

Stadler, Christiana / Holtmann, Martin / Claus, Dieter / Büttner, Gerhard / Berger, Nicole / Maier, Joachim / Poustka, Fritz und Schmeck, Klaus

## **Familiäre Muster bei Störungen von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55 (2006) 5, S. 350-362*

urn:nbn:de:bsz-psydok-46666

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

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

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

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# Inhalt

## Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

1		
2		
3		
5	Branik, E.; Meng, H.: Die Funktion von Besprechungen für multidisziplinäre Behandlungsteams kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen (The function of team-meetings for treatment teams on child and adolescent psychiatric wards) . . . . .	198
10	Henke, C.: Peer-Mediation an Schulen: Erfahrungen bei der Implementierung und der Ausbildung von Streitschlichtern (Peer-mediation in schools: Experiences in implementation and training of mediators) . . . . .	644
	Krabbe, H.: Eltern-Jugendlichen-Mediation (Mediation between parents and youth) . . .	615
	Mayer, S.; Normann, K.: Das Praxismodell des Familien-Notruf München zum Einbezug der Kinder in die Mediation (Children in family mediation: A practice model) . . . . .	600
	Mickley, A.: Mediation an Schulen (Mediation in schools) . . . . .	625
15	Sampson, M.: Psychotherapeutischer Leitfaden zum technischen Umgang mit Schulängsten (A psychotherapeutic guide for dealing with school phobia) . . . . .	214

## Originalarbeiten / Original Articles

20	Barkmann, C.; Schulte-Markwort, M.: Psychosoziale Lebenssituation und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland (Life situation and health status of children and adolescents) . . . . .	444
	Boeger, A.; Dörfler, T.; Schut-Ansteeg, T.: Erlebnispädagogik mit Jugendlichen: Einflüsse auf Symptombelastung und Selbstwert (Project adventure with adolescents: Influence on psychopathology and self-esteem) . . . . .	181
25	Bullinger, M.; Ravens-Sieberer, U.: Lebensqualität und chronische Krankheit: die Perspektive von Kindern und Jugendlichen in der Rehabilitation (Quality of life and chronic conditions: The perspective of children and adolescents in rehabilitation) . . . . .	23
30	Desman, C.; Schneider, A.; Ziegler-Kirbach, E.; Petermann, F.; Mohr, B.; Hampel, P.: Verhaltenshemmung und Emotionsregulation in einer Go-/Nogo-Aufgabe bei Jungen mit ADHS (Behavioural inhibition and emotion regulation among boys with ADHD during a go-/nogo-task) . . . . .	328
	Fetzer, A.E.; Steinert, T.; Metzger, W.; Fegert, J.M.: Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (A prospective analysis of coercive measures in an inpatient department of child and adolescent psychiatry) . . . . .	754
35	Fricke, L.; Mitschke, A.; Wiater, A.; Lehmkuhl, G.: Kölner Behandlungsprogramm für Kinder mit Schlafstörungen – Konzept, praktische Durchführung und erste empirische Ergebnisse (A new treatment program for children with sleep disorders – Concept, practicability, and first empirical results) . . . . .	141
40	Grimm, K.; Mackowiak, K.: Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder (KES) (KES – Training for parents of children with conduct behaviour problems) . . . . .	363
42	Hampel, P.; Desman, C.: Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (Coping and quality of life among children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) . . . . .	425
43		
44	Kühnapfel, B.; Schepker, R.: Katamnestiche Nachbefragung von freiwillig und nicht freiwillig behandelten Jugendlichen (Post hoc interviews with adolescents after voluntary and involuntary psychiatric admission) . . . . .	767
45		

1	Leins, U.; Hinterberger, T.; Kaller, S.; Schober, F.; Weber, C.; Strehl, U.: Neurofeedback der langsamen kortikalen Potenziale und der Theta/Beta-Aktivität für Kinder mit einer ADHS: ein kontrollierter Vergleich (Neurofeedback for children with ADHD: A comparison of SCP- and Theta/Beta-Protocols) . . . . .	384
2		
3		
5	Preusche, I.; Koller, M.; Kubinger, K.D.: Sprachfreie Administration von Intelligenztests nicht ohne Äquivalenzprüfung – am Beispiel des AID 2 (An experiment for testing the psychometric equivalence of the non verbal instruction of the Adaptive Intelligenc Diagnosticum) . . . . .	559
	Retzlaff, R.; Hornig, S.; Müller, B.; Reuner, G.; Pietz, J.: Kohärenz und Resilienz in Familien mit geistig und körperlich behinderten Kindern (Family sense of coherence and resilience. A study on families with children with mental and physical disabilities) . . . . .	36
10	Richardt, M.; Remschmidt, H.; Schulte-Körne, G.: Einflussfaktoren auf den Verlauf Begleiteter Umgänge in einer Erziehungsberatungsstelle (Influencing factors on the course of supervised visitations in a parental counselling office) . . . . .	724
	Roessner, V.; Banaschewski, T.; Rothenberger, A.: Neuropsychologie bei ADHS und Tic-Störungen – eine Follow-up-Untersuchung (Neuropsychological performance in ADHD and tic-disorders: A prospective 1-year follow-up) . . . . .	314
15	Romer, G.; Stavenow, K.; Baldus, C.; Brüggemann, A.; Barkmann, C.; Riedesser, P.: Kindliches Erleben der chronischen körperlichen Erkrankung eines Elternteils: Eine qualitative Analyse von Interviews mit Kindern dialysepflichtiger Eltern (How children experience a parent being chronically ill: A qualitative analysis of interviews with children of hemodialysis patients) . . . . .	53
20	Sarimski, K.: Spektrum autistischer Störungen im frühen Kindesalter: Probleme der Beurteilung (Autistic spectrum disorders in very young children: Issues in the diagnostic process) . . . . .	475
	Schick, A.; Cierpka, M.: Evaluation des Faustlos-Curriculums für den Kindergarten (Evaluation of the Faustlos-Curriculum for Kindergartens) . . . . .	459
	Schmid, M.; Nützel, J.; Fegert, J.M.; Goldbeck, L.: Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe? (A comparison of behavioral and emotional symptoms in German residential care and day-care child welfare institutions) . . . . .	544
25	Stadler, C.; Holtmann, M.; Claus, D.; Büttner, G.; Berger, N.; Maier, J.; Poustka, F.; Schmeck, K.: Familiäre Muster bei Störungen von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle (Familial patterns in disorders of attention and impulse control) . . . . .	350
30	Suchodoletz, W. v.; Macharey, G.: Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern (Stigmatization of language impaired children from the parents' perspective) . . . . .	711
	Trautmann-Villalba, P.; Laucht, M.; Schmidt, M.H.: Väterliche Negativität in der Interaktion mit Zweijährigen als Prädiktor internalisierender Verhaltensprobleme von Mädchen und Jungen im Grundschulalter (Father negativity in the interaction with toddlers as predictor of internalizing problems in girls and boys at school age) . . . . .	169
35	Wiehe, K.: Zwischen Schicksalsschlag und Lebensaufgabe – Subjektive Krankheitstheorien als Risiko- oder Schutzfaktoren der Bewältigung chronischer Krankheit im Kindesalter (Stroke of fate or personal challenge – Subjective theories of illness as risk or protective factors in coping with chronic pediatric illness) . . . . .	3
40	<b>Übersichtsarbeiten / Review Articles</b>	
42	Bastine, R.; Römer-Wolf, B.; Decker, F.; Haid-Loh, A.; Mayer, S.; Normann, K.: Praxis der Familienmediation in der Beratung (Family mediation within the counselling system) . . . . .	584
43		
44	Frölich, J.; Lehmkuhl, G.; Fricke, L.: Die medikamentöse Behandlung von Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter (Pharmacotherapy of sleep disorders in children and adolescents) . . . . .	118
45		

1	Gantner, A.: Multidimensionale Familientherapie für cannabisabhängige Jugendliche – Ergebnisse und Erfahrungen aus der „INCANT“-Pilotstudie (Multidimensional Family Therapy for adolescent clients with cannabis use disorders – Results and experience from the INCANT pilot study) . . . . .	520
2		
3		
5	Hardt, J.; Hoffmann, S.O.: Kindheit im Wandel – Teil I: Antike bis zur Neuzeit (Childhood in flux – Part I: Ancient world until modern times) . . . . .	271
	Hardt, J.; Hoffmann, S.O.: Kindheit im Wandel – Teil II: Moderne bis heute (Childhood in flux – Part II: Modern times until today) . . . . .	280
	Jockers-Scherübl, M.C.: Schizophrenie und Cannabiskonsum: Epidemiologie und Klinik (Schizophrenia and cannabis consumption: Epidemiology and clinical symptoms) . . .	533
10	Libal, G.; Plener, P.L.; Fegert, J.M.; Kölch, M.: Chemical restraint: „Pharmakologische Ruhigstellung“ zum Management aggressiven Verhaltens im stationären Bereich in Theorie und Praxis (Chemical restraint: Management of aggressive behaviours in inpatient treatment – Theory and clinical practice) . . . . .	783
15	Nitschke-Janssen, M.; Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen – Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik (Factors contributing to the use of seclusion and restraint – a retrospective analysis in a Swiss clinic for child and adolescent psychiatry) . . . . .	255
	Ollefs, B.; Schlippe, A. v.: Elterliche Präsenz und das Elterncoaching im gewaltlosen Widerstand (Parental presence and parental coaching in non-violent resistance) . . . . .	693
20	Paditz, E.: Schlafstörungen im Kleinkindesalter – Diagnostik, Differenzialdiagnostik und somatische Hintergründe (Sleep disorders in infancy – Aspects of diagnosis and somatic background) . . . . .	103
	Papoušek, M.; Wollwerth de Chuquisengo, R.: Integrative kommunikationszentrierte Eltern- Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen (Integrative parent-infant psychotherapy for early regulatory and relationship disorders) . . . . .	235
25	Schepker, R.; Steinert, T.; Jungmann, J.; Bergmann, F.; Fegert, J.M.: Qualitätsmerkmale freiheitseinschränkender Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Quality characteristics of freedom-restricting coercive measures in child and adolescent psychiatry) . . . . .	802
	Schnoor, K.; Schepker, R.; Fegert, J.M.: Rechtliche Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Legal and practical issues on coercive measures in child and adolescent psychiatry) . . . . .	814
30	Schredl, M.: Behandlung von Alpträumen (Treatment of nightmares) . . . . .	132
	Seiffge-Krenke, I.; Skaletz, C.: Chronisch krank und auch noch psychisch beeinträchtigt? Die Ergebnisse einer neuen Literaturrecherche (Chronically ill and psychologically impaired? Results of a new literature analysis) . . . . .	73
35	Tossmann, P.: Der Konsum von Cannabis in der Bundesrepublik Deutschland (The use of cannabis in the Federal Republic of Germany) . . . . .	509
	Zehnder, D.; Hornung, R.; Landolt, M.A.: Notfallpsychologische Interventionen im Kindesalter (Early psychological interventions in children after trauma) . . . . .	675
40	<b>Buchbesprechungen / Book Reviews</b>	
42	Asendorpf, J.B. (Hg.) (2005): Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung. Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie. Bd. 3. (L. Unzner) . . . . .	740
43		
44	Aster, M. v.; Lorenz, J.H. (Hg.) (2005): Rechenstörungen bei Kindern. Neurowissenschaft, Psychologie, Pädagogik. (A. Seitz) . . . . .	410
45		

1	Becker, K.; Wehmeier, P.M.; Schmidt, M.H. (2005): Das noradrenerge Transmittersystem bei ADHS. Grundlagen und Bedeutung für die Therapie. ( <i>M. Mickley</i> ) . . . . .	575
2	Behringer, L.; Höfer, R. (2005): Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. ( <i>D. Irblich</i> ) .	574
3	Bernard-Opitz, V. (2005): Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Ein Praxis-	
5	handbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	411
	Bieg, S.; Behr, M. (2005): Mich und Dich verstehen. Ein Trainingsprogramm zur Emotion-	
	alen Sensitivität bei Schulklassen und Kindergruppen im Grundschul- und Orientie-	
	rungsstufenalter. ( <i>F. Caby</i> ) . . . . .	299
	Bois, R. d.; Resch, F. (2005): Klinische Psychotherapie des Jugendalters. Ein integratives	
	Praxisbuch. ( <i>R. Mayr</i> ) . . . . .	664
10	Bortz, J. (2005): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. ( <i>J. Fliegner</i> ) . . . . .	744
	Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2006): Kinder ohne Bindung: Deprivation, Adoption	
	und Psychotherapie. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	842
	Christ-Steckhan, C. (2005): Elternberatung in der Neonatologie. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	157
	Cierpka, M. (2005): FAUSTLOS – wie Kinder Konflikte gewaltfrei lösen lernen. ( <i>W. Nobach</i> )	95
15	Claus, H.; Peter, J. (2005): Finger, Bilder, Rechnen. Förderung des Zahlverständnisses im	
	Zahlraum bis 10. ( <i>M. Mickley</i> ) . . . . .	226
	Damasch, E.; Metzger, H.-G. (Hg.) (2005): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische	
	Perspektiven. Frankfurt a. ( <i>A. Eickhorst</i> ) . . . . .	494
	Diepold, B. (2005): Spiel-Räume. Erinnern und entwerfen. Aufsätze zur analytischen Kin-	
	der- und Jugendlichenpsychotherapie (herausgegeben von P. Diepold). ( <i>M. Schulte-</i>	
20	<i>Markwort</i> ) . . . . .	419
	Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.; Steinhausen, H.-C. (2006): KIDS-1 Aufmerksamkeitsdefizit	
	und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	841
	Doherty-Sneddon, G. (2005): Was will das Kind mir sagen? Die Körpersprache des Kindes	
	verstehen lernen. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	294
25	Eiholzer, U. (2005): Das Prader-Willi-Syndrom. Über den Umgang mit Betroffenen.	
	( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	158
	Feibel, T. (2004): Killerspiele im Kinderzimmer. Was wir über Computer und Gewalt wis-	
	sen müssen. ( <i>G. Latzko</i> ) . . . . .	158
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 50. ( <i>M. Hirsch</i> )	304
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 51. ( <i>M. Hirsch</i> )	745
30	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2006): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 52. ( <i>M. Hirsch</i> )	843
	Häußler, A. (2005): Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus.	
	( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	411
	Hopf, C. (2005): Frühe Bindungen und Sozialisation. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	294
	Jacobs, C.; Petermann, F. (2005): Diagnostik von Rechenstörungen. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	495
35	Katz-Bernstein, N. (2005): Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diag-	
	nostik, Therapie. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	496
	Lackner, R. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Therapeutische Unterstützung für	
	traumatisierte Kinder. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	229
	Langer, I.; Langer, S. (2005): Jugendliche begleiten und beraten. ( <i>M. Mickley</i> ) . . . . .	96
40	Leyendecker, C. (2005): Motorische Behinderungen. Grundlagen, Zusammenhänge und	
	Förderungsmöglichkeiten. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	160
	Nissen, G. (2005): Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen.	
42	( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	571
43	Oelsner, W.; Lehmkuhl, G. (2005): Adoption. Sehnsüchte – Konflikte – Lösungen. ( <i>H. Hopf</i> ) .	302
44	Pal-Handl, K. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Elternratgeber für traumatisierte	
45	Kinder. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	229

1	Pal-Handl, K.; Lackner, R.; Lueger-Schuster, B. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Ein Bilderbuch für Kinder. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	229
2	Petermann, F.; Macha, T. (2005): Psychologische Tests für Kinderärzte. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	156
3	Plahl, C.; Koch-Temming, H. (Hg.) (2005): Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen – Methoden – Praxisfelder. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	412
5	Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (Hg.) (2005): Jahrbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma. ( <i>K. Fröhlich-Gildhoff</i> )	416
	Ritscher, W. (Hg.) (2005): Systemische Kinder und Jugendhilfe. Anregungen für die Praxis. ( <i>G. Singe</i> ) . . . . .	847
10	Rittelmeyer, C. (2005): Frühe Erfahrungen des Kindes. Ergebnisse der pränatalen Psychologie und der Bindungsforschung – Ein Überblick. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	742
	Rohrmann, S.; Rohrmann, T. (2005): Hochbegabte Kinder und Jugendliche. Diagnostik – Förderung – Beratung. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	665
	Ruf, G.D. (2005): Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. ( <i>R. Mayr</i> ) . . . . .	741
15	Ruppert, F. (2005): Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische Verletzungen verstehen und heilen. ( <i>C. v. Bülow-Faerber</i> ) . . . . .	300
	Sarimski, K. (2005): Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	94
	Schäfer, U.; Rüter, E. (2005): ADHS im Erwachsenenalter. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. ( <i>E. Rhode</i> ) . . . . .	413
20	Schindler, H.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Anwendungsfelder systemischer Praxis. Ein Handbuch. ( <i>I. Bohmann</i> ) . . . . .	573
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf. ( <i>K. Sarimski</i> ) .	661
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Verhaltensauffälligkeiten. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	661
25	Schott, H.; Tölle, R. (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. ( <i>S. Auschra</i> ) . . . . .	840
	Schütz, A.; Selg, H.; Lautenbacher, S. (Hg.) (2005): Psychologie: Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	666
30	Seiffge-Krenke, I. (Hg.) (2005): Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie. ( <i>U. Kießling</i> ) . . . . .	297
	Siegler, R.; DeLoache, J.; Eisenberg, N. (2005): Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	492
	Simon, H. (2005): Dyskalkulie – Kindern mit Rechenschwäche wirksam helfen. ( <i>M. Micklej</i> )	226
	Speck, V. (2004): Progressive Muskelentspannung für Kinder. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	663
35	Speck, V. (2005): Training progressiver Muskelentspannung für Kinder. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	663
	Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2005): Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Frühdiagnostik bei motorischen, kognitiven, sensorischen, emotionalen und sozialen Entwicklungsauffälligkeiten. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	572
	Suhr-Dachs, L.; Döpfner, M. (2005): Leistungsgängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ), Bd. 1. ( <i>H. Mackenberg</i> ) . . . . .	414
40	Thun-Hohenstein, L. (Hg.) (2005): Übergänge. Wendepunkte und Zäsuren in der kindlichen Entwicklung. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	295
42	Unterberg, D.J. (2005): Die Entwicklung von Kindern mit LRS nach Therapie durch ein sprachsystematisches Förderkonzept. ( <i>M. Micklej</i> ) . . . . .	743
43	Venzlaff, U.; Foerster, K. (Hg.) (2004): Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen ( <i>B. Reiners</i> ) . . . . .	230
44		
45		

1	Weiß, H.; Neuhäuser, G.; Sohns, A. (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. ( <i>M. Naggl</i> ) . . . . .	227
2		
3	Westhoff, E. (2005): Geistige Behinderung (er-)leben. Eine Reise in fremde Welten. ( <i>D. Irblich</i> )	296
	Wirsching, M. (2005): Paar- und Familientherapie. Grundlagen, Methoden, Ziele. ( <i>A. Zellner</i> )	497

### Neuere Testverfahren / Test Reviews

	Grob, A.; Smolenski, C. (2005): FEEL-KJ. Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. ( <i>C. Kirchheim</i> ) . . . . .	499
10	Mariacher, H.; Neubauer, A. (2005): PAI 30. Test zur Praktischen Alltagsintelligenz. ( <i>C. Kirchheim</i> ) . . . . .	162
	Rossmann, P. (2005): DTK. Depressionstest für Kinder. ( <i>C. Kirchheim</i> ) . . . . .	669

15	<b>Editorial / Editorial</b> . . . . .	1, 101, 313, 507, 581, 751
	<b>Autoren und Autorinnen / Authors</b> . . . . .	91, 155, 225, 293, 408, 491, 570, 660, 739, 838
	<b>Gutachter und Gutachterinnen / Reviewer</b> . . . . .	93, 839
	<b>Tagungskalender / Congress Dates</b> . . . . .	98, 165, 233, 309, 421, 502, 577, 672, 748, 849
20	<b>Mitteilungen / Announcements</b> . . . . .	167, 674

# Familiäre Muster bei Störungen von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle<sup>1</sup>

Christina Stadler<sup>2</sup>, Martin Holtmann<sup>2</sup>, Dieter Claus<sup>3</sup>, Gerhard Büttner<sup>4</sup>, Nicole Berger<sup>2</sup>, Joachim Maier<sup>2</sup>, Fritz Poustka<sup>2</sup> und Klaus Schmeck<sup>5</sup>

## Summary

### Familial patterns in disorders of attention and impulse control

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) persists into adulthood in about 30 to 50 % of cases. Symptoms of ADHD in parents might affect effective therapeutic approaches in children. The objective of this study was to investigate (1) the retrospective rate of ADHD in biological parents of children with a diagnosis of ADHD, (2) the relation between retrospective ADHD symptomatology and current attention problems and impulsivity in parents, (3) whether the degree of ADHD severity and comorbidity in ADHD children depends on parental ADHD symptoms. The Wender-Utah-Rating Scale for the retrospective assessment of childhood attention deficit hyperactivity disorder was administered to the biological parents of n = 68 ADHD patients and detected high rates of ADHD in fathers (31 %) and mothers (25 %) of patients with ADHD. Retrospectively assessed symptoms in parents correlated significantly with current symptoms of attention problems (ADD-Brown scales) and impulsivity (17). In children, the highest degree of ADHD symptoms and comorbidity was found in children with both parents suffering from ADHD in childhood compared to those with only one or none affected parent.

**Key words:** ADHD – family study – Wender Utah Rating Scale (WURS) – attention – impulsivity

## Zusammenfassung

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), persistieren bei 30–50 % der Fälle bis ins Erwachsenenalter. Wenn bei Eltern von Kindern mit einer ADHS-Diagnose ähnliche Aufmerksamkeits- und Impulskontrollprobleme gegeben sind, kann dies therapeutische Maßnahmen deutlich beeinträchtigen. In der vorliegenden Studie wurde (1) untersucht, bei wie vielen Müttern und Vätern von Kindern mit einer ADHS-Diagnose in der Kindheit selbst eine klinisch relevante ADHS-Sym-

<sup>1</sup> Wir danken Herrn K. Claus, Frau D. Aust-Claus, Frau U. Siebert und Herrn R. Jammers für ihre Mitarbeit bei den Untersuchungen und der Firma Lilly für die Unterstützung dieser Studie.

<sup>2</sup> Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Goethe-Universität Frankfurt am Main.

<sup>3</sup> Neurologische und Kinderneurologische Privatpraxis, Wiesbaden.

<sup>4</sup> Institut für Pädagogische Psychologie der Universität Würzburg.

<sup>5</sup> Kinder- und jugendpsychiatrische Universitätsklinik, Basel.



ptomatik vorlag, (2) diese mit aktuellen Aufmerksamkeitsproblemen und impulsiven Verhaltensmerkmalen korreliert und (3), ob die Schwere der kindlichen Symptomatik sowie komorbide internale und externale Verhaltensmerkmale variieren in Abhängigkeit davon, ob bei beiden, einem oder keinem Elternteil retrospektiv ADHS vorlag. Bei 68 Eltern von Kindern mit ADHS wurden mit der Wender-Utah-Rating Scale retrospektiv ADHS-bezogene Verhaltenssymptome in der Kindheit erfasst. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass bei 31 % der untersuchten Väter und 25 % der Mütter davon auszugehen ist, dass bei ihnen retrospektiv eine klinisch relevante ADHS-Symptomatik zu diagnostizieren ist, die mit aktuellen Aufmerksamkeitsproblemen (ADD-Brown-Gesamtwert) und Impulsivität (I7) korreliert. Sowohl im Hinblick auf die ADHS-Kernsymptome als auch im Hinblick auf externalisierende Störungen sind diejenigen Kinder am schwersten betroffen, bei denen sowohl bei Müttern als auch bei Vätern in der Kindheit eine klinisch relevante ADHS-Symptomatik vorlag.

**Schlagwörter:** ADHS – Familienstudie – Wender Utah Rating Scale (WURS) – Aufmerksamkeit – Impulsivität

## 1 Einleitung

Die hyperkinetische Störung oder Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gehört mit einer Prävalenz von ca. 5 % zu den häufigsten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern (APA 2000). Sie ist gekennzeichnet durch eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), der Impulskontrolle (Impulsivität) und der Aktivität (Hypermotorik). Lange Zeit wurde ADHS im Wesentlichen als Störung des Kindes- und Jugendalters betrachtet, die sich „auswache“, so dass Erwachsene nicht davon betroffen seien. Erst in den letzten Jahren wächst das Bewusstsein, dass die Störung auch in das Erwachsenenalter hinein weiterbestehen kann. So liegen Hinweise vor, dass sich charakteristische Symptome der ADHS in 30–70 % der Fälle von der Kindheit in das Erwachsenenalter hinein fortsetzen (Barkley 2002; Claus et al. 2002; Krause u. Krause 2005). ADHS im Entwicklungsverlauf ist ein „Thema mit Variationen“, da sich die Symptomatik mit zunehmendem Alter verändern kann. So tritt die Hyperaktivität häufig in den Hintergrund oder weicht einem Gefühl innerer Unruhe und Rastlosigkeit. Dagegen persistieren Störungen der Aufmerksamkeit und Impulsivität, die sich u. a. in Defiziten von Konzentration, Organisation und Arbeitsverhalten zeigen (Wender 1995). Diese Befunde spiegeln sich wider in klinischen Erfahrungen mit hyperkinetischen Kindern und ihren Familien: So können Erziehungsratschläge von manchen Eltern betroffener Kinder nur schwer umgesetzt werden, da diese Eltern vergleichbare Probleme wie ihre Kinder haben und sich zum Teil ähnlich unaufmerksam, impulsiv und desorganisiert verhalten. Viele dieser Eltern zeigen zwar Interesse an therapeutischer Hilfe für sich und ihre Kinder, können aber konkrete Hilfestellungen im familiären Rahmen nicht umsetzen, da die Etablierung von konsistentem Erziehungsverhalten, angemessenen Verhaltensregeln oder haltgebenden Strukturen aufgrund der eigenen Symptomatik nicht ausreichend gelingt (Sonuga-Barke et al. 2002).

Generell wird eine multifaktorielle Genese von ADHS angenommen, wobei genetischen Faktoren eine entscheidende Rolle bei der Entstehung zukommt (Faraone et al. 2005), während psychosoziale Faktoren die Ausprägung und den Verlauf beeinflussen können (Heiser et al. 2004). Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien zeigen, dass bei Eltern und Geschwistern eines betroffenen Kindes ADHS etwa fünfmal häufiger vorkommt als bei Verwandten von gesunden Kindern. Umgekehrt haben Kinder, deren Eltern an einer hyperkinetischen Störung leiden, ein erhöhtes Risiko, ebenfalls an einer ADHS zu erkranken (Faraone et al. 2005). Familienstudien stellen nicht nur einen vielversprechenden Ansatz dar, genetische Ursachen von ADHS aufzuklären, sie bieten darüber hinaus auch die Möglichkeit, familiäre Muster im Hinblick auf die kardinalen Verhaltenssymptome von ADHS zu untersuchen (Smidt et al. 2003).

Ziel der vorliegenden Familienstudie war zunächst zu untersuchen, wie häufig bei Müttern und Vätern von Patienten mit ADHS in der eigenen Kindheit ebenfalls eine klinisch relevante ADHS-Symptomatik vorlag und ob diese mit aktuellen Aufmerksamkeits- und Impulsivitätssymptomen und komorbiden depressiven Symptomen korreliert. In einem zweiten Schritt wurde untersucht, ob zwischen der kindlichen ADHS-Symptomatik und aktueller mütterlicher oder väterlicher Symptomatik signifikante Übereinstimmungen gegeben sind und inwieweit Kinder und Eltern in einem neuropsychologischen Testverfahren ein vergleichbares Leistungsprofil zeigen. Abschließend sollte die Frage geklärt werden, ob der Ausprägungsgrad der elterlichen Vorbelastung die Schwere und Art der kindlichen ADHS-Symptomatik sowie komorbider externalisierender und internalisierender Symptome beeinflusst.

## 2 Methode

**Stichprobe:** In die Untersuchung aufgenommen wurden 68 ambulante und stationäre Patienten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Frankfurt mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sowie ihre biologischen Eltern, die im Zeitraum von 2002 bis 2005 rekrutiert wurden. Die Kinder waren zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht mediziert. Die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung wurde auf der Basis der ICD-10-Kriterien (WHO 1991) im Rahmen einer standardisierten psychiatrischen Befunderhebung gestellt, die sowohl klinische Beobachtungsdaten, eine differenzierte Lehrer- und Elternbefragung als auch testpsychologische Untersuchungen umfasste. Eingeschlossen wurden 60 Jungen und 8 Mädchen im Alter von 8 bis 16 Jahren ( $M = 10.57$ ,  $SD = 1.76$ ). Alle eingeschlossenen Patienten erfüllten die Kriterien für das Vorliegen einer Aufmerksamkeitshyperaktivitäts-Defizit-Störung nach ICD-10. Die Mütter der Patienten waren durchschnittlich 39.9 ( $SD = 4.68$ ) Jahre alt, die Väter 42.6 ( $SD = 7.3$ ) Jahre. Patienten mit einer unterdurchschnittlichen kognitiven Leistungsfähigkeit wurden ausgeschlossen.

Zur Erhebung komorbider Symptome (Angst/Depressivität, Aggression und Delinquenz) wurde die Child Behaviour Checklist (Elternfragebogen) von Achenbach (1991) eingesetzt: Bei 15 Patienten waren klinisch relevante Angst-/Depressionswerte

und bei 31 Patienten eine erhöhte Aggressionssymptomatik gegeben (T-Wert > 68), bei 22 Patienten lagen keine klinisch relevanten Angst- oder Aggressionssymptome vor.

**Eingesetzte Verfahren bei den Eltern:** Zur *retrospektiven* Diagnostik einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung der Eltern im Kindesalter wurde die Wender-Utah-Rating Scale (Trott 2002) eingesetzt, ein Selbstbeurteilungsverfahren, bei dem die Ausprägung kindlicher Eigenschaften, Wesensarten und Verhaltensweisen auf einer Skala von 0–4 einzuschätzen ist. Die interne Konsistenz sowie zeitliche Stabilität des Verfahrens ist zufriedenstellend (Ward et al. 1993), Untersuchungen zur Validität bestätigen den Nutzen zur retrospektiven klinischen Abklärung einer ADHS (Stein et al. 1995). Nach den Ergebnissen von Groß und Mitarbeitern (Groß et al. 1999) ist ab einem Gesamtwert von 90 von dem Vorliegen einer ADHS in der Kindheit auszugehen.

Zur Einschätzung der aktuellen Impulsivitätsproblematik wurde der Impulsivitätsfragebogen I7 nach Eysenck eingesetzt (Eysenck et al. 1990); die aktuell erfasste Impulsivität stellt ein zuverlässiges Korrelat retrospektiver ADHS-Symptome dar (Groß et al. 1999).

Zusätzlich haben die Eltern das Ausmaß der *aktuellen* ADHS-Symptomatik wechselseitig mit den ADD-Brown Skalen (Brown 1996), einem Beurteilungsverfahren mit den Skalen Aufmerksamkeitsprobleme, Aufmerksamkeitsanstrengung, Arbeitsgedächtnis, Affekt und Aktivierung, eingeschätzt. Die von Brown zitierten Untersuchungsergebnisse weisen darauf hin, dass mit Hilfe der ADD-Brown Skalen eine reliable, sensitive und spezifische Erfassung von ADHS-Patienten möglich ist (Brown 1996). Eingesetzt wurde die von Claus et al. (1999) entwickelte deutsche Version der ADD-Brown Skalen. Die für unsere Stichprobe berechnete interne Konsistenz liegt bei Cronbachs Alpha = .92.

Begleitende *komorbide* depressive Symptome wurden mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI; Hautzinger et al. 1995) erhoben, einem Selbstbeurteilungsverfahren, dessen Gesamtwert einen Hinweis auf das Vorliegen einer depressiven Erkrankung ermöglicht.

Als *neuropsychologisches Testverfahren* wurde das Frankfurter-Aufmerksamkeits-Inventar FAIR (Moosbrugger u. Oehlschlägel 1996) eingesetzt, das die gerichtete Aufmerksamkeit erfasst und drei Testkennwerte zur Verfügung stellt: Mit dem Leistungswert L wird ein fehlerkorrigierter Tempowert berechnet, während der Qualitätswert Q die Sorgfalt oder relative Fehlerfreiheit der Bearbeitung anzeigt. Aus L und Q wird der Kontinuitätswert K berechnet, indem der Leistungswert mit der Arbeitqualität gewichtet wird. Befunde zur Validität und Reliabilität zeigen, dass die erfassten Testleistungen mit anderen Aufmerksamkeits- und Konzentrationstests korrelieren und eine hohe interne Konsistenz der Testkennwerte gegeben ist (Moosbrugger u. Reiß 2004). Die Untersuchung von Oh und Mitarbeitern zeigt darüber hinaus, dass dieses Verfahren zur Differentialdiagnostik psychischer Störungen geeignet ist (Oh et al. 2005). ADHS-Patienten sind in den FAIR-Kennwerten L-Q-K durch ein V-Profil zu kennzeichnen: Bei ADHS-Patienten liegt das Maß für die erfasste Selbstkontrollfunktion (Testwert FAIR-Q) unterhalb des Wertes der erfassten kognitiven Ressourcen (Testwert FAIR-L) und unter dem Ausmaß der kontinuier-

lich aufrechterhaltenen Konzentration (Testwert FAIR-K); gesunde Kontrollen sind demgegenüber differentialdiagnostisch durch ein E-Profil zu beschreiben, bei ihnen liegt der FAIR-Q-Wert oberhalb der beiden anderen Kennwerte (Moosbrugger u. Reiß 2004).

**Eingesetzte Verfahren bei den Patienten:** Zur Erfassung der *kindlichen ADHS-Symptomatik* wurden die ADD-Brown Skalen für Kinder in der deutschen Version (Claus et al. 1999) eingesetzt. Die einzelnen ADHS-bezogenen Symptome sind von den Eltern – entsprechend der Version für Erwachsene – auf einer 5-stufigen Skala von 0 bis 4 hinsichtlich ihrer Auftretenshäufigkeit einzuschätzen. Der Gesamtwert der ADD-Brown Skalen stellt einen zuverlässigen und validen Indikator für die Schwere der ADHS-Symptomatik dar (Brown 1996). Die für die hier untersuchte Stichprobe berechnete interne Konsistenz liegt bei Cronbachs Alpha = .93. Auch bei Kindern wurde als *neuropsychologisches Verfahren* der FAIR (Moosbrugger u. Oehlschlägel 1996) zur Erfassung der gerichteten Aufmerksamkeit durchgeführt.

**Statistische Vorgehensweise:** Die Stichprobe wurde nach Ausprägung der elterlichen Belastung in drei Gruppen unterteilt: Patienten, bei denen beide Elternteile einen klinisch relevanten WURS-Gesamtwert aufwiesen, wurden der Gruppe mit hoher Belastung zugeordnet (HB, n = 9), Patienten, bei denen nur ein Elternteil einen klinisch relevanten Wert aufwies, der Gruppe mit mittlerer Belastung (MB, n = 23). Patienten, bei denen weder bei Mutter noch Vater retrospektiv ein Hinweis auf das Vorliegen einer ADHS gegeben war, bildeten die Gruppe mit niedriger Belastung (NB, n = 36).

Mittels univariater Varianzanalyse wurde überprüft, inwieweit sich Patienten mit unterschiedlicher Belastung in der Schwere der ADHS-Symptomatik (ADD-Brown Gesamtwert), in spezifischen Aufmerksamkeitsaspekten (ADD-Brown Skalen) und komorbiden Symptomen (CBCL-Skalen Angst, Aggression, Delinquenz) unterscheiden.

Zur Überprüfung hinsichtlich bestehender Zusammenhänge zwischen kindlicher und elterlicher ADHS-Symptomatik sowie aktuellen depressiven Symptome wurden korrelative Analysen (Pearson-Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten) eingesetzt. Zur Überprüfung auf bedeutsame Mittelwertsunterschiede zwischen Eltern mit einer in der Kindheit gegebenen ADHS-Symptomatik und unauffälligen Eltern wurden t-Tests für unabhängige Stichproben gerechnet.

### 3 Ergebnisse

**Retrospektive ADHS Symptomatik bei Müttern und Vätern:** Die Ergebnisse der WURS zeigen, dass bei 21 Vätern (31 %) eine klinisch relevante ADHS-Symptomatik (Gesamtscore > 90) in der Kindheit gegeben war. Der WURS-Gesamtwert der betroffenen Väter beträgt  $M = 108.23$  ( $SD = 12.73$ ). In der Gruppe der Patienten ohne erhöhte Angst- oder Aggressionswerte ist bei 8 Vätern (36 %) eine klinisch relevante ADHS-Symptomatik in der Kindheit zu diagnostizieren, bei Patienten mit

komorbider Ängstlichkeit sind 5 Väter betroffen (33 %) und bei Patienten mit komorbiden aggressiven Verhaltenssymptomen 8 Väter (26 %).

Bei Müttern ist nach den Ergebnissen der WURS bei 17 Müttern (25 %) retrospektiv eine klinisch relevante ADHS-Symptomatik festzustellen ( $M$  (WURS-Wert) = 105.72,  $SD$  = 11.94). Die höchste Rate betroffener Mütter findet sich in der Gruppe der Kinder mit einer komorbiden Aggressionssymptomatik (29 %), während in der Gruppe ohne eine komorbide Störung nur 4 Mütter betroffen sind (18 %) und bei einer gleichzeitig gegebenen ängstlichen Symptomatik ebenfalls bei 4 Müttern (26 %) retrospektiv von einer Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung auszugehen ist.

**Korrelation zwischen retrospektiver ADHS-Symptomatik und aktuellen Aufmerksamkeits- und Impulsivitätsproblemen sowie komorbiden depressiven Symptomen bei Müttern und Vätern:** Die statistische Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der retrospektiv eingeschätzten ADHS-Symptomatik und aktuellen Impulsivitäts-(I7) und Aufmerksamkeitsproblemen (ADD-Brown Gesamtwert) zeigt signifikante Übereinstimmungen für beide Verhaltensbereiche – sowohl für Mütter als auch für Väter (Tab. 1). Auch hinsichtlich komorbider Symptome zeigt sich eine hohe Übereinstimmung zwischen retrospektiver Symptomatik und aktuell eingeschätzten depressiven Symptomen.

Tab. 1: Korrelation retrospektiver ADHS-Symptome mit aktuellen ADHS-Symptomen und komorbiden Merkmalen

	<i>I7-Impulsivität</i>	<i>Brown-Gesamtscore</i>	<i>Beck-Gesamtscore</i>
Väter: WURS-Gesamtscore	$r = .37$ ( $p = .002$ )	$r = .27$ ( $p = .030$ )	$r = .49$ ( $p = .001$ )
Mütter: WURS-Gesamtscore	$r = .52$ ( $p = .001$ )	$r = .32$ ( $p = .008$ )	$r = .52$ ( $p = .001$ )

Inwieweit sich Eltern mit einer in der Kindheit gegebenen ADHS-Symptomatik von nicht betroffenen Eltern in ihrer aktuellen Symptomatik signifikant unterscheiden, zeigt Abbildung 1. Hinsichtlich der im I7 erfassten Impulsivität unterscheiden sich sowohl Mütter mit einem klinisch auffälligen WURS-Gesamtwert ( $t(1,68) = -3.91$ ,  $p = .001$ ) als auch betroffene Väter ( $t = -2.91$ ,  $p = .005$ ) signifikant von nicht-auffälligen Eltern ( $t(1,68) = -3.91$ ,  $p = .001$ ). Hinsichtlich der aktuellen in den Brown-Skalen erfassten Aufmerksamkeitsproblematik sind für Väter ( $t(1,68) = -3.83$ ,  $p = .001$ ) ebenfalls signifikante Unterschiede nachzuweisen, für Mütter jedoch nicht ( $t(1,68) = -1.35$ ,  $p = .181$ ).

**Kindliche ADHS-Symptomatik in Abhängigkeit von der elterlichen Vorbelastung:** Überprüft wurde, inwieweit bei Kindern mit hoher Belastung, Kindern von Eltern mittlerer Belastung und Kindern von Eltern, bei denen in der Kindheit kein ADHS retrospektiv festgestellt werden konnte, Unterschiede hinsichtlich der Schwere der ADHS-Symptomatik (ADD-Brown Gesamtwert), spezifischer Aufmerksamkeitsaspekte (ADD-Brown Subskalen) und komorbider Symptome (CBCL-Subskala Angst/

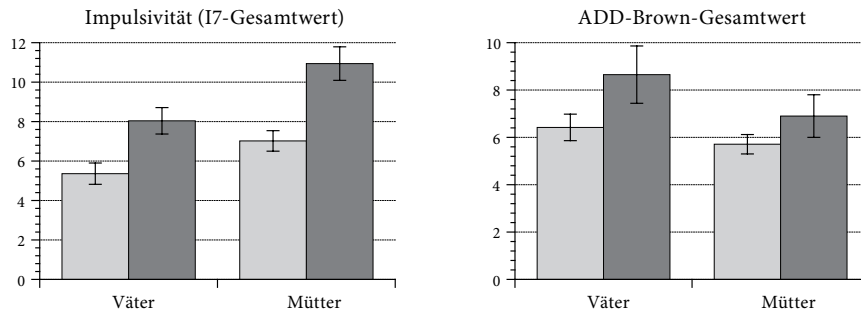


Abb. 1: Aktuelle Impulsivitäts- und Aufmerksamkeits-symptomatik (I7, Brown-Gesamtwert) bei Eltern mit einem retrospektiv diagnostizierten ADHS im Vergleich zu nicht-auffälligen Müttern und Vätern

Anm.: heller Balken (n = 47 Väter, 51 Mütter): klinisch unauffällige Väter/Mütter (WURS-Gesamtwert <90); dunkle Balken (n = 21 Väter, 17 Mütter): Väter/Mütter mit klinisch relevanten ADHS in der Kindheit (WURS-Gesamtwert > 90)

Depressivität, Aggression, Delinquenz) gegeben sind. Ergebnisse der durchgeführten ANOVA zeigen, dass sich die Gruppen im Gesamtwert der ADD-Brown Skalen signifikant unterscheiden ( $F(1,68) = 5.90, p = .004$ ), wobei der Unterschied zwischen stark belasteten Kindern und Kindern mit niedriger und mittlerer Belastung von statistischer Bedeutung ist ( $p < .05$ , Scheffé-Test). Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse für die einzelnen Aufmerksamkeitsaspekte.

Tab. 2: Mittelwerte und Standardabweichungen der ADD-Brown-Skalen bei Patienten von Eltern mit hoher, mittlerer und niedriger Belastung

	HB (N = 9)		MB (N = 23)		NB (N = 36)		ANOVA df (1,68)	Scheffé-Test
	M	SD	M	SD	M	SD		
Aufmerksamkeit	20.77	3.11	16.00	4.72	16.52	4.26	F = 4.30, p = .018	HB > MB HB > NB
Aufmerksamkeitsanstrengung	20.33	3.94	15.34	4.58	16.61	4.54	F = 4.01, p = .023	HB > MB
Arbeitsgedächtnis	12.44	2.35	8.87	3.60	9.17	2.73	F = 3.52, p = .035	HB > MB HB > NB
Affekt	17.33	2.24	13.70	3.20	15.47	3.46	F = 4.43, p = .016	HB > MB
Aufmerksamkeitsaktivierung	22.56	2.30	17.48	4.51	19.44	4.58	F = 4.55, p = .014	HB > MB
Gesamtwert	18.69	2.35	14.23	3.65	15.44	3.19	F = 5.90, p = .004	HB > MB HB > NB

Anm.: HB: Hohe Belastung (beide Eltern mit klinisch relevantem WURS-Wert); MB: mittlere Belastung (ein Elternteil mit klinisch auffälligem WURS-Wert); NB: niedrige Belastung (kein Elternteil mit klinisch relevantem WURS-Wert), der dargestellte Wert stellt den Problemwert der jeweiligen Skala dar; Scheffé-Test: angegeben sind die auf dem 5 %-Niveau signifikanten Gruppenunterschiede.



Des Weiteren wurden die drei Gruppen hinsichtlich komorbider Symptome bei den Kindern untersucht. Die Ergebnisse der durchgeführten Varianzanalysen zeigen, dass hinsichtlich der auf der CBCL erfassten Skala Delinquenz und Angst/Depressivität signifikante Unterschiede gegeben sind (Tab. 2), die sich – bezogen auf dissoziale Merkmale – insbesondere in dem signifikanten Mittelwertsunterschied zwischen der Gruppe mit starker Belastung und der Gruppe mit niedriger Belastung manifestiert (siehe Ergebnisse der durchgeführten Scheffé-Tests).

Tab. 3: Mittelwerte und Standardabweichungen komorbider Symptome (CBCL-Skalen) bei Patienten von Eltern mit hoher, mittlerer und niedriger Belastung

	HB (N = 9)		MB (N = 23)		NB (N = 36)		ANOVA df (1,68)	Scheffé-Test
	M	SD	M	SD	M	SD		
	Aggressivität	68.11	10.39	62.96	8.97	63.97		
Delinquenz	69.78	8.07	61.74	9.69	60.30	7.37	F = 4.75, p = .012	HB > NB
Angst/Depressivität	66.11	9.12	64.96	10.83	59.35	8.33	F = 3.52, p = .035	n. s.

Anm.: HB: Hohe Belastung (beide Eltern mit klinisch relevantem WURS-Wert); MB: mittlere Belastung (ein Elternteil klinisch auffälligen WURS-Wert); NB: niedrige Belastung (kein Elternteil klinisch relevanten WURS-Wert)

**Übereinstimmung zwischen aktuellen väterlichen und mütterlichen ADHS-Symptomen und kindlicher ADHS-Symptomatik:** Die Berechnung der Korrelation zwischen der aktuellen väterlichen und mütterlichen ADHS-Symptomatik und der kindlichen ADHS-Symptomatik weist auf eine signifikante Übereinstimmung zwischen der Symptomatik des Vaters und dem Kind hin ( $r = .25$ ,  $p = .039$ ), der Zusammenhang zwischen Mutter und Kind verfehlt jedoch knapp das statistische Signifikanzniveau ( $r = .20$ ,  $p = .107$ ).

Hinsichtlich der Frage, inwieweit bei Eltern und ihren Kindern Übereinstimmungen hinsichtlich spezifischer neuropsychologischer Aufmerksamkeitsaspekte zu beobachten sind, wurden die Stanine-Kennwerte des FAIRs berechnet. Väter, Mütter und Patienten weisen ein ähnliches Leistungsprofil auf: Der FAIR-Q-Wert liegt unter den beiden anderen Kennwerten. Abbildung 2 zeigt das Ergebnisprofil von Vätern, Müttern und Patienten, das für alle Gruppen ein V-förmiges Ergebnismuster hinsichtlich der Kenngrößen FAIR-L, FAIR-Q und FAIR-K zeigt. Als Referenzgruppe ist das Leistungsprofil unauffälliger Kinder im Alter zwischen 9 bis 12 Jahren gegenübergestellt (aus der Untersuchung von Siebert 2000).

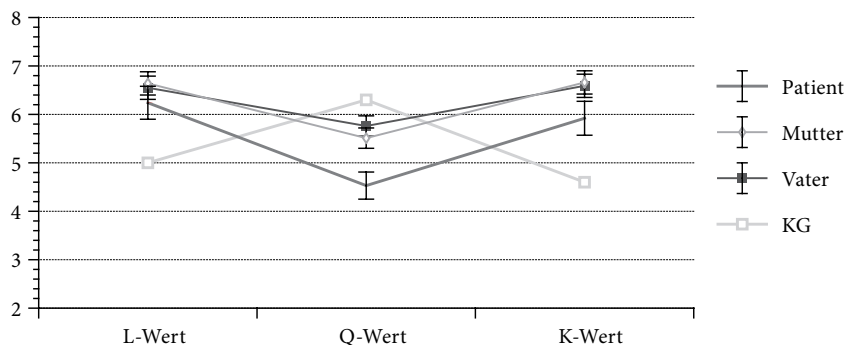


Abb. 2: FAIR-Ergebnisprofil von ADHS-Patienten, ihren Vätern und Müttern sowie gesunden Kontrollkindern (KG)

*Anm.:* Aufgrund der FAIR-Testvoraussetzungen beziehen sich die dargestellten Patientendaten auf Kinder, die älter als 8 Jahre sind (n = 61).

#### 4 Diskussion

Ergebnisse dieser Untersuchung weisen darauf hin, dass bei einem beträchtlichen Teil der untersuchten Eltern in der Kindheit eine klinisch relevante Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätssymptomatik vorlag. Die in dieser Studie nachgewiesene Rate von 31 % betroffener Väter und 25 % betroffener Mütter deckt sich mit den in der Übersichtsarbeit von Faraone et al. (1994) aufgeführten Häufigkeiten, die für Mütter von ADHS-Patienten zwischen 11 % und 38 % liegen und für Väter von ADHS-Patienten zwischen 17 % und 44 % variieren. Eltern von ADHS-Patienten haben damit im Vergleich zur Gesamtbevölkerung 5- bis 6-fach häufiger in ihrer Kindheit selbst unter einer Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung gelitten.

Diese Ergebnisse unterstützen Befunde, die darauf hinweisen, dass ADHS in Familien vererbt wird, wobei diese Untersuchung jedoch keine Aussage darüber erlaubt, inwieweit biologische Faktoren, Umgebungsbedingungen oder die Interaktion zwischen beiden zu einer Häufung von ADHS-spezifischen Symptomen bei Patienten und ihren biologischen Eltern beigetragen haben.

ADHS-Merkmale sind jedoch nicht nur retrospektiv bei den untersuchten Eltern zu beobachten, Mütter und Väter haben zum Teil auch aktuell deutliche Schwierigkeiten hinsichtlich Impulskontrolle und Aufmerksamkeitsfunktionen. Bemerkenswerterweise zeigen nicht nur Kinder, sondern auch Mütter und Väter ein für ADHS typisches neuropsychologisches Ereignisprofil: Die im FAIR erfasste Selbstkontrollfunktion der Aufmerksamkeit ist – im Vergleich zur Aufmerksamkeitskontinuität und Aufmerksamkeitsleistung – bei allen Familienmitgliedern am niedrigsten ausgeprägt und damit sind die Kennwerte durch ein V-Profil zu kennzeichnen, das gegenläufig zu dem gesunder Kontrollprobanden ist (Moosbrugger u. Reiß 2004).

Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen somit den Befund, dass ADHS-Symptome bis ins Erwachsenenalter persistieren (Barkley 2002). Mütter und Väter, die als Kinder eine klinisch auffällige Symptomatik aufwiesen, unterscheiden sich auch im



Erwachsenenalter signifikant hinsichtlich der erfassten aktuellen Impulsivitätsproblematik von in der Kindheit unauffälligen Eltern. Insbesondere der bei Müttern beobachtete I7-Impulsivitätsgesamtwert von  $M = 10.9$  liegt mehr als eine Standardabweichung über dem Durchschnitt einer von Groß et al. (1999) untersuchten altersmäßig vergleichbaren gesunden Kontrollgruppe. Der mittelgradig hohe Korrelationskoeffizient zwischen WURS und I7 steht im Einklang mit den Untersuchungsergebnissen von Groß et al. (1999), die ebenfalls zeigen, dass das hyperkinetische Syndrom und impulsive Verhaltensmerkmale gekoppelt sind.

Es ist zu vermuten, dass aktuelle Verhaltensprobleme der Mütter für die Ausprägung der kindlichen Symptomatik von großer Bedeutung sind. Da Mütter in der Regel im Alltag der Kinder mehr präsent sind und sie die Erziehung mehr gestalten als Väter, ist anzunehmen, dass der Einfluss von Müttern mit eigenen aktuellen Impulskontrollproblemen sich negativ auf die Umsetzung einer konsequenten Erziehung oder strukturierten Alltagsgestaltung auswirken kann (Sonuga-Barke et al. 2002). Gerade bei Kindern mit einer externalen Verhaltensproblematik ist jedoch ein Erziehungsverhalten, das durch klare Regeln und eine konsequente Umsetzung geprägt ist, von entscheidender Bedeutung für den Verlauf und die Prognose problematischen kindlichen Verhaltens (Patterson 2000).

ADHS ohne komorbide Störungen ist während des gesamten Altersverlaufs eher die Ausnahme als die Regel (Gillberg et al. 2004; Sobanski u. Alm 2004). Dies spiegelt sich in unserem Befund wider, dass bei den Eltern die retrospektiv für die Kindheit diagnostizierte ADHS-Symptomatik aktuell nicht nur mit mehr Aufmerksamkeits- und Impulskontrollproblemen einhergeht, sondern auch mit einer ausgeprägteren depressiven Symptomatik. Die Korrelation zwischen WURS und Depressionswerten ist zum Teil auf inhaltliche Überschneidungen beider Verfahren zurückzuführen: Die von Groß et al. (1999) durchgeführte Faktorenanalyse ergab für den WURS eine 4-Faktorenlösung, bei der ein Faktor auch eine depressiv-asthenische Verhaltenssymptomatik umfasst. In der Kurzform der Wender-Utah-Rating Scale (WURS-K) von Retz-Junginger et al. (2002) wurden aus diesem Grunde Items, die auf dieser Skala laden, eliminiert. Nach dem Cut-off-Wert der Beck-Skala ist bei sieben Müttern und drei Vätern eine klinisch relevante depressive Symptomatik gegeben. Allerdings sollte die Depression bei Eltern von ADHS-Kindern nicht vorschnell allein dem erhöhten familiären Stress zugeschrieben werden; vielmehr gibt es Hinweise, dass es sich hierbei um unabhängige, eigenständige Störungen handeln kann (Faraone u. Biederman 1997).

Das Ausmaß der elterlichen ADHS-Symptomatik zeigt zudem einen nachweisbaren, wenn auch schwachen, Zusammenhang mit hyperkinetischen Auffälligkeiten der Kinder. Dass sich dies in unserer Stichprobe in stärkerem Maße für Väter ( $r = .25$ ) als für Mütter ( $r = .20$ ) zeigt, ist aufgrund der kleinen Stichprobe mit Vorsicht zu interpretieren. Deutlicher wird der Zusammenhang, wenn nach der elterlichen Belastung differenziert wird: Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder dann am schwersten betroffen sind (ADD-Brown Gesamtwert), wenn bei beiden Eltern in der Kindheit von einer Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung auszugehen ist, gefolgt von Kindern, bei denen nur ein Elternteil betroffen ist und am wenigsten sind Kinder beeinträchtigt, bei denen beide Eltern in der Kindheit unauffällig wa-

ren. Bezogen auf die ADD-Subskalen zeigt sich dies im Besonderen für die grundlegenden Bereiche Aufmerksamkeit und Arbeitsgedächtnis.

Im Hinblick auf komorbide Störungen der Kinder findet sich eine deutliche Beziehung zur ADHS-Symptomatik der Eltern. Kinder mit zwei betroffenen Elternteilen weisen für eine große Bandbreite begleitender externalisierender und internalisierender Psychopathologie (Aggressivität, Delinquenz und Angst/Depression) die weitaus höchsten Belastungen auf, wenngleich die Unterschiede zu den Gruppen mit mittlerer und niedriger familiärer Belastung aufgrund der kleinen Stichprobe und der breiten Streuung nur für das dissoziale Verhalten signifikant werden. Patienten, die neben der ADHS zugleich an internalisierenden und externalisierenden Störungen leiden, müssen als „Hochrisiko-Gruppe“ im Hinblick auf die Prognose und mögliche Komplikationen, wie etwa suizidales Verhalten, angesehen werden (Newcorn et al. 2004). Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen die Notwendigkeit, spezifische therapeutische Angebote zu etablieren, die elterliche Verhaltensprobleme in einem integrierten Behandlungsansatz berücksichtigen. Bisher gibt es zu wenig spezifische integrierte Behandlungsangebote für Kinder mit ADHS und ihre an der selben Störung leidenden Eltern. Wünschenswert ist eine enge Kooperation von Kinder- und Erwachsenenpsychiatern, um den betroffenen Familien und ihren komplexen langfristigen Anforderungen gerecht zu werden (Chronis et al. 2003). Dabei kommt eine vorrangige Bedeutung der Entwicklung familienbezogener multimodaler Therapiestrategien unter Berücksichtigung von Psychotherapie, psychosozialen Interventionen und Pharmakotherapie zu.

Abschließend sind einige Aspekte zu erwähnen, die bei der Diskussion der vorliegenden Ergebnisse zu berücksichtigen sind: So wird die Validität der Wender-Utah-Rating Scale zur retrospektiven Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung kritisch diskutiert (McGough u. Barkley 2004), da aufgrund der Wahl der verwendeten Items die Gefahr einer Konfundierung mit Störung des Sozialverhaltens aber auch depressiven Störungen nicht auszuschließen ist. Eine Objektivierung der Daten wurde zwar durch die wechselseitige Beurteilung der Ehepartner angestrebt, es erscheint jedoch sinnvoll, in zukünftigen Studien Daten zu integrieren, die außerhalb des Familiensystems gewonnen werden. Empfehlenswert ist darüber hinaus die Einbeziehung einer gesunden Kontrollgruppe, um die Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse zu erhöhen. Zu berücksichtigen ist auch, dass Väter und Mütter keine unabhängigen Stichproben darstellen, da Ehepartner oft einen ähnlichen Partner mit oft auch ähnlichen Verhaltensschwierigkeiten wählen (selektive Partnerwahl), was letztlich zu einem Ergebnisbias führen kann.

## Literatur

- Achenbach, T. M. (1991): Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 profile. University of Vermont. Department of Psychiatry. Burlington.
- American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV-TR. Washington: American Psychiatric Association.
- Aust-Claus, E.; Hammer, P. M. (1999): Das ADS-Buch. Ratingen: Oberstebrink.

- Barkley, R. A.; Fischer, M.; Smallish, L.; Fletcher, K. (2002): The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J. Abnorm. Psychol.* 111 (2): 279–89.
- Beck, A. T. (1995): Beck-Depressions-Inventar: (BDI). Bern: Huber.
- Brown, T. (1996): Brown attention-deficit disorder scales. San Antonio, TX: The Psychological Corporation Harcourt and Brace.
- Claus, D.; Aust-Claus, E.; Schmeck, K. (1999): Brown ADD-Scales für Erwachsene. Autorisierte nicht veröffentlichte deutsche Bearbeitung. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Frankfurt a. M.
- Claus, D.; Aust-Claus, E.; Hammer, P. M. (2002): ADS – Das Erwachsenen-Buch. Ratingen: Oberstebrink.
- Chronis, A. M.; Lahey, B. B.; Pelham, W. E.; Kipp, H.; Baumann, B.; Lee, S. S. (2003): Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 42 (12): 1424–32.
- Eysenck, S. B. G.; Daum, I.; Schugens, M. M.; Diehl, J. M. (1990): A cross cultural study of Impulsiveness, Venturesomeness, and Empathy: Germany and England. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 11: 209–213.
- Faraone, S. V.; Biederman, J. (1994): Is Attention Deficit Hyperactivity Disorder Familial? Department of Psychiatry. Harvard Medical School. Boston, Mass.
- Faraone, S. V.; Biederman, J. (1997): Do attention deficit hyperactivity disorder and major depression share familial risk factors? *J. Nerv. Ment. Dis.* 185 (9): 533–41.
- Faraone, S. V.; Perlis, R. H.; Doyle, A. E.; Smoller, J. W.; Goralnick, J. J.; Holmgren, M. A.; Sklar, P. (2005): Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol. Psychiatry* 57 (11): 1313–23.
- Gillberg, C.; Gillberg, I. C.; Rasmussen, P.; Kadesjo, B.; Soderstrom, H.; Rastam, M.; Johnson, M.; Rothenberger, A.; Niklasson, L. (2004): Co-existing disorders in ADHD – implications for diagnosis and intervention. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 13 (Suppl 1): 180–92.
- Groß, J.; Blocher, D.; Trott, G.-E.; Rösler, M. (1999): Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Nervenarzt* 70: 20–25
- Heiser, P.; Friedel, S.; Dempfle, A.; Konrad, K.; Smidt, J.; Grabarkiewicz, J.; Herpertz-Dahlmann, B.; Remschmidt, H.; Hebebrand, J. (2004): Molecular genetic aspects of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neurpsci. Biobehav. Rev.* 28 (6): 625–41.
- Krause, J.; Krause, K. H. (2005): ADHS im Erwachsenenalter. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- McGough, J.; Russel, A. B. (2004): Diagnostic Controversies in Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am. J. Psychiatry* 161 (11): 1948–1956.
- Moosbrugger, H.; Reiß, S. (2004): Das Frankfurter Aufmerksamkeits-Inventar FAIR. In: Moosbrugger, H.; Oehlschlägel, J. (1996): Frankfurter Aufmerksamkeits-Inventar: FAIR. Bern: Huber.
- Newcorn, J. H.; Miller, S. R.; Ivanova, I.; Schulz, K. P.; Kalmar, J.; Marks, D. J.; Halperin, J. M. (2004): Adolescent outcome of ADHD: impact of childhood conduct and anxiety disorders. *CNS Spectr.* 9 (9): 668–78.
- Oh, H.; Moosbrugger, H.; Poustka, F. (2005): Kann eine spezifische Aufmerksamkeitsdiagnostik zur Differentialdiagnostik psychischer Störungen beitragen? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 33 (3): 181–189.
- Patterson, G. R.; DeGarmo, D. S.; Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process. *Development and Psychopathology* 12: 91–106.
- Siebert, U. (2002): Frankfurter Aufmerksamkeitsinventar (FAIR, Moosbrugger u. Oehlschlägel, 1996) als differentialdiagnostisches Instrument bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit und ohne Hyperaktivität (ADD/ADHD) im Alter von 8–12 Jahren. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main.
- Smidt, J.; Heiser, P.; Dempfle, A.; Konrad, K.; Hemminger, U.; Kathofer, A.; Halbach, A.; Strub, J.; Grabarkiewicz, J.; Kiefl, H.; Linder, M.; Knolker, U.; Warnke, A.; Remschmidt, H.; Herpertz-Dahlmann, B.; Hebebrand, J. (2003): Formal genetic findings in attention-deficit/hyperactivity-disorder. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 71 (7): 366–77.

- Sobanski, E.; Alm, B. (2004): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen. *Nervenarzt* 75: 697–716.
- Sonuga-Barke, E. J.; Daley, D.; Thompson, M. (2002): Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children's ADHD? *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 41 (6): 696–702.
- Stein, M. A.; Sandoval, R.; Szumowski, E.; Roizen, N.; Reinecke, M. A.; Blondis, T. A.; Klein, Z. (1995): Psychometric characteristics of the Wender Utah Rating Scale (WURS): reliability and factor structure for men and women. *Psychopharmacol. Bull.* 31: 425–433.
- Trott, G.-E. (2002): Wender Utah Rating Scale (WURS) nach Ward, Wender u. Reimherr (1993). In: Wender, P. (2002): *Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ward, M. F.; Wender, P. H.; Reimherr, F. W. (1993): The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am. J. Psychiatry* 150: 885–890.
- Wender, P. (1995): *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. Oxford University Press: New York.
- WHO (1991): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*; herausgegeben von H. Dilling, W. Mombour, M. H. Schmidt, Bern: Huber.

**Korrespondenzadresse:** Dr. Christina Stadler, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Deutschordenstraße 50, 60528 Frankfurt am Main;  
E-Mail: christina.stadler@em.uni-frankfurt.de