wird der lebensweltbezogenen Definition von Empowerment gefolgt, geht es um eine „gelingende Mikropolitik des Alltags“ (Herriger, 2020, S. 15). Dies beinhaltet die Stärkung und Erweiterung der Selbstverfügungskräfte des Individuums und das Vertrauen in die eigenen Stärken trotz problematischer Bedingungen und Lebenssituationen. Ziel sollte es sein, durch „Erfahrungen von Selbstwert und aktiver Gestaltungskraft, von Ermutigung und sozialer Anerkennung“ (ebd., S. 21) weitere Prozesse der Stärkung der Eigenmacht anzuregen. Professionell Handelnde können bei solchen Prozessen unterstützen. Die Umsetzungen dessen ist allen voran ein

Perspektivwechsel - von dem Blick auf Defizite und Schwächen hin zu Stärken und Ressourcen. Trotz der Bekenntnisse und der Versuche in der Sozialen Arbeit diesen Wechsel zu vollziehen, ist der Berufsalltag häufig von der Defizit-Perspektive geprägt (ebd., S. 15 ff., 74 ff.). Gerade bei Kindern und Jugendlichen, welche durch externalisierende Auffälligkeiten auf sich aufmerksam machen, kann der Blick auf Stärken und Ressourcen schwerfallen. Doch sind besonders Kinder und Jugendliche mit der Diagnose AD(H)S meist ausgesprochen kreativ und haben ein hohes Bedürfnis nach Harmonie. Zudem sind sie oft spontan und haben viel Freude an Bewegung (Gawrilow, 2016, S. 23). Auf diese Stärken sollte bei der Arbeit mehr geachtet und betroffene Kinder und Jugendliche darin unterstützt werden, ihr Selbstwertgefühl und ihre Selbstwirksamkeitsüberzeugungen zu stärken.

Hierzu gibt es viele praktische Umsetzungsmöglichkeiten. Allerdings kommt es auf den Kontext an, welche Alternativen umsetzbar sind. Beispielsweise können im Rahmen der Schulsozialarbeit oder in Angeboten der offenen Kinder- und Jugendarbeit bewusst Übungen zur Stärkung eingesetzt werden. Ein Beispiel für eine solche Übung ist das *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* von Hinsch und Pfingsten (2015). Hierbei geht es, wie der Name beinhaltet, um die Stärkung sozialer Kompetenzen. Die Autoren verstehen hierunter „die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen für den Handelnden zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen führen“ (ebd., S. 18). Beispiele hierfür sind u.a. auf Kritik zu reagieren, sich zu entschuldigen, Schwächen eingestehen, Gespräche beginnen, aufrechterhalten und beenden, sowie erwünschte Kontakte zu arrangieren oder Gefühle offen zu zeigen. Diese Beispiele sozial kompetenter Verhaltensweisen scheinen gerade bei betroffenen Kindern und Jugendlichen weniger ausgeprägt zu sein. Neben der Verringerung von Interaktionsproblemen, Unsicherheiten und sozialen Ängsten, werden zudem psychosoziale Ressourcen gestärkt. Dies geschieht, indem die Teilnehmenden neue Fertigkeiten zur Bewältigung ihres Alltag erwerben und indem ihr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten steigt, schwierige soziale Situationen bewältigen zu können (ebd., S. 16 ff., 31 ff.).

Es gibt viele solcher Programme, die direkt oder indirekt das Selbstwertgefühl von Kindern und Jugendlichen stärken. Ein weiteres Beispiel hierfür ist das *Erwachsen werden*-Programm (Wilms & Wilms, 2014). Diese und ähnliche Programme können in die praktische Arbeit mit eingebunden werden. Doch auch die Eltern können Adressaten solcher Angebote sein, wie beispielsweise im Kurs *Starke Eltern – Starke Kinder* (2004). Primäres Ziel dieses Kurses ist die Stärkung der Erziehungsfähigkeit der Eltern. Jedoch bezweckt dies auch die Förderung der Selbstständigkeit und die Stärkung des Selbstwertgefühls der Kinder (Honkanen-Schoberth & Jennes-Rosenthal, 2004, S. 68, 91 ff.).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Studie, trotz limitierter Generalisierbarkeit und begrenzter kausaler Aussagekraft, wichtige Hinweise auf die Auswirkungen einer AD(H)S-Diagnose auf

das Selbst von Kindern und Jugendlichen erbracht hat. Hieraus lassen sich Implikationen für die praktische Soziale Arbeit/Sozialpädagogik ableiten, da diese in diversen Settings mit betroffenen Kindern und Jugendlichen oder mitbetroffenen Angehörigen in Berührung kommen kann. Hier ist eine besondere Sensitivität und vor allem der Blick auf die Stärken der Betroffenen gefragt, weniger der Blick auf Defizite und Schwächen.

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Literaturverzeichnis

- Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M., & Romanos, M. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. A current overview. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114, 149-59.
- Barber, S., Grubbs, L., & Cottrell, B. (2005). Self-Perception in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, 20, 235-245.
- Beckmann, J., & Heckhausen, H. (2018). Motivation durch Erwartung und Anreiz. In J. Heckhausen, & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (5. Aufl., S. 119-162). Berlin: Springer.
- BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (Hrsg.) (2020). *ICD-10-GM Version 2021, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification*. Köln. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/> [Zugriff am 30.09.2020].
- Blanz, M. (2015). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit : Grundlagen und Anwendungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozial- und Humanwissenschaftler* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin.
- Brandau, H., & Kaschnitz, W. (2013). *ADHS im Jugendalter. Grundlagen, Interventionen und Perspektiven für Pädagogik, Therapie und Soziale Arbeit* (2. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Carvalho, M., & Pelham, B. W. (2006). When Fiends Become Friends: The Need to Belong and Perceptions of Personal and Group Discrimination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 94–108.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Cooley, C. H. (1922). *Human Nature and the Social Order*. New York: Charles Scribner's Sons.
- DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (2017). *Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie*

"Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter". Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045I_S3_ADHS_2018-06.pdf [Zugriff am 20.10.2020].

Döpfner, M. (2015). Hyperkinetische Störungen. In G. Esser (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen* (5. vollst. überarb. Aufl., S. 104-119). Stuttgart: Georg Thieme.

Döpfner, M., Frölich, J., & Wolff Metternich-Kaizmann, T. (2019). *Ratgeber ADHS. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher zu Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

Döring, N., & Bortz, J. (2016). Datenerhebung. In N. Döring, & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl., S. 321-578). Berlin: Springer.

Eggert, D., Reichenbach, C., & Bode, S. (2003). *Das Selbstkonzept Inventar (SKI) für Kinder im Vorschul- und Grundschulalter. Theorie und Möglichkeiten der Diagnostik*. Dortmund: modernes lernen.

Feser, H. (2000). *Der menschliche Lebenszyklus. Entwicklung des Selbstkonzeptes und des Sozialverhaltens über elf Lebensabschnitte*. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo.

Gawrilow, C. (2016). *Lehrbuch ADHS* (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.

Göbel, K., Baumgarten, F., Kuntz, B., Hölling, H., & Schlack, R. (2018). *ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin.

Harter, S. (2012). *Self-Perception Profile for Children: manual and questionnaires (Grades 3 – 8)*. University of Denver.

Hartung, J. (2010). *Sozialpsychologie* (3. aktual. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis. A Regression-Based Approach*. New York: The Guilford Press.

Hayes, A. F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis. A Regression-Based Approach* (2. Aufl.). New York: The Guilford Press.

Herriger, N. (2020). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (6. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

- Hinsch, R., & Pfungsten, U. (2015). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK. Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Honkanen-Schoberth, P., & Jennes-Rosenthal, L. (2004). *Starke Eltern - Starke Kinder. Elternkurse des Deutschen Kinderschutzbundes. Mehr Freude - weniger Stress mit Kindern! Handbuch für Elternkursleiterinnen und -leiter* (überarb. Aufl.). Berlin: Eigenverlag des Deutschen Kinderschutzbundes (DKSB) Bundesverband e.V.
- Houck, G., Kendall, J., Miller, A., Morrell, P., & Wiebe, G. (2011). Self Concept in Children and Adolescents with ADHD. *Journal of Pediatric Nursing, 26*, 239-247.
- Hoza, B., Pelham, W. E., Milich, R., Pillow, D., & McBride, K. (1993). The Self-Perceptions and Attributions of Attention Deficit Hyperactivity Disordered and Nonreferred Boys. *Journal of Abnormal Child Psychology, 21*, 271-286.
- Kessler, T., & Fritsche, I. (2018). *Sozialpsychologie*. Wiesbaden: Springer.
- Kita, Y., & Inoue, Y. (2017). The Direct/Indirect Association of ADHD/ODD Symptoms with Self-esteem, Self-perception, and Depression in Early Adolescents. *Frontiers in Psychiatry, 8*, 137.
- Kittel-Schneider, S. (2019). Biologische Grundlagen der Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) des Erwachsenenalters. In T. Schnell, & K. Schnell (Hrsg.), *Handbuch Klinische Psychologie* (S. 1-24). Berlin: Springer.
- Krampen, G. (1982). *Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen (Locus of Control)*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1987). *Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie. Konzeptuelle und empirische Beiträge zur Konstrukterhellung*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Lantermann, E. D. (1976). Zum Problem der Angemessenheit eines inferenzstatistischen Verfahrens. *Psychologische Beiträge, 18*, S. 99-104.
- Lauth, G. W., & Schlottke, P. F. (2019). *Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern* (7. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K., & Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 518-530.

LEO Dictionary (o.J.). *Englisch-deutsch: self-esteem*. Verfügbar unter: <https://dict.leo.org/englisch-deutsch/self-esteem> [Zugriff am 22.10.2020].

Liebsch, B. (2011). *Phänomen Organisationales Lernen. Kompendium der Theorien individuellen, sozialen und organisationalen Lernens sowie interorganisationalen Lernens in Netzwerken*. München: Rainer Hampp.

Loh, S. (2017). *Entwicklungsstörungen bei Kindern. Medizinisches Grundwissen für pädagogische und therapeutische Berufe* (2. erweit. u. überarb. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Morf, C. C., & Koole, S. L. (2014). Das Selbst. In K. Jonas, W. Stroebe, & M. Hewstone (Hrsg.), *Sozialpsychologie* (6. vollst. überarb. Aufl., S. 141-195). Berlin: Springer.

Neyer, F., & Asendorpf, J. (2018). *Psychologie der Persönlichkeit* (6. vollst. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.

Pinquart, M., Schwarzer, G., & Zimmermann, P. (2019). *Entwicklungspsychologie - Kindes und Jugendalter* (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracy, J. L., Gosling, S. D., & Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, 17, 423–434.

Rosenberg, M. (2014). *Self-Esteem Scale. Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS)*. doi.org/10.6102/zis46

Rothermund, K., & Eder, A. (2011). *Allgemeine Psychologie: Motivation und Emotion*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Rotter, J. B. (1973). *Social learning and clinical psychology* (4. Aufl.). New York: Johnson Reprint Corporation.

Rotter, J. B., & Hochreich, D. J. (1979). *Persönlichkeit. Theorien Messung Forschung*. Berlin: Springer.

Schauder, T. (2011). *Die Aussagen-Liste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche (ALS)* (3. vollst. überarb. u. neu normierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Schmithüsen, F., & Krampen, G. (2015). Persönlichkeitspsychologie. In F. Schmithüsen (Hrsg.), *Lernskript Psychologie* (S. 287-314). Berlin: Springer.

Schöning, S., Steins, G., & Berek, M. (2002). Das Selbstkonzept von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHD) und dessen Veränderung mit Methylphenidat. *Kindheit und Entwicklung*, 11, 38-47.

- Siegler, R., Eisenberg, N., De Loache, J., & Saffran, J. (2016). *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Simon, B., & Trötschel, R. (2007). Das Selbst und die soziale Identität. In K. Jonas, W. Stroebe, & M. Hewstone (Hrsg.), *Sozialpsychologie. Eine Einführung* (5. vollst. überarb. Aufl., S. 147-186). Heidelberg: Springer Medizin.
- Stemmler, G., Hagemann, D., Amelang, M., & Bartussek, D. (2011). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung* (7. vollst. überarb. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sukumaran, S., Vickers, B., Yates, P., & Garralda, M. E. (2003). Self-esteem in child and adolescent psychiatric patients. *European Child & Adolescent Psychiatry, 12*, 190–197.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and Well-Being: A Social Psychological Perspective on Mental Health. *Psychological Bulletin, 103*, 193–210.
- Treuting, J. J., & Hinshaw, S. P. (2001). Depression and Self-Esteem in Boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Associations with Comorbid Aggression and Explanatory Attributional Mechanisms. *Journal of Abnormal Child Psychology, 29*, S. 23-39.
- Werth, L., Denzler, M., & Mayer, J. (2020). *Sozialpsychologie – Das Individuum im sozialen Kontext. Wahrnehmen – Denken – Fühlen* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Wilms, H., & Wilms, E. (2014). *Erwachsen werden. Förderung der sozialen, emotionalen und kommunikativen Kompetenzen für Schülerinnen und Schüler der Klassen 5 bis 8*. Wiesbaden: Lions Club International.

Anhang

i	Handzettel	V
ii	Fragebogen	VI
iii	Eidesstattliche Erklärung	XIII

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

WELCHE SICHT HAT MEIN KIND AUF SICH UND SEINE FÄHIGKEITEN?

Wissenschaftliche Befragung

Liebe Eltern,

hat Ihr Kind eine positive oder eine negative Sicht auf sich selbst und seine Fähigkeiten?
Gibt es hierbei einen Unterschied zwischen Kindern und Jugendlichen mit einer diagnostizierten Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung und Nicht-Betroffenen?

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit, welche sich mit diesen Fragen beschäftigt, befrage ich die Eltern von betroffenen und nicht-betroffenen Kindern. Für den Erfolg der Untersuchung ist daher Ihre Einsicht über Ihr Kind sehr wichtig!

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie sich die Zeit nehmen, um den Online-Fragebogen auszufüllen. Die Befragung ist selbstverständlich freiwillig und anonym. Weitere Infos finden Sie auf der Willkommenseite des Fragebogens.

Den Fragebogen finden Sie unter folgendem Link oder durch den Scan des QR-Codes:
https://ww2.unipark.de/uc/auswirkungen_ADHS/ADS/

Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen



Zu meiner Person:

Ich bin Studierende der Sozialarbeit/-pädagogik im 7. Fachsemester an der Hochschule Düsseldorf. Im aktuellen Wintersemester 2020/21 schreibe ich meine Bachelorthesis.

Sollten Sie Fragen haben, kontaktieren Sie mich gerne unter folgender E-Mail-Adresse:
meret.harnack@study.hs-duesseldorf.de



WELCHE SICHT HAT MEIN KIND AUF SICH UND SEINE FÄHIGKEITEN?

Wissenschaftliche Befragung

Liebe Eltern,

hat Ihr Kind eine positive oder eine negative Sicht auf sich selbst und seine Fähigkeiten?
Gibt es hierbei einen Unterschied zwischen Kindern und Jugendlichen mit einer diagnostizierten Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung und Nicht-Betroffenen?

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit, welche sich mit diesen Fragen beschäftigt, befrage ich die Eltern von betroffenen und nicht-betroffenen Kindern. Für den Erfolg der Untersuchung ist daher Ihre Einsicht über Ihr Kind sehr wichtig!

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie sich die Zeit nehmen, um den Online-Fragebogen auszufüllen. Die Befragung ist selbstverständlich freiwillig und anonym. Weitere Infos finden Sie auf der Willkommenseite des Fragebogens.

Den Fragebogen finden Sie unter folgendem Link oder durch den Scan des QR-Codes:
https://ww2.unipark.de/uc/auswirkungen_ADHS/ADS/

Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen



Zu meiner Person:

Ich bin Studierende der Sozialarbeit/-pädagogik im 7. Fachsemester an der Hochschule Düsseldorf. Im aktuellen Wintersemester 2020/21 schreibe ich meine Bachelorthesis.

Sollten Sie Fragen haben, kontaktieren Sie mich gerne unter folgender E-Mail-Adresse:
meret.harnack@study.hs-duesseldorf.de

ii. Fragebogen

Fragebogen

1 Anleitung


Anleitung

Der folgende Fragebogen enthält verschiedene Aussagen, die Ihr Kind betreffen. Zunächst beziehen sich diese Aussagen auf die **Bereiche Schule, Freizeit und Familie**. Im zweiten Teil des Fragebogens sind die Aussagen **allgemeiner** formuliert. Daher kann es vorkommen, dass die Aussagen einen ähnlichen Inhalt oder Wortlaut haben - bitte nehmen Sie auch zu diesen Aussagen Stellung.

Markieren Sie bitte jeweils das Antwortkästchen, das **Ihrer Meinung** nach am besten auf Ihr Kind zutrifft.

Hier ein **Beispiel** für die Beantwortung der Aussagen:

Mein Kind...

 image/Beispielfrage

Die Aussage trifft überhaupt nicht auf mein Kind zu: **„Stimmt überhaupt nicht“**

Die Aussage trifft eher nicht auf mein Kind zu: **„Stimmt eher nicht“**

Die Aussage trifft ein wenig auf mein Kind zu: **„Stimmt eher“**

Die Aussage trifft vollkommen auf mein Kind zu: **„Stimmt vollkommen“**

Bitte bearbeiten Sie **alle** Aussagen der Reihe nach, ohne eine auszulassen.

Es geht bei allen Aussagen um Ihre Einsicht über Ihr Kind. Es gibt **keine richtigen oder falschen** Antworten!

2 Seite 1_SWG

Im Folgenden werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Markieren Sie bitte jeweils das Antwortkästchen, das **Ihrer Meinung** nach am besten auf **Ihr Kind** zutrifft.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen:

Mein Kind...

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt eher	Stimmt vollkommen
Wird von Klassenkameraden oder Lehrkräften ausgelacht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empfindet, dass Klassenkameraden oder Lehrkräften hin und wieder unzufrieden mit ihm/ ihr sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empfindet, dass Freunde hin und wieder unzufrieden mit ihm/ ihr sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empfindet, dass Geschwister und Eltern hin und wieder unzufrieden mit ihm/ ihr sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommt mit Klassenkameraden und Lehrkräften immer sehr gut aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommt mit Freunden immer sehr gut aus.

Kommt mit Geschwistern und Eltern immer sehr gut aus.

Empfindet, dass er/ sie in der Schule ganz besonders gern gemocht wird.

Empfindet, dass er/ sie von Freunden ganz besonders gern gemocht wird.

Empfindet, dass er/ sie von Geschwistern und Eltern ganz besonders gern gemocht wird.

Empfindet, dass er/ sie von Freunden immer ernst genommen wird.

Empfindet, dass er/ sie von Geschwistern und Eltern immer ernst genommen wird.

Empfindet, dass er/ sie besonders beliebt in der Schule ist.

Empfindet, dass er/ sie besonders beliebt bei Freunden ist.

Fühlt sich in der Schule immer sehr wohl.

Überprüfen Sie bitte, ob Sie **alle Fragen** beantwortet haben.

3 Seite 2_SWG

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen:

Mein Kind...

	<u>Stimmt überhaupt nicht</u>	<u>Stimmt eher nicht</u>	<u>Stimmt eher</u>	<u>Stimmt vollkommen</u>
Fühlt sich in der Freizeit immer sehr wohl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlt sich in der Familie immer sehr wohl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlt sich oft wertlos in der Schule.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlt sich oft wertlos in der Freizeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaubt, dass er/ sie ab und zu in der Familie zu kaum etwas gut ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist in der Schule insgesamt zufrieden mit sich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist in der Freizeit insgesamt zufrieden mit sich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ist in der Familie insgesamt zufrieden mit sich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist in der Schule ein fröhlicher Mensch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist in der Freizeit ein fröhlicher Mensch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist in der Familie ein fröhlicher Mensch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Angst in der Schule Fehler zu machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Angst in der Freizeit Fehler zu machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Angst in der Familie Fehler zu machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlt sich in der Familie oft nicht wohl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Überprüfen Sie bitte, ob Sie **alle Fragen** beantwortet haben.

4 Seite 1_KÜ

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen:

Mein Kind...

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt eher	Stimmt vollkommen
Glaubt, dass vieles im Alltag zufällig geschieht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommt sich oft taten- und ideenlos vor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat das Gefühl, dass vieles, was passiert, von anderen Menschen abhängt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaubt bei einem Unfall, dass dies meist unvermeidlich ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist sich ganz sicher, wenn er/ sie Pläne macht, dass diese Wirklichkeit werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaubt, dass er/ sie oft keine Möglichkeit hat, sich vor Pech zu schützen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaubt, dass es Glück ist, wenn er/ sie Ziele erreicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empfindet, dass seine/ ihre Pläne oft wegen anderen Menschen nicht umgesetzt werden können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weiß oft nicht, wie er/ sie Wünsche verwirklichen soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empfindet, ob er/ sie einen Unfall hat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

oder nicht, ist Glückssache.

Überprüfen Sie bitte, ob Sie **alle Fragen** beantwortet haben.

5 Seite 2_KÜ

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen:

Mein Kind...

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt eher	Stimmt vollkommen
Glaubt, dass er/ sie nur wenige Möglichkeiten hat, seine/ ihre Interessen gegen andere durchzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empfindet, dass er/ sie vieles, was im Leben passiert, selbst bestimmen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaubt an einen Zufall, wenn andere sich nach seinen/ ihren Wünschen richten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weiß manchmal überhaupt nicht, was er/ sie in einer Situation machen soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weiß, dass er/ sie seine/ ihre Interessen selbst vertreten und erreichen kann, was er/ sie will.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sein/ ihr Wohlbefinden hängt stark vom Verhalten anderer ab.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaubt, dass wenn er/ sie bekommt, was er/ sie will, dass es immer eine Folge seiner/ ihrer Anstrengung war.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weiß in schwierigen Situationen immer viele Handlungsalternativen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Richtet sich beim Planen nach den Wünschen anderer, damit die Pläne eine Chance haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fallen immer viele Möglichkeiten zum Lösen für Problemen ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Überprüfen Sie bitte, ob Sie **alle Fragen** beantwortet haben.

6 Diagnose vorliegend?

Fast geschafft!

Nun folgen noch einige Angaben zu Ihrem Kind...

Wurde bei Ihrem Kind eine Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (Hyperkinetische Störung) diagnostiziert?

- Ja
- Nein

- Wird derzeit von einem Facharzt/ Psychotherapeuten überprüft

7.1 Welche Diagnose genau?

Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an:

Gemäß ICD 10

- "Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung"/ "AD(H)S" (F90.0)
- "Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens" (F90.1)
- "Sonstige hyperkinetische Störung" (F90.8)
- "Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität mit Beginn in der Kindheit und Jugend"/ "ADS" (F98.8)
- Andere (bitte nennen):

Bitte geben Sie an, wie alt Ihr Kind war, als die Diagnose gestellt wurde:

z.B. 10, wenn Ihr Kind 10 Jahre alt war, als die Diagnose gestellt wurde.
Sollten Sie sich unsicher sein, genügt eine ungefähre Schätzung.

Wenn möglich, beschreiben Sie die Symptome bitte genauer:

(anhand der Diagnostik des DSM V)

- Mischtypus
(alle 3 Kernsymptome treten auf)
- Vorwiegend unaufmerksamer Typ
(hauptsächlich Aufmerksamkeitsschwächen, weniger Impulsivität und Hyperaktivität)
- Vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ
(hauptsächlich Impulsivität und Hyperaktivität, weniger Aufmerksamkeitsschwächen)
- Kann ich nicht beantworten

Bitte geben Sie an, ob Ihr Kind derzeit eine medikamentöse Behandlung erhält:

z.B. Medikinet, Attentin

- Ja
- Nein

8 Andere/ Weitere Diagnose

Bitte geben Sie an, ob bei Ihrem Kind eine andere/ weitere psychische Erkrankung diagnostiziert wurde:

z.B. Depression

- Ja (bitte nennen):
- Nein

9 Demographische Daten

Bitte geben Sie das Geschlecht Ihres Kindes an:

- weiblich männlich divers

Bitte geben Sie das Alter Ihres Kindes an:

z.B. 12, wenn Ihr Kind 12 Jahre alt ist.

Bitte geben Sie an, welche Schulform Ihr Kind derzeit besucht:

- Grundschule
- Förderschule
- Hauptschule
- Realschule
- Gesamtschule/ Sekundarschule/ Regelschule o.ä.
- Gymnasium
- Andere (bitte nennen):

Bitte geben Sie an, in welcher Schulklasse sich Ihr Kind derzeit befindet:

Beispiel: "6" für die sechste Schulklasse

Bitte geben Sie die Staatsangehörigkeit Ihres Kindes an:

Bei Mehrstaatigkeit bitte beides ankreuzen und die andere/n eintragen

- Deutsch
- Andere (bitte nennen):

10 Demographische Daten_Eltern

Abschließend folgen noch einige Angaben zu Ihrer Person.

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:

- weiblich männlich divers

Bitte geben Sie Ihre Staatsangehörigkeit an:

Bei Mehrstaatigkeit bitte beides ankreuzen und die andere/n eintragen

- Deutsch
- Andere (bitte nennen):

Bitte geben Sie Ihren Familienstand an:

Mehrfachauswahl möglich. Bsp.: Sie sind geschieden und leben mit einem neuen Partner oder einer neuen Partnerin zusammen. Dann wären 3 und 6 anzukreuzen.

Eingetr. Lebenspartnerschaft meint die gleichgeschlechtliche Ehe.

- Verheiratet/ eingetr. Lebenspartnerschaft und zusammenlebend
- Verheiratet/ eingetr. Lebenspartnerschaft und getrennt lebend
- Geschieden/ eingetr. Lebenspartnerschaft aufgehoben
- Verwitwet/ eingetr. Lebenspartner*in verstorben
- Ledig
- In dauerhafter (nichtehelicher/ nicht eingetragener) Partnerschaft lebend
-

Anderer (bitte nennen):

Bitte geben Sie Ihren höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss an:

- Kein Schulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss/ Mittlerer Schulabschluss
- Fachhochschulreife
- Allgemeine Hochschulreife (Abitur)/ fachgebundene Hochschulreife
- Anderer (bitte nennen):

11 Endseite

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!
Die Umfrage ist hiermit beendet. Sie können diese nun schließen.

iii. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich meine Bachelor-Thesis zum Thema:

„Auswirkungen einer AD(H)S-Diagnose auf das Selbst von Kindern und Jugendlichen“

selbstständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel, als die angegebenen benutzt habe. Alle Stellen, die von Autoren wörtlich oder sinngemäß übernommen sind, habe ich durch Angabe von Quellen als Zitat kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in Teilen noch insgesamt einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Exemplar meiner Bachelor-Thesis zur Einsicht ausgelegt wird.

Düsseldorf, 23. Dezember 2020

Meret Harnack

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF