

Positive Fantasien und Selbstüberschätzung bei ADHS-Kindern

Wissenschaftliche Arbeit
zur Erlangung des Grades einer Diplom-Psychologin
im Fachbereich Psychologie
der Universität Konstanz

vorgelegt von

Iska Schewe
Albertus-Magnus-Str. 43
71229 Leonberg

Erstgutachter: Prof. Dr. Peter M. Gollwitzer
Zweitgutachter: PD Dr. Andreas Keil

Konstanz, im April 2007

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die mich bei der Durchführung und Fertigstellung dieser Arbeit unterstützt und zu ihrem Gelingen beigetragen haben.

Meinen Gutachtern Prof. Dr. Peter M. Gollwitzer und PD Dr. Andreas Keil danke ich für die Betreuung und Begutachtung dieser Arbeit.

Ganz herzlich möchte ich mich bei Dr. Caterina Gawrilow bedanken, unter deren Aufsicht diese Studie geplant und durchgeführt wurde. Vielen Dank für die Begleitung in allen Phasen, konstruktive Kritik und die Ermöglichung der Datenerhebung in Hamburg. Ebenso herzlich danke ich Juliane Albert, Claudia Liberona, Julia Merkt, Katja Sage, Stefanie Stark, Pantea Tabibzadeh und der Arbeitsgruppe ADHS in Hamburg für ihre große Unterstützung und unersetzliche Hilfe.

Mein Dank gilt all den Kindern, die bereit waren, an dieser Studie teilzunehmen und ebenso ihren geduldigen und interessierten Eltern, die teilweise einen langen Anreiseweg auf sich nehmen mussten.

Für die Beratung und Unterstützung bei statistischen Problemen möchte ich sehr herzlich Dr. Willi Nagl danken, der mir immer geduldig mit Rat und Tat zur Seite stand. Ebenso danke ich Georg Odenthal für die Beratung und Hilfe bei Problemen mit dem Computerprogramm.

Einen ganz besonders herzlichen Dank möchte ich meinen Eltern und meinem Bruder Hendrik für die Hilfe und Unterstützung auf allen Ebenen aussprechen. Herzlichen Dank für seelischen Beistand an Medea Hahn, Cordelia Klemenz, Angela Liesner und meiner WG. Ein Extra-Dankeschön geht an alle Korrekturleser für ihre wertvollen Tipps.

Kurzfassung

Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und zusätzlichen komorbiden Störungen (Störung des Sozialverhaltens und Lernstörung) zeigten in mehreren Studien Selbstüberschätzungsphänomene in Bezug auf ihre Kompetenz im Vergleich zu Kontrollgruppen (u. a. Hoza et al., 2004). Zusätzlich dazu weisen Kinder mit ADHS schlechtere schulische Leistungen als Kinder ohne diese Störung (u. a. Barkley, 1998).

Die Theorie der Fantasierealisierung postuliert, dass verschiedene Stile selbstregulatorischen Zukunftsdenkens zu unterschiedlicher Zielbindung führen. Zukunftsdenkstile, die auf mentaler Kontrastierung positiver Fantasien mit gegenwärtiger Realität basieren, führen zu erwartungsabhängigem Engagement in Richtung Zielrealisierung. Zukunftsdenkstile hingegen, welche das Schwelgen in einer positiven Zukunft oder Grübeln über negative reale Aspekte beinhalten, führen zu erwartungsunabhängiger Zielbindung (Oettingen, 1996, 1999).

Ziel der vorliegenden Untersuchung war eine Replikation der Selbstüberschätzungsphänomene bei Kindern mit ADHS und zusätzlichen komorbiden Störungen (Aggression, schlechte akademische Leistungen). Ebenfalls sollte untersucht werden, ob Kinder mit ADHS eher einen schwelgenden Zukunftsdenkstil aufweisen als Kinder ohne ADHS. Dieser könnte zu den schlechteren Noten von ADHS-Kindern beitragen.

An der Studie nahmen insgesamt 21 ADHS- und 21 Kontrollkinder im Alter von 9 bis 13 Jahren teil. Ein spezielles Computerprogramm diente dazu, verschiedene Zukunftsdenkstile zu messen. Eltern schätzten die kognitive Kompetenz ihrer Kinder anhand des *Self-Perception Profile for Children* (SPPC; Harter, 1985) ein. Kinder gaben Selbsteinschätzungen ab. Über- und Unterschätzung der Kinder wurde durch den Vergleich dieser beiden Werte gemessen. Notendurchschnitte wurden zu zwei Messzeitpunkten erfasst.

In der aktuellen Untersuchung zeigten ADHS-Kinder mit und ohne komorbiden Störungen (Aggression, schlechte akademische Leistungen) keine Selbstüberschätzung. Gründe dafür könnten eine erhöhte Depressivität gewesen sein, die bei allen ADHS-Kindern festgestellt wurde. Nicht-aggressive Kinder mit ADHS (ADHS – Aggr) kontrastierten signifikant weniger als die Kontrollgruppe. Dies könnte ihre schlechteren Noten erklären. Zudem gab es Hinweise, dass ein Nicht-Kontrastierer Zukunftsdenkstil (Schwelgen, Grübeln) zu schlechteren Notendurchschnitten der Kinder mit normalen akademischen Leistungen (ADHS – SAL) beigetragen haben könnte. Bei ADHS-Kindern mit niedrigen akademischen Leistungen (ADHS + SAL) werden die Kernsymptome von ADHS als Erklärung für schlechtere Noten diskutiert.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	II
Kurzfassung	III
Inhaltsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1 Theoretischer Hintergrund	1
1.1 Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	1
1.1.1 Symptomatik und Klassifikation.....	1
1.1.2 Epidemiologie	2
1.1.3 Komorbidität	4
1.1.4 Ätiologie.....	7
1.2 Fantasien und Zukunftsdenken.....	11
1.2.1 Zukunftsdenken in der Motivationspsychologie	11
1.2.2 Theorie der Fantasierealisierung	11
1.2.3 Experimentelle Manipulation selbstregulatorischen Zukunftsdenkens.....	16
1.2.4 Messung des zeitlich stabilen Stils selbstregulatorischen Zukunftsdenkens	17
1.3 Selbstüberschätzung	19
1.3.1 Die Optimismus-Realismus Debatte	19
1.3.2 Selbstüberschätzung bei Kindern mit ADHS	21
1.4 Zusammenhang von positivem Zukunftsdenkstil und Selbstüberschätzung.....	24
1.4.1 Bisherige Erklärungsversuche für Selbstüberschätzung bei ADHS	24
1.4.2 Ein alternativer Erklärungsansatz für Selbstüberschätzung bei ADHS	26
1.5 Fragestellung und Hypothesen	28
1.5.1 Hypothesen.....	29
2 Methode	31
2.1 Stichprobe.....	31
2.1.1 Rekrutierung der ADHS-Gruppe	32
2.1.2 Rekrutierung der Kontrollgruppe	32
2.2 Testmaterial	33
2.3 Versuchsablauf	35
2.4 Untersuchungsdesign	39

2.4.1	Unabhängige Variablen.....	40
2.4.2	Abhängige Variablen.....	40
2.5	Versuchsraum.....	40
2.6	Geräte und Materialien.....	41
3	Resultate	42
3.1.1	Vergleich der Gruppen in Bezug auf Alter, Geschlecht und Schularart	42
3.1.2	Einfluss von Medikation	42
3.1.3	Übereinstimmung ADHS – Aggr und ADS: Bestand die ADHS – Aggr Gruppe hauptsächlich aus Kindern mit ADS?.....	45
3.1.4	Untersuchung des Zusammenhangs zwischen SPPC-Gesamtwert der Kinder und der Erfolgserwartung	45
3.1.5	Selbstüberschätzung	46
3.1.6	Zukunftsdenkstile	49
3.1.7	Erfolgserwartungen und Durchschnittsnoten	53
4	Diskussion.....	63
4.1	Darstellung und Diskussion der zentralen Ergebnisse	63
4.1.1	Selbstüberschätzung	63
4.1.2	Zukunftsdenkstile	69
4.1.3	Erfolgserwartungen und Durchschnittsnoten	73
4.1.4	Allgemeine methodische Schwierigkeiten und Einschränkungen	76
4.2	Zusammenfassung.....	78
4.3	Anregungen für weitere Forschung und die Praxis	80
	Literaturverzeichnis.....	84
	Anhang	95

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Das biopsychosoziale Modell der Entstehung von Aufmerksamkeitsstörungen (aus Döpfner, 2002).....	10
Abbildung 2. Häufigkeiten (%) des Zukunftsdenkstils (S = Schwelger; G = Grübler, RK = Reverse Kontrastierer, K = Kontrastierer) der Gruppen ADHS und KG.....	50
Abbildung 3. Häufigkeiten (%) des Zukunftsdenkstils (S = Schwelger; G = Grübler, RK = Reverse Kontrastierer, K = Kontrastierer) der Gruppen ADHS + Aggr, ADHS – Aggr und KG	52
Abbildung 4. Häufigkeiten (%) des Zukunftsdenkstils (S = Schwelger; G = Grübler, RK = Reverse Kontrastierer, K = Kontrastierer) der Gruppen ADHS + SAL, ADHS – SAL und KG	53
Abbildung 5. Regressionslinien der ADHS- und der Kontrollgruppe in Bezug auf die Prädiktorfähigkeit der Erfolgserwartung auf den Notendurchschnitt Zeugnis 2 HF	56
Abbildung 6. Regressionslinien der ADHS + Aggr, der ADHS – Aggr und der Kontrollgruppe in Bezug auf die Prädiktorfähigkeit der Erfolgserwartung auf den Notendurchschnitt Zeugnis 2 HF	59
Abbildung 7. Regressionslinien der ADHS + SAL, der ADHS – SAL und Kontrollgruppe in Bezug auf die Prädiktorfähigkeit der Erfolgserwartung auf den Notendurchschnitt Zeugnis 2 HF	62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Vergleich von Kindern aus der ADHS- und der Kontrollgruppe in Bezug auf demographische Variablen.....	32
Tabelle 2. Reihenfolge der durchgeführten Untersuchung.....	36
Tabelle 3. Testzeitpunkte der durchgeführten Untersuchung.....	39
Tabelle 4. Operationalisierung des Zukunftsdenkstils.....	40
Tabelle 5. Vergleich von ADHS-Kindern mit Medikamenten (ADHS + M) und ADHS-Kindern ohne Medikamente (ADHS – M) in Bezug auf die abhängigen Variablen und eine unabhängige Variable.....	44
Tabelle 6. Mittelwerte, Standardabweichungen und adjustierte Mittelwerte des Kind-Eltern Differenzwertes von einzelnen Items im SPPC (Harter, 1985) in Abhängigkeit des Faktors „schlechte akademische Leistungen“	49

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ADHS + Aggr	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit Aggression
ADHS – Aggr	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ohne Aggression
ADHS + SAL	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit schlechten akademischen Leistungen
ADHS – SAL	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ohne schlechte akademische Leistungen
ADS	Aufmerksamkeitsdefizitstörung
ANOVA	Analysis of variance
APA	American Psychiatric Association
CBCL	Child Behavior Checklist
CDI	Children's Depression Inventory
DAT	Dopamintransporter
DIKJ	Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche
DISYPS-KJ	Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter
DRD2	Dopamin D2 Rezeptor Gen
DRD4	Dopamin D4 Rezeptor Gen
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4. ed.)
FBB-HKS	Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen
HAWIK	Hamburger-Wechsler-Intelligenz-Test für Kinder
ICD-10	International Classification of Diseases (10. ed.)
KG	Kontrollgruppe
SPPC	Self-Perception Profile for Children
WHO	World Health Organization
WIAT	Wechsler Individual Achievement Test

1 Theoretischer Hintergrund

1.1 Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (im Folgenden ADHS genannt) gehört zusammen mit den oppositionellen Verhaltensauffälligkeiten zu den häufigsten Verhaltensstörungen im Kindesalter (Döpfner, 2002; Döpfner, Schürmann & Lehmkuhl, 1999; Wender, 1995). Vor allem das Umfeld, im Speziellen die Eltern, klagen über Konzentrationsschwierigkeiten, motorische Unruhe und impulsives Verhalten ihrer Kinder und suchen immer häufiger Hilfe bei Ärzten und Psychologen. Das Krankheitsbild existiert schon seit geraumer Zeit. Diskussionen über mögliche Ursachen und die Persistenz dieser Störung ins Erwachsenenalter haben die ADHS zunehmend in das Interesse der Öffentlichkeit rücken lassen.

1.1.1 Symptomatik und Klassifikation

In den aktuellen Klassifikationssystemen *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994; deutsch: Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) und *International Classification of Diseases* (ICD-10, World Health Organization [WHO], 1991; deutsch: Dilling, Mombour & Schmidt, 1991; Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2004) werden die diagnostischen Symptomkriterien der ADHS (APA, 1994) bzw. der hyperkinetischen Störung (WHO, 1991) beschrieben. In Bezug auf die Definition der Symptome weisen die beiden Systeme Gemeinsamkeiten und Unterschiede auf.

Sowohl das DSM-IV, welches vorrangig in den USA verwendet wird, als auch die ICD-10, welches üblicherweise in Europa Gebrauch findet, definieren drei Kernsymptome der ADHS: Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität. Unaufmerksamkeit zeigt sich darin, dass ein Kind häufig Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten macht, Schwierigkeiten hat, über längere Zeit die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten, sich durch äußere Reize leicht ablenken lässt und bei Alltagstätigkeiten oftmals vergesslich ist. Hyperaktivität wird durch Symptome wie zum Beispiel häufiges Zappeln mit Händen oder Füßen und Aufstehen, exzessives Klettern oder Herumlaufen in unpassenden Situationen definiert. Übermäßiges Reden gehört ebenfalls zu den Symptomkriterien der Hyperaktivität. Impulsivität bedeutet, dass ein Kind häufig mit der Antwort herausplatzt, bevor die Frage zu Ende gestellt ist, andere wiederholt bei Gesprächen bzw. beim Spielen stört oder oftmals nur schwer warten kann, bis es an der Reihe ist. Beide Diagnosesysteme legen fest, dass die Symptome mindestens sechs

Monate lang in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorliegen und dass einige beeinträchtigende Symptome der Störung vor dem Alter von sieben (DSM IV) bzw. sechs (ICD-10) Jahren aufgetreten sein müssen. Als weitere Voraussetzung für eine Diagnose gilt die Beeinträchtigung durch diese Symptome in zwei oder mehr Lebensbereichen, also beispielsweise in der Schule und zu Hause. Außerdem bedarf es Hinweisen auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigung in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen. Die Symptome dürfen nicht ausschließlich im Verlauf einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auftreten und zudem auch nicht durch eine andere psychische Störung wie z.B. eine affektive Störung, Angststörung, dissoziative Störung oder Persönlichkeitsstörung besser erklärbar sein.

In der Kombination der Symptomkriterien gibt es zwischen den zwei Klassifikationssystemen folgende Unterschiede: im DSM-IV sind drei Subtypen spezifiziert: *Mischtypus* (314.01), *vorwiegend unaufmerksamer Typus* (314.00) und *vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus* (314.01). Beim *Mischtypus* müssen sowohl Symptome der Unaufmerksamkeit als auch der Hyperaktivität/Impulsivität vorliegen. Bei den anderen beiden Typen reicht das Vorherrschen eines der Symptome aus. Sobald nicht alle Kriterien einer ADHS erfüllt sind, kann eine *nicht näher bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung* (314.9) diagnostiziert werden. Im ICD-10 ist es möglich, bei Vorliegen der drei Kernsymptome die *Einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung* (F 90.0) und bei zusätzlichem Auftreten von einer Störung des Sozialverhaltens die Kombinationsdiagnose *Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens* (F 90.1) zu diagnostizieren. Zudem können im ICD-10 die Diagnosen *sonstige hyperkinetische Störungen* (F90.8) und *nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störungen* (F90.9) gestellt werden.

1.1.2 Epidemiologie

1.1.2.1 Prävalenz

Die Prävalenzzahlen der ADHS variieren beträchtlich zwischen einzelnen Studien. Die American Psychiatric Association (1994) schätzt die Zahl der betroffenen Schulkinder auf 3-5%. Faraone, Sergeant, Gillberg und Biederman (2003) schlagen in ihrem Überblicksartikel eine weltweite Prävalenz der ADHS von 8-12% aller Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 4 und 20 Jahren vor. In einer deutschen Untersuchung von Essau, Groen, Conradt, Turbanisch und Petermann (1999) erfüllten nur 0,2% der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren die vollständigen DSM-IV-Kriterien für die Diagnose einer ADHS. Bei Erwachsenen

schwankt die Zahl zwischen 1% (Ebert & Hesslinger, 2004), 4% (Faraone, 2004, zitiert in Biederman, 2005) und 2-7% (Wender, 1995). Dabei muss beachtet werden, dass die Störung möglicherweise oft unerkannt bleibt: die Symptomatik bei Erwachsenen ist weniger charakteristisch als im Kindesalter. Diesen deutlichen Variationen von Häufigkeitsangaben werden verschiedene Ursachen zugeschrieben. Die Kriterien des DSM-IV für die Diagnose einer ADHS sind wesentlich weniger streng als die der ICD-10, was dazu führt, dass nach dem amerikanischen Klassifizierungssystem mehr Kinder und Jugendliche diagnostiziert werden als nach dem in Europa gebräuchlichen Äquivalent (u. a. Döpfner, 2002). Außerdem werden in den Studien verschiedene Stichprobentypen (z.B. aus einer Klinik oder einer Schule) rekrutiert und unterschiedliche Erhebungsmethoden verwendet (u. a. Faraone et al., 2003). Differenzen im Alter der untersuchten Stichprobe und Veränderungen der Definition von ADHS durch Überarbeitungen der Klassifikationssysteme führen ebenfalls zu einem breiten Spektrum von Häufigkeitsangaben (Scahill & Schwab-Stone, 2000).

Bei Jungen tritt ADHS wesentlich häufiger auf als bei Mädchen. Das Verhältnis wird in den meisten Studien zwischen 3:1 und 9:1 angegeben (u. a. Anderson, Williams, McGee & Silva, 1987). Im Erwachsenenalter werden nur noch doppelt so viele Männer wie Frauen als erkrankt diagnostiziert (Ebert & Hesslinger, 2004). Die American Psychiatric Association (1994) geht von einem Verhältnis von 4:1 in epidemiologischen und von 9:1 in klinischen Stichproben aus. Mädchen sind häufiger vom *vorwiegend unaufmerksamen Typus* von ADHS betroffen als Jungen. Der *Mischtypus* liegt bei beiden Geschlechtern am häufigsten vor (Biederman et al., 2002). Als eine mögliche Erklärung für die großen Verhältnisunterschiede zwischen Jungen und Mädchen in klinischen Stichproben im Vergleich zu nicht-klinischen Stichproben führen Biederman et al. (2002) an, dass die bei Mädchen vorherrschenden Unaufmerksamkeitssymptome nicht so auffällig seien wie die Hyperaktivitäts- und Impulsivitätssymptome. Aufgrund dessen würden sie seltener in Kliniken verwiesen. Gershon (2002) fanden in ihrer Studie heraus, dass Mädchen mit ADHS im Vergleich zu Jungen seltener externalisierende und häufiger internalisierende Probleme aufweisen.

1.1.2.2 Verlauf

ADHS ist als ein früh auftretendes Störungsbild zu betrachten, welches das Risiko einer Persistenz in sich birgt. Bereits bei Säuglingen können Phänomene von Unausgeglichenheit sowie Ess- und Schlafprobleme und ein erhöhtes psychophysiologisches Aktivitätsniveau auftreten. Sie lassen sich kaum beruhigen, leiden unter ständiger Anspannung und schreien oft (Döpfner, Frölich & Lehmkuhl, 2000; Döpfner et al., 1999). Im Kindergartenalter treten bei Kindern mit ADHS-Auffälligkeiten deutliche Zeichen von motorischer Unruhe und

ausgeprägter Umtriebigkeit auf. Zudem neigen sie zu extremen Wutausbrüchen und zu Nichtbeachten von Grenzen und Anweisungen (Barkley, 1998). Diese Probleme treten teilweise häufiger im Kindergarten zum Vorschein als in der Familie, da die Kinder dort wesentlich mehr Reizen ausgesetzt sind. Manchmal zeigen sich bei ADHS-auffälligen Kindern Rückstände in der Sprachentwicklung, im körperlichen Bewegungsablauf oder im freien Zeichnen. Ab dem Grundschulalter ist eine eindeutige Diagnostizierung der ADHS möglich. In der Schule werden Aufmerksamkeitsprobleme und Hyperaktivität meist durch Situationen, die länger anhaltende Konzentration, Ausdauer und Ruhe erfordern, sehr deutlich (Döpfner et al., 1999). Dies geht häufig mit Schulversagen einher (Faraone et al., 1993). Außerdem können aggressive Verhaltensweisen, Ablehnung durch Gleichaltrige und Selbstwertprobleme stark zunehmen (Döpfner et al., 1999; Döpfner, Frölich et al., 2000; Hinshaw & Melnick, 1995).

ADHS remittiert in der Pubertät entgegen früherer Annahmen nicht vollständig und in jedem Fall. Vielmehr besteht eine Kontinuität der Störung zwischen Kindes- und Jugendalter (u. a. Faraone et al., 2000; Faraone, Biederman & Monuteaux, 2002; Steinhausen, 2000). 40% der betroffenen Kinder erhalten im Erwachsenenalter weiterhin eine vollständige Diagnose der ADHS, 90% weisen weiterhin Restsymptome und funktionelle Einschränkungen auf (Barkley, 1998; Biederman, Mick & Faraone, 2000; Steinhausen, Drechsler, Földényi, Imhof, & Brandeis, 2003). Im Verlauf nehmen die drei Kernsymptome kontinuierlich ab, wobei Konzentrationsschwierigkeiten und Unaufmerksamkeits Symptome eher bestehen bleiben und die motorische Unruhe und Impulsivität im Vergleich stärker zurückgehen (Biederman et al., 2000). Döpfner und Kollegen (1999) schlussfolgern, dass körperliche Reifungsprozesse, vor allem Reifungsprozesse im Gehirn für die Verminderung der motorischen Unruhe verantwortlich seien. Bei manchen Jugendlichen häufen sich dissoziale Verhaltensweisen, Alkohol- bzw. Drogenmissbrauch und affektive Störungen, die sich bis ins Erwachsenenalter fortsetzen können (Barkley, 1998; Döpfner et al., 1999).

1.1.3 Komorbidität

Neben ADHS können zusätzliche Verhaltensauffälligkeiten auftreten. Bei bis zu zwei Drittel aller Kinder mit ADHS werden komorbide Störungen diagnostiziert (Biederman, Newcorn & Sprich, 1991; Jensen, Martin & Cantwell, 1997). Laut Döpfner, Frölich und Kollegen (2000) zählen zu den häufigsten Komorbiditäten oppositionelle Verhaltensstörungen, aggressive oder dissoziale Störungen des Sozialverhaltens, depressive Störungen, Angststörungen, Lernstörungen und Teilleistungsdefizite sowie Tic-Störungen.

1.1.3.1 Aggression bzw. Störung des Sozialverhaltens

In klinischen Stichproben weisen bis zu 50% aller Kinder mit ADHS zusätzlich eine oppositionelle Störung auf, die sich in aktivem Widersetzen gegenüber Anweisungen von Erwachsenen äußert. Ungefähr 30 bis 50% zeigen eine Störung des Sozialverhaltens mit aggressiven oder dissozialen Verhaltensauffälligkeiten (Döpfner, 2002; Döpfner et al., 1999). Es gibt Geschlechtsunterschiede bezüglich der Entwicklung einer Komorbidität mit diesen Störungen. Mädchen mit ADHS haben ein geringeres Risiko, eine Störung des Sozialverhaltens oder eine Störung des oppositionellen Trotzverhaltens zu entwickeln als Jungen mit ADHS (Biederman et al., 2002; Jensen et al., 1997).

Scheithauer und Petermann (2002) beschreiben, dass ADHS-auffällige Kinder aufgrund ihrer erhöhten Impulsivität über eine deutlich geringere Frustrationstoleranz verfügten, die sich durch Wutausbrüche äußere. Nach einer Studie von Zalecki & Hinshaw (2004) stieß dieses aggressive Verhalten bei Gleichaltrigen auf Ablehnung und wurde negativ bewertet.

Die Kombination von ADHS und einer Störung des Sozialverhaltens spielt eine bedeutende Rolle bei der Entwicklung von weiteren Störungen. Flory und Lynam (2003) stellten in einem Überblick über die Literatur fest, dass bei einer Komorbidität von ADHS und einer Störung des Sozialverhaltens das Risiko für Substanzmissbrauch höher sei, als wenn beide Störungen alleine aufträten. Laut einer Studie von Treuting und Hinshaw (2001) berichteten aggressive Jungen mit ADHS über mehr depressive Symptome als nicht-aggressive Jungen mit ADHS. Diese hatten wiederum mehr depressive Symptome als die Kontrollgruppe. Zudem zeigten aggressive Jungen mit ADHS einen niedrigeren Grad an Selbstwertgefühl als nicht-aggressive Jungen mit ADHS und Jungen aus der Kontrollgruppe. Modestin, Matutut und Würmle (2001) schlossen aus ihrer Studie, dass die Störung des Sozialverhaltens als Mediator bei Verbindungen zwischen ADHS und psychoaktivem Substanzmissbrauch diene.

Mit ihrer Familienstudie trugen Biederman, Munir und Knee (1987) zur Klärung des genetischen Beitrags bei der Entwicklung dieser beiden Störungen bei. Die Forscher zeigten, dass das familiäre Risiko für antisoziale Störungen unter Verwandten von Kindern mit ADHS mit komorbider Störung des Sozialverhaltens höher ist als unter Verwandten von Kindern ohne Störung.

Aufgrund der hohen Überschneidungen von aggressiven Störungen und ADHS besteht in der Forschung Unklarheit, ob eine Differenzierung in zwei Diagnosegruppen Sinn macht. Es lässt sich jedoch belegen, dass in diesen zwei Gruppen tatsächlich voneinander abgrenzbare Verhaltensmuster zu finden sind. Werry, Elkind und Reeves (1987) beispielsweise bestätigten in ihrer Untersuchung, dass die Jungen-Mädchen Relation bei ADHS

wesentlich extremer war als bei Störungen des Sozialverhaltens. Außerdem zeigte sich bei Patienten, die ausschließlich ADHS aufweisen, ein günstigerer Verlauf als bei Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens, unabhängig von einer komorbiden ADHS (Modestin et al., 2001). Trotzdem wird über einen abgegrenzten aggressiven ADHS-Subtypus diskutiert, welcher ADHS und Störung des Sozialverhaltens vereint (Biederman et al., 1991; Biederman, Faraone & Lapey, 1992; Jensen et al., 1997). Insgesamt gibt es Hinweise, dass diejenigen ADHS-Kinder mit einer komorbid aggressiven Verhaltensstörung den ungünstigsten Verlauf aufweisen und stärker psychisch gestört sind. Zudem ist das Potenzial für die Remission einer Störung des Sozialverhaltens verringert (Anderson et al., 1987; Döpfner, 2002; Hinshaw, 1987; Werry et al., 1987).

1.1.3.2 Akademische Leistungsfähigkeit bzw. Lernstörung

In klinischen Stichproben werden Lernstörungen und Schulleistungsdefizite bei Kindern mit ADHS in stark ausgeprägter Form bei etwa 10% bis 25% diagnostiziert (Biederman et al., 1991). Bei Mädchen mit ADHS treten seltener Lernstörungen auf und sie haben weniger Probleme in der Schule und in der Freizeit (Biederman et al., 2002). ADHS-Kinder sind schlechter in der Schule, Aufmerksamkeitsdefizite können ihre Lernleistung beeinträchtigen. Faraone und Kollegen (1993) zeigten in ihrer Studie, dass Kinder mit ADHS häufiger Klassen wiederholten, in spezielle Klassen versetzt wurden und Nachhilfe erhielten. Döpfner (2002) beschreibt, dass mit zunehmendem Alter auch Sekundärstörungen wie ein vermindertes Selbstwertgefühl und schulische Misserfolgserfahrungen auftreten und eine Abnahme der schulischen Leistungsmotivation und somit Leistungsdefizite verursachen könnten.

Mayes, Calhoun und Crowell (2000) fanden heraus, dass ADHS-Kinder mit einer komorbiden Lernstörung größere Lernprobleme hatten als Kinder, die unter einer reinen Lernstörung litten. Außerdem hatten sie mehr Aufmerksamkeitsprobleme als Kinder mit einer reinen ADHS. Semrud-Clikeman und Schafer (2000) stellten in ihrer Studie fest, dass ADHS-Kinder mit einer komorbiden Lernstörung ein hohes Maß an sozialem Distress und ein geringes Maß an sozialer Kompetenz erlebten. Diese sozialen Probleme zogen sich bis ins Jugend- und spätere Erwachsenenalter hinein und äußerten sich dann in Psychopathologie und sozialem Versagen.

Obwohl Lernstörungen relativ häufig komorbid mit ADHS auftreten, sind diese beiden Störungen nicht zwingend aneinander gekoppelt. Einige Kinder mit ADHS zeigen adäquate Leistungen und nicht alle Kinder mit Lernstörungen weisen eine ADHS auf. Zudem treten schlechte akademische Leistungen bei ADHS auch ohne komorbide Lernstörung auf (Barkley, 1998). Dies spricht für eine mögliche Unabhängigkeit dieser beiden Störungen.

Dagegen können sie jedoch auch bei manchen Personen überlappen (Interagency Committee on Learning Disabilities, 1987, zitiert in Biederman et al., 1991).

1.1.3.3 Weitere komorbide Störungen

Zwischen 10 und 40% aller Kinder mit ADHS haben zusätzlich eine affektive, vor allem eine depressive Störung (Biederman et al., 1991; Döpfner, Frölich et al., 2000; Jensen et al., 1997), wobei Mädchen ein geringeres Risiko für eine komorbide Major Depression haben als Jungen mit ADHS (Biederman et al., 2002). 20-25% aller Kinder mit ADHS weisen eine komorbide Angststörung auf (Biederman et al., 1991; Döpfner, Frölich et al., 2000; Jensen et al., 1997). Da normalerweise externale Auffälligkeiten eines Kindes im Vordergrund stehen, bereitet die Diagnose komorbider Angststörungen oftmals Schwierigkeiten. Obwohl es Hinweise für eine unabhängige genetische Vererbung von ADHS und Angststörungen gibt, zeigt ihr gemeinsames Auftreten qualitative Unterschiede in Bezug auf das Ansprechen auf Behandlungen und Behandlungsergebnisse. Jensen und Kollegen (1997) schlugen aufgrund dessen eine zusätzliche Kategorie vor: ADHS, ängstlicher Subtypus.

Bei bis zu 30% aller Kinder und Jugendlichen mit ADHS treten Tic-Störungen oder das Tourette-Syndrom auf. Borderline-Persönlichkeitsstörungen sind ebenfalls bei ADHS-Patienten in erhöhtem Maße vertreten (Biederman et al. 1991; Döpfner, Frölich et al., 2000).

1.1.4 Ätiologie

In der Forschung gibt es viele verschiedene Ansätze, die versuchen, die Entstehung der ADHS zu erklären. Keiner dieser Ansätze aber kann die Ursachen dieser Störung in vollstem Maße erläutern. Zusammenfassend ist nicht nur ein singulärer Faktor für die Entwicklung der ADHS verantwortlich, vielmehr ist von einem Zusammenspiel multipler Faktoren auszugehen.

1.1.4.1 Genetische Faktoren

Familienstudien von ADHS weisen konsistent auf eine familiäre Häufung dieser Störung hin (Biederman, 2005). In einem Überblicksartikel beschreiben Faraone & Doyle (2001), dass bei Eltern von Kindern mit ADHS ein 2- bis 8-fach erhöhtes Risiko für ADHS auftreten könne. Die Untersuchung von Komorbiditäten hilft ebenfalls, die genetische Heterogenität von ADHS zu erklären (Jensen et al., 1997). Allerdings sind diese Befunde nur schwache Hinweise auf die Entwicklung der Störung, da psychosoziale Faktoren bei einer familiären Häufung ebenfalls eine Rolle spielen können.

Eindeutige Hinweise auf eine genetische Ursache lassen sich anhand von Zwillings- und Adoptionsstudien zeigen. Goodman und Stevenson (1989) stellten in einem Vergleich von monozygotischen und dizygotischen Zwillingen fest, dass genetische Effekte ungefähr die Hälfte der Varianz von Hyperaktivitäts- und Unaufmerksamkeitssymptomen erklärten. Gemeinsame Umwelteffekte hingegen machten nur 0-30% der Varianz aus. Tannock (1998) schlug in einem Überblick über viele Studien zusammenfassend eine Konkordanzrate von 66% bei eineiigen und von 28% bei zweieiigen Zwillingen vor. Die Heretabilitäten lagen zwischen 75 und 98%.

Adoptionsstudien, die Umweltvariationen besser kontrollieren können als Zwillingsstudien, bieten ebenfalls Hinweise auf die Erbllichkeit von ADHS (Tannock, 1998). Sprich, Biederman, Crawford, Mundy und Faraone (2000) zeigten durch ihre Untersuchung, dass 6% der Adoptiveltern von adoptierten ADHS-Probanden ADHS aufweisen. Im Gegensatz dazu hatten 18% der biologischen Eltern von nicht-adoptierten ADHS-Probanden und 3% der biologischen Eltern von Kontrollprobanden die besagte Störung. Da in dieser Studie ADHS unter biologisch verwandten Personen häufiger auftrat als innerhalb einer Adoptivfamilie, sprechen diese Ergebnisse für eine genetische Komponente von ADHS.

Molekulargenetische Studien können Zusammenhänge zwischen Dopaminrezeptor-Genen (DRD4 und DRD2) sowie Dopamin-Transporter-Genen (DAT) und ADHS nachweisen (Swanson et al., 1998). Effekte dieser Gene aber sind relativ gering und ihre Mechanismen komplex. Es wird angenommen, dass ADHS durch die Kombination verschiedener Gene verursacht wird. Anormale Gene führen zu einer Vulnerabilität für die Störung, die in Abhängigkeit von Umweltfaktoren zum Ausdruck kommt (Faraone & Doyle, 2001).

1.1.4.2 Umweltfaktoren

Biologische Faktoren. Rauchen und Alkoholkonsum sowie ein schlechter Gesundheitszustand der Mutter während der Schwangerschaft sind potenzielle Risikofaktoren für die frühe Entstehung und Persistenz von ADHS. Weitere Prädiktoren sind ein schlechter Gesundheitszustand und Entwicklungsverzögerungen sowie ein niedriges Geburtsgewicht des Kindes (Barkley, 1998; Biederman, 2005). In einem Überblicksartikel zieht Marshall (1989) Studien heran, in denen allergische Reaktionen auf bestimmte Nahrungsmittelzusätze oder andere Stoffe eine Rolle bei der Entstehung von ADHS zugeschrieben wurden. Allerdings wiesen diese methodische Schwächen auf. Bleivergiftung wurde ebenfalls als Ursache diskutiert, dies kann aber trotz Erzeugung von Hyperaktivität und Unruhe nicht als ätiologischer Faktor für die Mehrheit der ADHS-Fälle gelten (Biederman, 2005).

Psychosoziale Faktoren. Psychosoziale Faktoren fungieren als unspezifischer Auslöser einer möglichen Prädisposition von ADHS bzw. modifizieren den Verlauf dieser Störung (Faraone & Doyle, 2001). Sie sind demnach keine primäre Ursache, tragen aber entscheidend zum Schweregrad der Störung bei (Döpfner, Frölich et al., 2000; Steinhausen, 2000). Als Risikofaktoren für die Entwicklung einer chronifizierenden und schweren ADHS gelten ein niedriger sozioökonomischer Status der Familie und familiäre Instabilität. Ebenso haben psychische Störungen der Eltern und eine schlechte Beziehung zu Gleichaltrigen und Eltern einen negativen Einfluss. Aggressives Verhalten des Kindes und mangelhafte elterliche Reaktion auf dieses durch einen strafenden, inkonsistenten Erziehungsstil sind weitere ungünstige Faktoren. (Barkley, 1998; Döpfner, Frölich et al., 2000). Verschiedene Eltern-Kind-Beziehungsmuster werden oft als Ursache für die Entstehung von ADHS betrachtet. Es ist allerdings unklar, ob die Symptomatik und das Verhalten des Kindes Schwierigkeiten in der Familie auslöst oder ob das Eltern-Kind-Beziehungsmuster zur Entwicklung der Störung beiträgt (Döpfner, Frölich et al., 2000).

1.1.4.3 Integrative Modelle

Integrative ätiologische Modelle erheben den Anspruch, viele verschiedene Faktoren, die als Ursache einer Störung gelten könnten, zu berücksichtigen. Döpfner (2002) entwickelte das Biopsychosoziale Modell zur Entstehung von Aufmerksamkeitsstörungen (siehe Abbildung 1), das weitgehend gesicherte bzw. mögliche ätiologische Faktoren von ADHS in Beziehung zueinander setzt. Die primären Ursachen dieser Störung liegen demnach in genetischen Dispositionen, die eine Störung des Neurotransmitterstoffwechsels, insbesondere des Dopaminstoffwechsels, bewirken. Es ist fraglich, ob Nahrungsmittelzusätze oder Hirnschädigungen als Ursache für eine Störung des Stoffwechsels anzusehen sind, ihr Einfluss ist in jedem Fall gering. Auf der neuropsychologischen Ebene entstehen Störungen der Selbstregulation, die sich in mangelnder Hemmung von Impulsen äußern. Diese Störungen entstehen in den Funktionsbereichen des Arbeitsgedächtnisses, der Regulation von Affekt, Motivation und Aufmerksamkeit, der Automation von Sprache und der Entwicklung von Handlungssequenzen (Barkley, 1997). Diese Störungen äußern sich auf der Symptomebene durch die klassischen ADHS-Symptome. Die Symptome bewirken wiederum eine Zunahme an negativen Interaktionen mit Bezugspersonen wie Geschwistern, Lehrern, Eltern und Freunden. Ungünstige Bedingungen in der Familie und der Schule wie z.B. große Klassen unterstützen diese negativen Interaktionen. Diese bewirken eine Zunahme an komorbiden Symptomen wie Leistungsdefizite, aggressives Verhalten oder emotionale Störungen, welche wiederum rückwirkend negative Interaktionen verstärken.

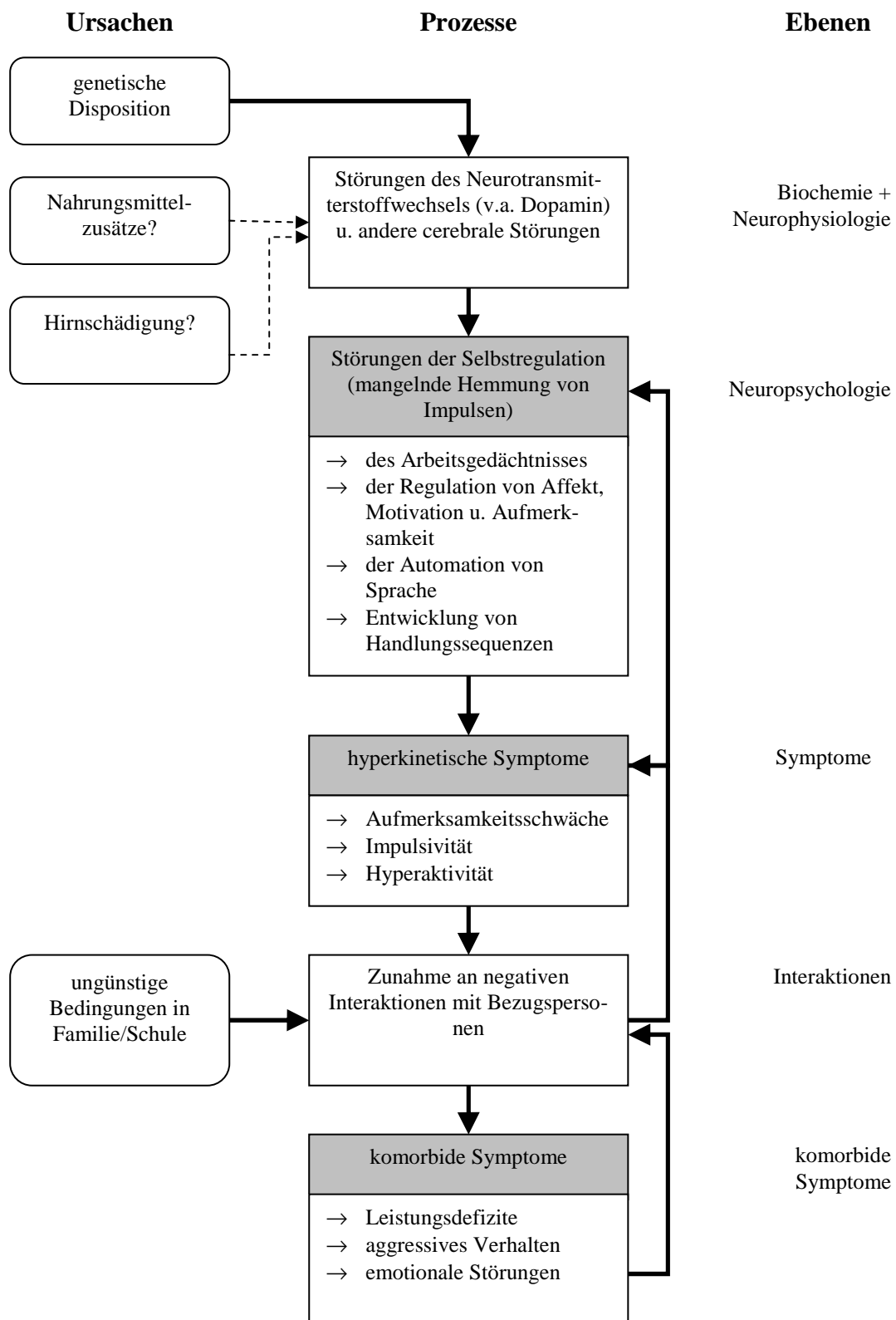


Abbildung 1. Das biopsychosoziale Modell der Entstehung von Aufmerksamkeitsstörungen (aus Döpfner, 2002)

1.2 Fantasien und Zukunftsdenken

1.2.1 Zukunftsdenken in der Motivationspsychologie

Zukunftsdenken, sprich die Antizipation zukünftiger Ereignisse, stellt eine wichtige Voraussetzung für Motivation dar und bietet dem Menschen die Möglichkeit, aus einer Absicht heraus zu handeln. Im Allgemeinen werden Zukunftsereignisse bevorzugt, die als wünschenswert und realisierbar wahrgenommen werden (Gollwitzer, 1990; Heckhausen, 1991; Locke & Latham, 1990).

Der Fokus vieler Handlungstheorien aus der Motivations-, Sozial- und Persönlichkeitspsychologie liegt darauf, wie Ziele Handlungen leiten können (vgl. Gollwitzer & Bargh, 1996; Locke & Latham, 1990). Nach Gollwitzer und Moskowitz (1996) werden zwei Arten von Theorien unterschieden, die das Zielstreben untersuchen. Zielinhaltenstheorien heben die Wichtigkeit von Zielinhalten (u. a. Dweck, 1996) und Zieldefinitionen (*goal framing*; Higgins, 1996; Locke & Latham, 1990) hervor. Selbstregulationstheorien des Zielstrebens konzentrieren sich hingegen auf die Rolle des Planens und weiterer selbstregulatorischer Strategien für eine erfolgreiche Zielerreichung (Gollwitzer, 1996; Kuhl & Beckmann, 1994). Die für die vorliegende Arbeit relevante Selbstregulationstheorie wird im Folgenden näher beschrieben.

1.2.2 Theorie der Fantasierealisierung

Bisherige Forschung vernachlässigte die Beschreibung psychologischer Prozesse beim Setzen verbindlicher Handlungsziele (Oettingen, 1999). Die von Oettingen formulierte Theorie der Fantasierealisierung (Oettingen, 1996, 1999; Oettingen, Pak & Schnetter, 2001) hat dies zum Inhalt und versteht die Zielsetzung als selbstregulatorisches Phänomen (Oettingen et al., 2001). Sie zeigt auf, dass es verschiedene Formen des Zukunftsdenkens gibt: Erwartungen und freie Fantasien. Außerdem wird postuliert, dass diese zwei Formen des Zukunftsdenkens während der motivationalen Tätigkeit der Zielsetzung unterschiedliche Einflüsse auf das Zielstreben haben. Jedoch ist nicht nur die Art der verarbeiteten Information beim Streben nach Zielen von Belang, sondern auch auf welche Weise diese Informationen verarbeitet werden.

1.2.2.1 Erwartungen versus Fantasien

Es lassen sich zwei verschiedene Formen des Zukunftsdenkens unterscheiden: Erwartungen und freie Fantasien (Oettingen, 1996, 1997a; Oettingen & Mayer, 2002). Erwartungen werden als subjektive Erfolgswahrscheinlichkeit definiert (Heckhausen, 1991) und sind

„Urteile, die den Realitätsgrad zukünftiger Ereignisse erfassen“ (Oettingen, 1997a, S. 158). Sie basieren auf vergangenen Erfahrungen und stellen somit die Leistungsgeschichte einer Person dar (Bandura, 1977, 1997; Mischel, 1973). Positive Erwartungen sind demnach Urteile, dass ein erwünschtes Ereignis in der Zukunft mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreffen wird. Positive Erwartungen können als valides Signal dienen, dass sich der Einsatz für das Ziel lohnt (Oettingen & Hagenah, 2005).

Spontan generierte Fantasien hingegen sind Tagträume oder mentale Bilder, welche zukünftige Ereignisse bzw. Szenarien darstellen und die während des Gedankenstroms auftreten (Klinger, 1990; Oettingen & Mayer, 2002; Oettingen & Hagenah, 2005; Singer, 1966). Sind diese Zukunftsfantasien positiv, dann werden Ereignisse und Szenarien gedanklich verschönert. Dies geschieht jedoch unabhängig von vergangenem Verhalten, vergangenen Leistungen und der eingeschätzten Wahrscheinlichkeit, dass diese Ereignisse tatsächlich eintreffen werden (Oettingen & Hagenah, 2005). Es ist beispielsweise möglich, dass ein Student in seinen positiven Fantasien über eine perfekte zukünftige Anstellung schwelgen kann, obwohl er die Wahrscheinlichkeit wegen des knappen Angebots gering einschätzt. Aufgrund dessen stellen Fantasien keine solide Handlungsbasis dar.

In unterschiedlichen Studien konnte gezeigt werden, dass Erwartungsurteile und Zukunftsfantasien eine gegensätzliche Wirkung auf Motivation und erfolgreiches Handeln haben (Oettingen, 1997a, b; Oettingen & Mayer, 2002; Oettingen et al., 2001). In einer Studie von Oettingen und Mayer (2002, Studie 1) wurden Studenten gebeten, die Wahrscheinlichkeit einzuschätzen, eine angemessene Anstellung nach dem Studium zu bekommen. Dann hatten sie die Aufgabe, positive und negative Gedanken und Bilder bezüglich ihres Berufseinstiegs zu erzeugen. Zusätzlich dazu mussten sie die Häufigkeit dieser Gedanken angeben. Zwei Jahre später wurden die Anzahl der Stellenangebote, die Höhe des Einkommens und die Anzahl der Bewerbungen als abhängige Variablen gemessen. Teilnehmer mit positiven Erwartungen erhielten mehr Stellenangebote und ein höheres Einkommen. Diejenigen Teilnehmer jedoch, die angegeben hatten, häufig positive Fantasien über ihren Berufseinstieg zu haben, waren weniger erfolgreich bei ihrer Stellensuche. Sie schickten weniger Bewerbungen los, bekamen weniger Stellenangebote und verdienten weniger Geld als diejenigen Studenten, die angegeben hatten, häufig negativ getönte Fantasien bezüglich des Berufseinstiegs zu haben.

Ähnliche Studien über Erwartungen und Fantasien in Bezug auf den Beginn einer Liebesbeziehung (Studie 2), auf akademischen Erfolg (Studie 3) und auf die Genesung nach einer Operation (Studie 4) zeigten dieselben Ergebnisse. Oettingen und Mayer (2002) schlussfol-

gerten in einer Zusammenfassung, dass positive Erwartungen eine höhere Motivation und erfolgreichere Leistungen voraussagten als negative Erwartungen. Im Gegensatz dazu seien positive Fantasien ein Prädiktor für niedrigere Motivation und geringeren Erfolg als negative Fantasien. Positive Fantasien bewirken, dass die erwünschte Zukunft mental im Hier und Jetzt genossen wird und somit der nötige Einsatz zur Zielerreichung und für zukünftigen Erfolg gebremst wird (Oettingen & Mayer, 2002). Ein solches Erleben erwünschter Ereignisse in der Gegenwart führt zu aktuellem Wohlbefinden und damit zu wenig Handlungsmotivation, da keine Diskrepanz zwischen dem aktuellen und dem erwünschten Zustand erlebt wird (Bandura, 1991; Carver & Scheier, 1990). Positive Fantasien über die Zukunft scheinen demnach problematisch zu sein, sobald es um die motivationale Frage geht, diese Fantasien in der Gegenwart umzusetzen (Oettingen & Hagenah, 2005).

1.2.2.2 Drei Arten selbstregulatorischen Zukunftsdenkens

Die Theorie der Fantasierealisierung (Oettingen, 1996, 1999; Oettingen et al., 2001; Oettingen & Thorpe, 2006) beschreibt drei verschiedene Wege selbstregulatorischen Zukunftsdenkens, die relevant für die Zielsetzung sind. Sie unterscheiden sich durch den Umgang mit freien Fantasien über die Zukunft.

Der erste Weg selbstregulatorischen Zukunftsdenkens besteht in reinem Fantasierem über eine positive Zukunft („Schwelgen“ genannt). Eine Person, die diesen Denkstil verwendet, schwelgt in Fantasien, Tagträumen und Bildern über die erwünschte Zukunft (z.B. ein Auslandsemester während des Studiums zu machen, eine neue Sprache zu erlernen, eine zufrieden stellende Anstellung nach dem Studium zu bekommen). Mögliche Hindernisse der Gegenwart finden gedanklich keine Beachtung, sodass Schwelgen zum mentalen Genießen der positiven Zukunft im Hier und Jetzt führt. Somit entsteht kein Gefühl einer Handlungsnotwendigkeit. Relevante Erfolgserwartungen werden nicht aktiviert und kommen nicht zur Anwendung. Das Engagement in Richtung Zielrealisierung (z.B. Bemühungen für die Zielerreichung, Persistenz in der Zielverfolgung; Locke & Latham, 1990) befindet sich auf einem mittleren Niveau und ist unabhängig von den eigenen wahrgenommenen Erfolgserwartungen. Im Falle positiver Erfolgserwartungen führt das bloße Schwelgen in positiven Zukunftsfantasien somit zu keinem ausgeprägten Engagement. Bei niedrigen Erwartungen führt Schwelgen zu keinem ausgeprägten Disengagement. Vorhandene Möglichkeiten zur Fantasierealisierung werden dementsprechend entweder nicht voll genutzt oder beschränkte Handlungsmöglichkeiten nicht voll respektiert. Ein Engagement entwickelt sich vor allem durch den motivationalen Sog (*pull*), der durch die Positivität der fantasierten Zukunftsereignisse ausgelöst wird.

Der zweite Weg selbstregulatorischen Zukunftsdenkens basiert auf reinem Grübeln über negative Aspekte der Realität („Grübeln“ genannt). Eine Person, die diesen Denkstil verwendet, grübelt über negative Gesichtspunkte der Gegenwart, welche der Realisierung der erwünschten Zukunft entgegenstehen (z.B. über wenig Geld zu verfügen, faul zu sein, keine Bewerbung verfasst zu haben). Da handlungsweisende Fantasien fehlen, bleibt es somit beim wiederkehrenden Grübeln. Auch bei diesem Zukunftsdenkstil werden Erfolgserwartungen weder aktiviert noch angewandt. Das Engagement in Richtung Zielrealisierung befindet sich wie beim Schwelgen in positiven Fantasien auf einem mittleren Niveau und ist ebenfalls unabhängig von den eigenen wahrgenommenen Erfolgserwartungen. Wie auch beim schwelgenden Zukunftsdenkstil führt das bloße Bedenken negativer Aspekte der vorliegenden Realität in Anbetracht positiver Erfolgserwartungen zu keinem ausgeprägten Engagement und angesichts niedriger Erwartungen zu keinem ausgeprägten Disengagement. Vorhandene Möglichkeiten zur Zielrealisierung werden dementsprechend wie beim ersten Weg selbstregulatorischen Zukunftsdenkens (Schwelgen) entweder nicht voll genutzt oder beschränkte Handlungsmöglichkeiten nicht voll respektiert. Ein Engagement entwickelt sich vor allem durch den motivationalen Schub (*push*), der durch die Negativität der gegenwärtigen Ereignisse ausgelöst wird.

Der dritte Weg selbstregulatorischen Zukunftsdenkens basiert auf mentalem Kontrastieren („mentales Kontrastieren“ genannt). Eine Person, die diesen Denkstil verwendet, kontrastiert die erwünschte Zukunft (z.B. Gedanken über gute Leistungen in Mathe) mit negativen Aspekten der ihr widersprechenden Realität (z.B. Gedanken über Ablenkungen beim Mathelernen). Der Vorgang des mentalen Kontrastierens einer positiven Zukunft mit einer negativen Realität setzt einen komplexen Zielsetzungsmechanismus in Gang. Die gemeinsame mentale Elaboration der erwünschten Zukunft und der gegenwärtigen Realität führt zu einer erhöhten simultanen Zugänglichkeit von Kognitionen über beide Aspekte. Zudem bewirkt der Vorgang des mentalen Kontrastierens, dass ein relationales Konstrukt (*relational construct*) aktiviert wird. Dieses legt eine Beziehung zwischen den simultan aktivierten Kognitionen über Zukunft und Realität fest. Die erwünschte Zukunft wird somit zu einer erstrebenswerten Zukunft und die ihr widersprechende negative Realität zu einer veränderungsbedürftigen Realität. Durch das Gefühl der Notwendigkeit, die erwünschte Zukunft zu erreichen, werden Erwartungen aktiviert (Olsen, Roese & Zanna, 1996). Diese wiederum werden im Prozess der Zielsetzung angewandt. Sind diese Erfolgserwartungen niedrig, setzen sich mental kontrastierende Personen keine bindenden Ziele. Haben sie jedoch

hohe Erwartungen, setzen sie sich voll und ganz für die Erreichung der erwünschten Zukunft ein.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Theorie der Fantasierealisierung (Oettingen, 1996, 1999; Oettingen et al., 2001) drei Wege selbstregulatorischen Zukunftsdenkens unterscheidet. In positiven Fantasien über die Zukunft zu schwelgen und über negativen Aspekten der Realität zu grübeln führt zu einem inadäquaten Engagement in Richtung Zielrealisierung. Mentales Kontrastieren der positiven Zukunft mit negativen Aspekten der hindernden Realität führt zu einem starken Engagement, sobald die Erfolgserwartungen hoch sind.

1.2.2.3 Relationales Konstrukt

Das relationale Konstrukt, welches im vorherigen Abschnitt bereits erwähnt wurde, spielt im Zuge des mentalen Kontrastierens eine wichtige Rolle. Wie bereits erwähnt, aktiviert mentales Kontrastieren eine simultane Zugänglichkeit von Kognitionen über Fantasie und Realität. Das Ausmaß des Vergleichs zugänglicher Kognitionen hängt jedoch davon ab, welche Art von Vergleichskonstrukt aktiviert wird (Higgins & Chaires, 1980). Beispielsweise können aktivierte Kognitionen, die zwei verschiedene Personen betreffen, auf unterschiedlichste Art und Weise miteinander verknüpft sein. Im Sinne von *zusammen* oder *mit* bedeuten sie Kooperation, im Sinne von *getrennt* oder *gegen* bedeuten sie jedoch Wettkampf.

Das durch mentales Kontrastieren aktivierte relationale Konstrukt beinhaltet, dass die negative Realität als ein Hindernis für die erwünschte Zukunft gesehen wird. Aufgrund dieser Tatsache entsteht eine Handlungsnotwendigkeit. Sobald die Realität jedoch nicht mehr als Hindernis betrachtet wird, besteht diese Handlungsnotwendigkeit nicht mehr. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn zunächst ein negativer Aspekt mental elaboriert und anschließend über einen positiven Zukunftsaspekt fantasiert wird („Reverses Kontrastieren“ genannt). Oettingen et al. (2001) konnten in einer Studie zeigen, dass Erwartungen in der Bedingung „Reverse Kontrastierer“ nicht zu zielgerichteten Reaktionen führten. Sie schlossen daraus, dass die gemeinsame Zugänglichkeit von erwünschter Zukunft und negativer Realität nicht ausreichen, um kontrastierende Effekte zu generieren. Vielmehr sei das relationale Konstrukt, bei dem positive Fantasien zeitlich vor der negativen Realität elaboriert werden und somit Fantasien als Referenzpunkt dienen, ausschlaggebend für erwartungsabhängige Zielsetzung und Aktivierung zielgerichteten Verhaltens.

1.2.3 Experimentelle Manipulation selbstregulatorischen Zukunftsdenkens

Die drei unterschiedlichen Formen selbstregulatorischen Zukunftsdenkens wurden in vielen Studien experimentell induziert, um ihren Effekt auf das Engagement in Richtung Fantasierealisierung feststellen zu können (Oettingen, 2000; Oettingen et al., 2001; Oettingen, Hönig & Gollwitzer, 2000; Oettingen, Mayer & Lenbet, 2005). Diese Induktion geschah stets auf dieselbe Art und Weise. Die Teilnehmer wurden zunächst entweder mit einem erwünschten Zukunftsereignis konfrontiert oder sie wurden gebeten eine solches zu nennen. Anschließend sollten sie die Erfolgswahrscheinlichkeit der Fantasierealisierung einschätzen. Danach hatten sie die Aufgabe, vier positive Aspekte dieser erwünschten Zukunft und vier negative Aspekte der hindernden Realität zu nennen. Anschließend wurden die Teilnehmer in Abhängigkeit der Versuchsbedingung gebeten, vier der acht aufgelisteten Aspekte in einer schriftlichen Form gedanklich näher auszuführen: in der positiven Fantasiegruppe (Schwelger) waren dies vier positive Zukunftsaspekte, in der negativen Realitätsgruppe (Grübler) vier negative Aspekte und in der Kontrastierergruppe (Mentale Kontrastierer) abwechselnd zwei positive und zwei negative Aspekte beginnend mit einem positiven Aspekt.

In einer Studie von Oettingen et al. (2001, Studie 4), in der es um Zielsetzung im akademischen Bereich ging, zeigten männliche Jugendliche der Kontrastierergruppe, die das Anliegen hatten, hervorragende Leistungen in Mathematik zu bekommen, bessere Noten in diesem Fach. Diese Verbesserung ließ sich in dieser Gruppe jedoch nur bei Jugendlichen mit hoher Erfolgserwartung feststellen. Personen der Kontrastierergruppe mit niedrigen Erfolgserwartungen zeigten schlechtere Noten. Teilnehmer in der positiven Fantasiegruppe und in der negativen Realitätsgruppe hatten mittelmäßige Noten, unabhängig davon, ob sie an ihre eigene Kompetenz glaubten oder nicht. Die Verbindung zwischen den Erfolgserwartungen der Jugendlichen und ihren Leistungen war in der Kontrastierergruppe stärker als in der positiven Fantasiegruppe und der negativen Realitätsgruppe. In einer weiteren Studie von Oettingen et al. (2001, Studie 2) aus dem akademischen Bereich ging es um das Anliegen, im Ausland zu studieren. Der Grad an Enttäuschung im Falle von Nichterfüllung dieses Anliegens diente zur Messung des Engagements in Richtung Zielrealisierung. Teilnehmer der Kontrastierergruppe antizipierten mehr Enttäuschung als die anderen Gruppen, wenn die Erfolgserwartungen hoch waren und sie nahmen weniger Enttäuschung vorweg als andere Gruppen bei niedrigen Erfolgserwartungen. In der positiven Fantasiegruppe und der negativen Realitätsgruppe lag der Enttäuschungswert im mittleren Bereich. Zudem war die Verbindung zwischen der Erwartung, im Ausland zu studieren und ihrer antizipierten Enttäuschung stärker in der Kontrastierer- als in der positiven Fantasiegruppe und der negativen Realitätsgruppe.

Ähnliche Ergebnisse konnten in Experimenten repliziert werden, in welchen die Kombination von Arbeit und Familienleben (Oettingen, 2000, Studie 2) oder der Erwerb einer zweiten Sprache (Oettingen et al., 2000, Studie 1) als Anliegen untersucht wurden. Auch im interpersonellen Bereich zeigten sich diese Ergebnisse: die Lösung interpersoneller Konflikte (Oettingen et al., 2001, Studien 1 und 2) und das Kennen lernen attraktiver Personen (Oettingen, 2000, Studie 1) wurden als Themen untersucht. Im Gesundheitsbereich zeigten sich dieselben Ergebnisse bei Anliegen, die das Aufhören des Rauchens (Oettingen et al., 2005) und die Bewältigung von akuten Stressoren betrafen (Oettingen et al., 2005).

Über alle Studien hinweg lässt sich sagen, dass sich ein unterschiedlich starkes Engagement in Richtung Zielrealisierung zwischen den Gruppen zeigte. In der Kontrastierergruppe korrelierten Erwartungen positiv mit dem Engagement. In der Fantasiegruppe und in der Realitätsgruppe war dieses Engagement unabhängig von Erwartungen.

1.2.4 Messung des zeitlich stabilen Stils selbstregulatorischen Zukunftsdenkens

Der Fokus vergangener Studien lag fast ausschließlich auf der experimentellen Manipulation selbstregulatorischen Zukunftsdenkens. Die Messung individueller Unterschiede im Zukunftsdenken blieb bislang unbeachtet. Grant, Oettingen, Gollwitzer und Schneider (2005, Studie 1) jedoch entwickelten kürzlich eine verhaltensbasierte Messmethode, durch die sich individuelle Unterschiede mentalen Kontrastierens erfassen lässt. Dies geschah folgendermaßen: zunächst wurden bei Teilnehmern dieser Studie die drei Strategien selbstregulatorischen Denkens anhand des üblichen Verfahrens induziert. Anschließend wurden sie an einem Computer gebeten, erneut ihr wichtigstes Anliegen zu nennen und die Wahrscheinlichkeit und Wichtigkeit der Erfüllung dieses Anliegens einzuschätzen. Danach sollten sie drei positive Aspekte dieses Anliegens und drei negative Aspekte der hindernden Realität schriftlich nennen, während der Computer die Generationszeit dieser Aspekte aufzeichnete. Teilnehmer der mentalen Kontrastierer-Bedingung brauchten mehr Zeit, Hindernisse zu erzeugen als Personen in der Schwelger- und Grüblerbedingung. In weiteren Studien zeigte sich, dass diese Messmethode diskriminante, konvergente und prädiktive Validität und Stabilität über die Zeit hinweg hatte (Grant et al., 2005, Studie 2, Studie 3).

Ein weiteres Instrument zur Messung individueller Unterschiede selbstregulatorischen Zukunftsdenkens wurde anhand eines Paper-and-Pencil-Verfahrens validiert (Oettingen und Bardong, 2006). Dabei hatten die Teilnehmer die Aufgabe, frei zwischen den positiven Zukunftsaspekten und den negativen Realitätsaspekten zu wählen. Diese sollten anschließend gedanklich näher ausgeführt werden. Die Zuordnung zu den Zukunftsdenkformen geschah

anschließend anhand der freien Auswahl von positiven Zukunfts- und negativen Realitätsaspekten: Teilnehmer, die vorherrschend positive Zukunftsaspekte wählten, wurden als Schwelger klassifiziert. Diejenigen, die sich zur gedanklichen Ausführung vor allem negative Aspekte der Realität aussuchten, wurden in die Klasse der Grübler eingeordnet. Als Mentale Kontrastierer galten diejenigen Teilnehmer, die zwei positive Zukunfts- und zwei negative Realitätsaspekte wählten, aber mit einem positiven Zukunftsaspekt begannen. Reverse Kontrastierer suchten sich ebenfalls zwei positive Zukunfts- und zwei negative Realitätsaspekte aus, begannen aber mit einem negativen Aspekt. In der Studie von Oettingen und Bardong (2006) zeigte sich, dass diejenigen Versuchspersonen, die als Mentale Kontrastierer klassifiziert wurden bei hohen Erwartungen ein hohes Engagement in Richtung Zielrealisierung aufwiesen und bei niedrigen Erwartungen ein niedriges Engagement offenbarten. Teilnehmer, welche in die Klasse der Schwelger, Grübler und Reversen Kontrastierer eingeordnet wurden, zeigten ein erwartungsunabhängiges Engagement. Da sich anhand dieses Paper-and-Pencil-Verfahrens dieselben Ergebnisse wie anhand von experimenteller Manipulation selbstregulatorischen Zukunftsdenkens zeigten, fand es als angemessenes Verfahren zur Messung des zeitlich stabilen Zukunftsdenkstils Akzeptanz. In einer weiteren Studie (Dyczka, 2006) wurde der bevorzugte zeitlich stabile Zukunftsdenkstil von Jugendlichen und ihren Müttern anhand besagter Paper-and-Pencil-Methode gemessen. Die Einstimmung der Mütter auf ihre Kinder wurde anhand von Korrelationen zwischen der mütterlichen Einschätzung von Leistungszielen ihrer Kinder und der Leistungszielselbsteinschätzung der Jugendlichen operationalisiert. Untersucht wurden Interaktionen der Zukunftsdenkstile mit der Einstimmung der Mütter auf ihre Kinder. Es zeigte sich das typische Muster von erwartungsbasierter Motivation bei Jugendlichen, welche den zeitlich stabilen Kontrastierer-Zukunftsdenkstil verwendeten und erwartungsunabhängiger Motivation bei Jugendlichen, welche zeitlich stabile Stile wie Schwelgen, Grübeln oder Reverses Kontrastieren verwendeten. Die Einstimmung der Mütter auf ihre Kinder war mit dem Kontrastierer-Zukunftsdenkstil der Jugendlichen verbunden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Messung eines zeitlich stabilen Stils selbstregulatorischen Denkens möglich ist. In mehreren Studien ließ sich zeigen, dass dieselben Ergebnisse wie bei der experimentellen Manipulation selbstregulatorischen Zukunftsdenkens zu finden waren: in der Kontrastierergruppe korrelierten Erwartungen positiv mit dem Engagement. In der Fantasiegruppe und in der Realitätsgruppe waren Erwartungen und Engagement unabhängig voneinander.

1.3 Selbstüberschätzung

Viele Forscher haben das Phänomen der Selbstüberschätzung im Zusammenhang mit positiven Illusionen untersucht. Unter positiven Illusionen versteht man eine Verzerrung in der Verarbeitung selbst-relevanter Informationen. Eine Definition über Illusion lässt sich bei Taylor und Brown (1988) finden. Dort wird Illusion nach Stein (1982, S.662) definiert als:

“... a perception that represents what is perceived in a way different from the way it is in reality. An illusion is a false mental image or conception which may be a misinterpretation of a real appearance or may be something imagined. It may be pleasing, harmless, or even useful.“ (S. 194).

Neben Selbstüberschätzung können sich positive Illusionen in folgenden Bereichen manifestieren: in Form von einer positiven Selbstsicht, von übertrieben wahrgenommener persönlicher Kontrollfähigkeit und von unrealistischem Optimismus (Taylor und Brown, 1988). Wenn die Selbstsicht bzw. das Selbstkonzept positiv illusionär verzerrt ist, kann man davon ausgehen, dass Erwartungen in Bezug auf die Zukunft ebenfalls von positiven Illusionen geprägt sind.

Seit langer Zeit existiert zwischen den Forschern Uneinigkeit, ob positive Illusionen in Bezug auf das Selbst und die Zukunft adaptiv und harmlos oder ob sie schädlich für die mentale Gesundheit sind. Diskussionen darüber kommen in der Optimismus-Realismus Debatte zum Ausdruck.

1.3.1 Die Optimismus-Realismus Debatte

In der Optimismus-Realismus-Debatte stehen sich zwei Forschungstraditionen gegenüber: die empirische Psychologie und die humanistische Psychologie. In der empirischen Tradition stehende Forscher (Bandura, 1997; Taylor & Brown, 1988, 1994) argumentieren, dass positives, optimistisches Zukunftsdenken und optimistische Selbstwahrnehmung die Gesundheit und den Erfolg fördern, auch wenn die Realität illusionär ins Positive verzerrt wird. Illusorisch optimistisches Denken wird mit positiven Effekten auf Motivation, Kognition und Affekt verbunden. Beispielsweise führt es zu erhöhter Persistenz bei auftretenden Schwierigkeiten, besserem Problemlöseverhalten, erhöhter Kreativität, verringerter Versagensangst, effektiveren Bewältigungsstrategien, erhöhtem prosozialem Verhalten und zu besseren Leistungen. Es schützt vor Depressionen, Alkoholismus, Fettleibigkeit, akuten und chronischen Krankheiten (vgl. Bandura, 1997; Scheier & Carver, 1992; Taylor, 1989; Taylor & Brown, 1988, 1994; Wright, 2000). Taylor und Brown (1988)

schlagen in ihrem Übersichtsartikel vor, dass positive Selbstbewertung, übertriebene Wahrnehmung von Kontrolle und unrealistischer Optimismus charakteristisch für normales menschliches Denken seien. Sie schließen weiterhin, dass positive Illusionen weitere Kriterien mentaler Gesundheit förderten:

“... the mentally healthy person appears to have the enviable capacity to distort reality in a direction that enhances self-esteem, maintains beliefs in personal efficacy, and promotes an optimistic view of the future. These three illusions, as we have called them, appear to foster traditional criteria of mental health, including the ability to care about the self and others, the ability to be happy or contented, and the ability to engage in productive and creative work.” (S. 204)

Die von der humanistischen Psychologie inspirierten Forscher jedoch argumentieren, dass eine realistische Selbst- und Weltsicht als Voraussetzung für Gesundheit und eine erfolgreiche Persönlichkeitsentwicklung zu betrachten sind (Colvin & Block, 1994; Colvin, Block & Funder, 1995; Shedler, Mayman & Manis, 1993). Colvin und Block (1994) kritisieren die von Taylor und Brown (1988) aufgeführten Befunde heftig:

„We do not believe that cognitive distortions about oneself and one’s social surroundings can result in adaptive behavior over long periods of time in a world that provides feedback or reacts back on the individual.” (S. 17)

Sie zweifeln an, dass die Genauigkeit der Realitätseinschätzungen valide erhoben worden sei. Zusätzlich dazu fordern sie externe und objektive Kriterien für die Beurteilung der Akkuratheit von Optimismus. Shedler, Mayman und Manis (1993) argumentieren ähnlich, indem sie die mangelnde Validität der Messung psychischer Gesundheit beklagen. Sie behaupten, dass illusorische psychische Gesundheit, welche auf Verleugnung basiere, negative psychologische Auswirkungen habe und ein Risikofaktor für Krankheiten sein könnte. Positive Illusionen werden zudem mit problematischen Anpassungsprozessen verbunden. Beispielsweise führen sie zu mangelhaften sozialen Fähigkeiten aufgrund von übermäßigem Vertrauen und eingeschränkter Selbstwahrnehmung, zu negativen Reaktionen auf wahrgenommene Herausforderungen der Selbstsicht, zu verringerter adaptiver Anstrengung wie Zielsetzung, zu unsicherem Verhalten, gefährlicher Entscheidungsbildung und zu internalisierenden und externalisierenden Problemen (Baumeister, 1989; Baumeister, Bushman & Campbell, 2000; Colvin & Block, 1994; Colvin et al., 1995; DuBois & Silverthorn, 2004; Harter, 1998; Tennen & Affleck, 1993).

1.3.2 Selbstüberschätzung bei Kindern mit ADHS

Im klinischen Bereich lassen sich ebenfalls Phänomene von positiven Illusionen finden. Rezente Studien über Kinder mit ADHS zeigen, dass diese sich hinsichtlich ihrer Kompetenzen im Vergleich zu Kontrollkindern in verschiedenen Bereichen überschätzen und dass sie überhöhte Leistungserwartungen haben.

1.3.2.1 Selbstüberschätzung der akademischer Leistungen

In einer Studie aus dem akademischen Bereich von Hoza, Pelham, Waschbusch, Kipp und Owens (2001) wurde mit ADHS-Jungen und Jungen ohne Störung eine akademische Leistungsaufgabe (*find-a-word-task*) durchgeführt. Vor dieser Aufgabe maßen die Forscher die Leistungserwartung und danach die Selbstbewertung. Jungen mit ADHS zeigten im Vergleich zu Jungen der Kontrollgruppe signifikant schlechtere Ergebnisse in der Aufgabe. Ihre Leistungserwartung und die Selbstbewertung waren jedoch genauso hoch wie die der Jungen aus der Kontrollgruppe. Hoza et al. (2001) deuteten die Ergebnisse im Sinne einer Selbstüberschätzung von Jungen mit ADHS.

Eine weitere Studie aus dem akademischen Bereich zeigte ähnliche Ergebnisse. Milich und Okazaki (1991) baten Jungen mit ADHS und Kontrollkinder, eine Voraussage für ihre Leistung in *find-a-word puzzles* zu treffen. Sie fanden heraus, dass Jungen mit ADHS ihre antizipierten Leistungen signifikant optimistischer vorhersagten als Kinder der Kontrollgruppe. O'Neill und Douglas (1991) fanden in ihrer Studie, an der Kinder mit ADHS, Kinder mit Leseschwäche und Kontrollkinder teilnahmen, die gleichen Ergebnisse heraus: Jungen mit ADHS trafen signifikant optimistischere Vorhersagen ihrer Leistung bei einer Leseerinnerungsaufgabe als die beiden anderen Gruppen. Eine Studie von Whalen, Henker, Hinshaw, Heller & Huber-Dressler (1991) zeigte, dass 80% der Jungen mit ADHS eine perfekte Leistung bei einer Wörtersuchaufgabe vorhersagten im Vergleich zu nur 43% von Kontrollkindern.

1.3.2.2 Selbstüberschätzung im sozialen Bereich

Auch im sozialen Bereich zeigten sich Selbstüberschätzungsphänomene. In der Studie von Hoza, Waschbusch, Pelham, Molina und Milich (2000) sollten Jungen mit ADHS und Jungen aus der Kontrollgruppe vor einer Interaktions-Aufgabe ihre Erwartungen in Bezug auf ihre Fähigkeit, beim Gegenüber als beliebt angesehen zu werden, angeben. Nach der Interaktionsaufgabe wurden sie gebeten, ihre eigene Leistung zu bewerten. Objektive Rater beurteilten Jungen mit ADHS als weniger sozial effektiv als Jungen der Kontrollgruppe. Jungen der ADHS-Gruppe schätzten ihre Leistungen jedoch als besser ein als Jungen der

Kontrollgruppe. Die Forscher schlossen anhand der Ergebnisse auch bei dieser Studie auf eine illusorisch positive Verzerrung der Selbstwahrnehmung bei Jungen mit ADHS. In einer weiteren Studie von Diener und Milich (1997) über soziale Interaktionen ließen sich ähnliche Ergebnisse finden. Jungen mit ADHS überschätzten das Ausmaß ihrer Beliebtheit im Vergleich zu ihrem Interaktionspartner signifikant mehr als Jungen der Kontrollgruppe.

1.3.2.3 Selbstüberschätzung wahrgenommener Kompetenzen

In einer Studie von Hoza, Pelham, Milich, Pillow und McBride (1993) wurden die Selbstwahrnehmungswerte des Self-Perception Profile for Children (SPPC; Harter, 1985) von klinisch diagnostizierten ADHS-Jungen mit denjenigen von Jungen der Kontrollgruppe verglichen. Die Forscher fanden heraus, dass ADHS-Jungen ihre Kompetenzen (kognitive Kompetenz, Peerakzeptanz, Sportkompetenz, Aussehen) und ihren globalen Selbstwert nicht schlechter einschätzten als Jungen der Kontrollgruppe. Alle ADHS-Jungen nahmen jedoch aufgrund ihrer schweren Beeinträchtigungen im akademischen, sozialen und Verhaltensbereich an einem intensiven Sommerbehandlungsprogramm teil. Hoza et al. nahmen diesen Fakt als Argument für positive Illusionen bzw. für Überschätzung der Selbstwahrnehmung bei Jungen der ADHS-Gruppe.

Gresham, MacMillan, Bocian, Ward und Forness (1998) fanden mit der Student Self-Concept Scale (Gresham, Elliott & Evans-Fernandez, 1992, zitiert in Gresham et al., 1998) ähnliche Ergebnisse wie Hoza et al. (1993). Bei ihrer Untersuchung gab es in Bezug auf die Werte der sozialen und akademischen Selbstkonzeptskala und des generellen Selbstwertes keine Unterschiede zwischen Schulkindern mit erhöhten Werten für Hyperaktivitäts-, Unaufmerksamkeits- und Verhaltensprobleme und Kontrollkindern. Auch Gresham et al. sahen positive Illusionen der beeinträchtigten Kinder als eine mögliche Erklärung für die Messung gleich hoher Selbstkonzept-Werte zwischen den Gruppen.

Hoza, Pelham, Dobbs, Owens und Pillow (2002) verbesserten die Studie von Hoza et al. (1993), indem sie zusätzlich zur Messung der Selbstwahrnehmung von Kompetenzen der Kinder ein äußeres Kriterium von akademischen Leistungen zur Hand nahmen: Lehrer der untersuchten Kinder wurden ebenfalls gebeten, Kompetenzen ihrer Schüler einzuschätzen. Lehrer- und Kindereinschätzungen wurden anschließend miteinander verglichen. Jungen mit ADHS überschätzten im Vergleich zu Lehrerangaben ihre kognitive Kompetenz, Peerakzeptanz und ihr Verhalten signifikant mehr als Kontrollkinder. Kinder mit komorbider Störung des Sozialverhaltens und komorbider Lernstörung überschätzten ihre Kompetenz vor allem in den Bereichen, in denen sie am meisten beeinträchtigt waren: ADHS-Jungen mit komorbider Störung des Sozialverhaltens überschätzten sich im sozialen und Verhaltensbereich im

Vergleich zu ADHS-Jungen ohne komorbide Störung des Sozialverhaltens und der Kontrollgruppe signifikant mehr, während ADHS-Jungen mit komorbider Lernstörung signifikant mehr positive Illusionen in Bezug auf ihre kognitive Kompetenz zeigten als die ADHS-Gruppe ohne komorbide Lernstörung und die Kontrollgruppe. Hoza et al. (2002) schlossen aus ihren Ergebnissen, dass positive Illusionen speziell an die Kernsymptome der ADHS gekoppelt seien.

1.3.2.4 Studie von Hoza et al. (2004)

Hoza et al. (2004) replizierten die Ergebnisse der Studie von Hoza et al. (2002). Da die Studie von Hoza et al. (2004) über Selbstüberschätzung bei ADHS-Kindern die Basis der vorliegenden Arbeit darstellt, wird sie im Folgenden näher beschrieben.

Teilnehmer dieser Untersuchung waren 487 Kinder mit ADHS, 287 Kontrollkinder und ihre jeweiligen Eltern und Lehrer. Die ADHS-Kinder waren zwischen 7 und 9.9 Jahre alt und nahmen an einer multimodalen Behandlungsstudie für Kinder mit ADHS teil (*Multimodal Treatment Study of Children with ADHD*; MTA; MTA Cooperative Group, 1999). Mit der Kinder- und Lehrerversion des Self-Perception Profile for Children (SPPC) von Harter (1985) wurden die Selbst- bzw. Fremdeinschätzung der Kompetenzen aller Kinder in fünf verschiedenen Bereichen (siehe Abschnitt 1.3.2.3) gemessen. Selbstüberschätzung wurde erfasst, indem die Eltern- bzw. Lehrermesswerte von den Kindermesswerten subtrahiert wurden. Die Messinstrumente DSM-IV Conduct Disorder Checklist (Hinshaw et al., 1997), Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992) und Wechsler Individual Achievement Test (WIAT; Wechsler, 1992) dienten zur Subgruppenunterteilung der ADHS-Kinder: ADHS mit und ohne komorbider Störung des Sozialverhaltens (bzw. Verhaltensproblemen), ADHS mit und ohne komorbider Depression, ADHS mit und ohne komorbider Lernstörung (bzw. schlechten Leistungen). Hoza und Kollegen (2004) verbesserten die Studie von Hoza et al. (2002) dahingehend, dass sie nicht nur Jungen untersuchten, sondern auch Mädchen und dass Eltern und Lehrer gleichzeitig als Kriteriumsrunder der Kompetenzen ihrer Kinder dienten. Es zeigte sich wie bei Hoza et al. (2002), dass sich ADHS-Kinder mit und ohne komorbider Störung des Sozialverhaltens und mit und ohne komorbider Lernstörung in fast allen Bereichen überschätzten. Die Überschätzung war bei den ADHS-Kindern mit komorbider Störung des Sozialverhaltens im Verhaltensbereich am größten. Bei Kindern mit komorbider Lernstörung zeigten sich die größten positiven Illusionen im kognitiven Bereich. Die ADHS-Gruppe mit komorbider Depression unterschied sich jedoch nicht signifikant von der Kontrollgruppe in Bezug auf die Überschätzungswerte. Hoza et al. (2004) schlussfolgerten aus diesen Ergebnissen, dass sich ADHS-Kinder in den Bereichen der größten Defizite am

meisten überschätzten. Zudem schwäche eine komorbide Depression das Phänomen positiver Illusionen bei Kindern mit ADHS ab.

1.3.2.5 Konsequenzen von positiven Illusionen

Die in Abschnitt 1.3.1 aufgeführte Optimismus-Realismus Debatte bietet keine Klarheit über gesundheitliche Zuträglichkeit oder Gefährdung durch illusorisch optimistisches Denken. Hoza et al. (2004) jedoch schlagen im Zuge ihrer Studie eher eine realistische Selbst- und Weltsicht als adaptiv vor:

„This pattern of LNCG [local normative control group] scores suggests that there is an optimal or “normal” range of overestimation-underestimation and that gross deviations from this normative range are maladaptive. Hence, it seems reasonable to conclude that overestimation of the magnitude seen in our ADHD sample is not normative and not adaptive in this age group.” (S. 390)

Hoza et al. (2004) schließen zusätzlich, dass positive Illusionen in Bezug auf eigene Kompetenzen und zukünftigen Leistungen ein Hindernis für Verbesserung sei. Sie glauben, dass ein Kind sein Problem nicht angehen werde, wenn es dieses nicht verstehe. Gresham et al. (1998) argumentieren, dass es wichtig sei, die überhöht wahrgenommenen Kompetenzen auf eine Ebene mit den aktuellen Kompetenzen zu bringen und schlagen ein „Bescheidenheitstraining“ vor. Hughes, Cavell und Grossman (1997) fassen in ihrer Studie über positive Illusionen bei aggressiven Kindern zusammen, dass eine positive, aber unrealistische Selbst- und Weltsicht ein zusätzlicher Risikofaktor und nicht ein Schutzfaktor sei. Die Forscher sind sich also einig, dass Selbstüberschätzung bei Kindern mit ADHS keineswegs adaptiv ist. Vielmehr argumentieren sie, dass illusorischer Optimismus das Krankheitsbild eher noch verschlimmern und sich die Tendenz zur Selbstüberschätzung zu einem Bestandteil eines destruktiven Kreislaufes entwickeln könnte.

1.4 Zusammenhang von positivem Zukunftsdenkstil und Selbstüberschätzung

1.4.1 Bisherige Erklärungsversuche für Selbstüberschätzung bei ADHS

Nachdem sich in vielen Studien zeigte, dass Kinder positive Illusionen aufweisen, dass sie also eine überhöhte Kompetenzüberzeugung und unangemessene positive Erwartungen zeigen, stellt sich nun die Frage, warum sie das tun. Viele Hypothesen dienen dazu, diese Frage zu klären.

Eine mögliche und von verschiedenen Forschern vorgeschlagene Erklärungsmöglichkeit ist, dass positive Illusionen Kindern mit ADHS als Selbstschutz dienen. Mit Hilfe von illusorischem Denken können sich ADHS-Kinder in einem guten Licht darstellen. Diener und Milich (1997) unterstützen diese Hypothese. Sie fanden in ihrer Studie heraus, dass Jungen mit ADHS nach positivem Feed-back niedrigere Leistungsbewertungen zeigten als ADHS-Jungen, die kein Feed-back erhielten. Diener und Milich interpretierten ihre Ergebnisse dahingehend, dass ADHS-Jungen ihren Selbstschutz aufgeben könnten, sobald sie wüssten, dass er nicht mehr benötigt werde. Hoza et al. (2000) unterstützen ebenfalls die Selbstschutz-Hypothese. In ihrer Studie zeigte sich, dass die Tendenz von ADHS-Jungen, sich zu überschätzen, stärker ausgeprägt war, wenn deren Bewertung auf Versagensmanipulationen folgte. Ohan und Johnston (2002) schlossen aus ihrer Studie ebenfalls, dass die Selbstschutzhypothese für ADHS-Kinder, die soziale Leistungsaufgaben überschätzten, gelten könne. Allerdings ließ sich diese Hypothese für den akademischen Leistungsbereich bei jener Studie nicht aufrechterhalten. Dies bedeutet, dass andere Faktoren eine Überschätzung akademischer Leistungen besser erklären können.

Eine weitere noch nicht erforschte Möglichkeit für die Erklärung positiver Illusionen ist, dass Kinder mit ADHS ihre Kompetenz überschätzen, da ihnen das Wissen fehlt, was erfolgreiches und was nicht-erfolgreiches Verhalten bedeutet. ADHS-Kinder sind demnach nicht in der Lage, zu verstehen, wenn ihre Leistungen nicht erfolgreich waren (Hoza et al., 2002). Diese Hypothese wurde in der Sozialpsychologie bei der Betrachtung von Erwachsenen mit niedriger Kompetenz aufgestellt (Kruger & Dunning, 1999, zitiert in Hoza et al., 2002). Jedoch bleibt eine Bestätigung dieser Annahme aus, da bislang mit dieser Fragestellung keine Untersuchungen mit ADHS-Kindern vorgenommen wurden.

Eine dritte Erklärung ist, dass mangelnde kognitive Reife von ADHS-Kindern die Ursache für ein überhöhtes Selbstbild und daraus resultierende unangemessene Erwartungen darstellt. Bjorklund und Green (1992) fassen in ihrem Überblicksartikel zusammen, dass kleine Kinder konsistent ihre Leistungen überschätzen. Sie vermuten, dass unrealistischer Optimismus in Bezug auf Kompetenzen bei Kindern adaptiv sei. Obwohl normalerweise unrealistische Einstellungen als maladaptiv betrachtet werden, könnten sie für Kinder nützlich sein. Ein positives Selbstbild erhöhe die Motivation und führe anschließend zu Persistenz bei schwierigen Aufgaben. Da ADHS-Kinder auf der Verhaltens- und der kognitiven Ebene häufig als unreif beschrieben werden (Whalen, 1989, zitiert in Diener & Milich, 1997), schlagen Diener & Milich (1997) vor, dass dies auch für sie gelten könnte. Eine Studie von Milich (1994) widerspricht dieser Annahme jedoch. Milich (1994) fand heraus, dass Kinder

im Falle einer auftretenden Schwierigkeit leicht aufgeben und mit Hilflosigkeit reagieren. Er schloss daraus, dass Selbstüberschätzung ADHS-Kinder nicht dazu befähige, ausdauernd an Aufgaben zu arbeiten. Owens und Hoza (2003) widersprechen der Unreife-Hypothese ebenfalls. In ihrer Studie zeigte sich, dass hyperaktiv-impulsive Kinder, bei denen Selbstüberschätzung zu finden war, nicht kognitiv benachteiligt und auch nicht jünger waren als Kinder, bei denen keine positiven Illusionen auftraten. Dies zeigte sich bei der Betrachtung von IQ- und Leistungsdaten.

1.4.2 Ein alternativer Erklärungsansatz für Selbstüberschätzung bei ADHS

Bisherige Erklärungsversuche für Selbstüberschätzung ließen sich nicht vollständig bestätigen. Eine alternative Erklärungsmöglichkeit für das Auftreten von positiven Illusionen bei ADHS-Kindern wurde bisher noch nicht erforscht. Sie zieht ebenfalls den Fakt heran, dass vor allem junge Kinder häufig ihre Leistungen überschätzen. Allerdings wird nicht kognitive Unreife als Ursache dafür gesehen, sondern die Verwechslung von Wunschdenken mit Erwartungen (Stipek, 1981, 1984). Die so genannte Wunschdenken-Hypothese, auf die Stipek (1981, 1984) sich beruft, basiert ursprünglich auf der Idee von Piaget (1930). Er fand durch Studien heraus, dass junge Kinder ihre Wünsche als wirksam an sich ansehen (Piaget, 1930). Kinder, die ihre zukünftigen Leistungen beurteilen, verwechseln ihre Wünsche mit ihrem „objektiven“ Urteil. Sie glauben also, dass ihre Erfolgswünsche genügen, um Erfolg herbeizuführen. Stipek (1981) vermutete, dass bei Beurteilung der Leistung eines anderen Kindes keine derartige Überschätzung stattfinde, da in diesem Fall keine Wünsche vorhanden seien. Stipek untersuchte ihre Hypothese und fand heraus, dass die Erwartungen eines Kindes für den Erfolg eines anderen Kindes zunahmen, wenn dieser mit Hilfe einer Belohnung für das Kind wünschenswert war. In einer Studie von Schneider (1998) zeigten sich ebenfalls unterstützende Resultate für die Wunschdenken-Hypothese. 4-jährige Kinder überschätzten ihre Leistung bei einer Hüpfaufgabe und einer Ballwerfaufgabe. Zwischen den zwei Bedingungen „Wunsch“ versus „Erwartung“ ließen sich keine Unterschiede erkennen. Dies bestätigte die Hypothese, dass junge Kinder nicht zwischen ihren Wünschen und Erwartungen unterscheiden können. Stipek (1981) fasst zusammen, dass die Erwartung von Erfolg nach vergangenem Versagen nicht unlogisch sei, wenn Kinder eine Beziehung zwischen Wünschen und Erwartungen sehen.

Es gibt auch Hinweise, dass Leistungserwartungen auch von älteren Kindern und Erwachsenen durch erwünschte Ergebnisse beeinflusst werden. In einer sehr frühen Studie von Marks (1951) hatten Wünsche von 8-10-jährigen Kindern starke Effekte auf die Vorhersage,

ob sie eine markierte Karte von einem gemischten Stapel mit einer spezifischen Proportion markierter Karten ziehen. Die Proportion markierter Karten betrug 50%. Kinder, denen gesagt wurde, dass sie bei der Ziehung einer markierten Karte einen Punkt gewinnen würden, erwarteten in 85% der Fälle diese Karte zu ziehen. Kinder, denen gesagt wurde, dass sie bei der Ziehung einen Punkt verlieren würden, hatten eine Erfolgserwartung von 15%. Diese Ergebnisse, die für die Wunschdenken-Hypothese sprechen, wurden mit Erwachsenen von Irwin und Kollegen repliziert (u. a. Irwin & Graae, 1968). Aktuelle Studien lieferten ebenfalls Beweise zur Unterstützung der Hypothese des Wunschdenkens. Price (2000) zum Beispiel teilte College Studenten in zwei Gruppen ein, die einen Dart-Wettbewerb gegeneinander veranstalteten. Teilnehmer schätzten die Wahrscheinlichkeit, dass ihr eigenes Team näher an die Mitte der Zielscheibe herankommt als größer ein als die Wahrscheinlichkeit, dass das gegnerische Team besser ist. Weitere Studien zeigten ebenfalls Zusammenhänge zwischen Wunschdenken und Wahrscheinlichkeitsvorhersagen (u. a. Babad, 1995; Babad, Hills & O'Driscoll, 1992).

Wunschdenken basiert nicht auf vergangenen Erfahrungen und ist der erfolgreichen Handlung, Leistung und dem Wohlergehen nicht dienlich (Oettingen & Mayer, 2002). Obwohl es diese Gemeinsamkeiten mit positiven Fantasien hat, unterscheiden Oettingen und Mayer (2002) zwischen diesen beiden Konstrukten. Sie übernehmen die Definition von Wunschdenken als Bewältigungsstrategie bei vergangenen stressigen Ereignissen (Folkman & Lazarus, 1985). In Stipeks (1981, 1984) Studien wird Wunschdenken jedoch nicht im Sinne einer Bewältigungsstrategie erwähnt. Knowles (1985) ordnet Wunschdenken wie Tagträume auch in die generelle Erfahrung von Fantasie ein. Es ist demnach zu erwarten, dass Wunschdenken und positive Fantasien einen gemeinsamen Faktor haben könnten und sich bei einer Untersuchung eine positive Korrelation zwischen ihnen zeigen würde.

Laut der Theorie der Fantasierealisierung (Oettingen, 1996; Oettingen, 1999; Oettingen et al., 2001) sind positive Fantasien bzw. der schwelgende Zukunftsdenkstil dadurch gekennzeichnet, dass zukünftige Ereignisse in der Gegenwart genossen werden und somit eine Feststellung der Realität als Hindernis für die erwünschte Zukunft ausbleibt. Es entsteht dadurch kein Gefühl der Handlungsnotwendigkeit und Erfolgserwartungen kommen nicht zur Anwendung. Wenn eine Person nun einen zeitlich stabilen, schwelgenden Zukunftsdenkstil hat und über ein zukünftiges Ereignis fantasiert bzw. ein Wunschdenken hat, kann es sein, dass dadurch illusorisch positive Erwartungen entstehen. Diese sind in diesem Fall nicht vergangenheitsbasiert, da sie mit positiven Fantasien verwechselt werden. Illusorisch positive Erwartungen kommen allerdings nicht zum Ausdruck, wenn weiterhin über das zukünftige

Ereignis geschwelgt wird. Durch das Schwelgen in der Zukunft geschieht keine Bindung an das Ziel und die Motivation zu handeln bleibt aus. Dies äußert sich beispielsweise in schlechten schulischen Leistungen trotz des Anliegens, in einem Fach gute Noten zu erreichen. Kinder mit ADHS zeigen in der Tat schlechtere Leistungen als Kinder ohne ADHS (u. a. Barkley, 1998; Faraone et al., 1993).

Es könnte nun also möglich sein, dass ein schwelgender Zukunftsdenkstil verantwortlich für die illusorisch positiven Erwartungen bei Kindern mit ADHS ist. Ein Zusammenhang zwischen dem schwelgenden Zukunftsdenkstil und Selbstüberschätzung bei Kindern mit ADHS scheint gegeben und eine dementsprechende Forschungsfrage berechtigt.

1.5 Fragestellung und Hypothesen

In Abschnitt 1.1.3.2 wurde erläutert, dass Kinder mit ADHS schlechtere akademische Leistungen aufweisen als Kinder ohne ADHS. Diese lassen sich auch unabhängig von einer Lernstörung feststellen (u. a. Barkley, 1998; Faraone et al., 1993).

Zusätzlich dazu ließen sich in mehreren Studien bei Kindern mit ADHS positive Illusionen in Bezug auf eigene Leistungen, Erwartungen und ihr Selbstkonzept im Vergleich zu Kontrollgruppen feststellen (u. a. Gresham et al., 1998; Hoza et al., 1993, 2002, 2004). Das Phänomen der Selbstüberschätzung trat bei ADHS ohne Messung von Komorbiditäten auf, aber auch bei ADHS mit komorbider Störung des Sozialverhaltens und mit komorbider Lernstörung (Hoza et al., 2004).

In mehreren Studien zur Theorie der Fantasierealisierung (u. a. Oettingen, 2000; Oettingen et al., 2000, 2001, 2005) zeigte sich, dass Personen, die mental positive Fantasien mit negativen Realitätsaspekten kontrastierten und die hohe Erwartungen hatten, ihr Ziel vollständiger erreichten als Personen, die nur positiv fantasierten oder grübelten. Diese unterschiedlichen Zielsetzungsformen stellten sich als über die Zeit valide und stabil heraus (Grant et al., 2005). Zudem wird ein Zusammenhang zwischen positiven Fantasien und positiven Illusionen vermutet.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist eine Replikation der Ergebnisse der Studie von Hoza et al. (2004): Kinder mit ADHS sowie komorbiden Störungen (Störung des Sozialverhaltens und Lernstörung) überschätzen sich selbst. Ebenfalls soll untersucht werden, ob Kinder mit ADHS eher einen schwelgenden Zukunftsdenkstil aufweisen als Kinder ohne ADHS. Zudem soll der Zusammenhang von Erwartungen mit den Schulnoten von Kindern mit und ohne ADHS erforscht werden.

Aus der dargestellten Fragestellung ergeben sich für die vorliegende Arbeit folgende Hypothesen.

1.5.1 Hypothesen

1.5.1.1 Hypothesen für Selbstüberschätzung

In der Studie von Hoza et al. (2004), die der vorliegenden Arbeit als Grundlage dient, zeigte sich Selbstüberschätzung der kognitiven Kompetenz bei ADHS-Kindern mit und ohne komorbiden Aggressionen. Ebenso trat das Phänomen der Selbstüberschätzung bei ADHS-Kindern auf, die komorbid schlechte akademische Leistungen oder normale akademische Leistungen zeigten. Es wurden drei Hypothesen aufgestellt, um die Ergebnisse von Hoza et al. (2004) zu replizieren.

- **Hypothese 1a:** Es wird angenommen, dass Kinder mit ADHS ihre kognitive Kompetenz signifikant mehr überschätzen als Kinder der Kontrollgruppe.
- **Hypothese 1b:** Es wird postuliert, dass Kinder mit ADHS sowie hohen Aggressionenwerten und Kinder mit ADHS sowie niedrigen Aggressionenwerten ihre kognitive Kompetenz signifikant mehr überschätzen als Kinder der Kontrollgruppe.
- **Hypothese 1c:** Es wird vermutet, dass Kinder mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen und Kinder mit ADHS ohne schlechte akademische Leistungen ihre kognitive Kompetenz signifikant mehr überschätzen als Kinder der Kontrollgruppe.

1.5.1.2 Hypothesen für Zukunftsdenkstile

Kinder mit ADHS zeigen schlechtere Leistungen als Kinder ohne ADHS (u. a. Barkley, 1998; Faraone et al., 1993) und überschätzen sich (u. a. Hoza et al., 2004) im Vergleich zu Kontrollkindern. Da zusätzlich ein Zusammenhang zwischen positiven Fantasien und Selbstüberschätzung nahe liegt, besteht die Annahme, dass bei Kindern mit ADHS ein schwelgender Zukunftsdenkstil vorherrscht. Kontrollkinder zeigen jedoch gute Leistungen im Vergleich zu Kindern mit ADHS. Ein Grund dafür könnte ein bei ihnen vorherrschender kontrastierender Zukunftsdenkstil sein.

- **Hypothese 2a:** Es wird postuliert, dass Kinder mit ADHS einen anderen Zukunftsdenkstil als Kinder der Kontrollgruppe zeigen.

- **Hypothese 2b:** Es besteht die Annahme, dass Kinder mit ADHS sowie hohen Aggressionenwerten und Kinder mit ADHS sowie niedrigen Aggressionenwerten einen anderen Zukunftsdenkstil zeigen als Kinder der Kontrollgruppe.
- **Hypothese 2c:** Ebenso wird angenommen, dass Kinder mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen und Kinder mit ADHS ohne schlechte akademischen Leistungen einen anderen Zukunftsdenkstil als Kinder der Kontrollgruppe zeigen.

1.5.1.3 Hypothesen für Erfolgserwartungen und Notendurchschnitte

Entsprechende Erfolgserwartungen kommen beim Zielerreichungsprozess nur zum Einsatz, wenn positive Fantasien mit negativen realen Aspekten kontrastiert werden. In Abschnitt 1.5.1.2 wurde postuliert, dass Kontrollkinder eher einen kontrastierenden Zukunftsdenkstil haben und ADHS-Kinder eher zu einem schwelgenden Zukunftsdenkstil neigen. Da laut Fantasierealisierungstheorie (Oettingen, 1996, 1999; Oettingen et al., 2001) bei einem kontrastierenden Zukunftsdenkstil Erfolgserwartungen aktiviert werden und somit ein Engagement in Richtung Fantasierealisierung stattfindet, bei einem schwelgenden Zukunftsdenkstil hingegen aber nicht, werden nachfolgende Hypothesen aufgestellt.

- **Hypothese 3a:** Es wird postuliert, dass positive Erfolgserwartungen bei Kindern der Kontrollgruppe einen guten Notendurchschnitt vorhersagen im Vergleich zu Kindern mit ADHS.
- **Hypothese 3b:** Es wird vermutet, dass positive Erfolgserwartungen bei Kindern der Kontrollgruppe einen guten Notendurchschnitt vorhersagen im Vergleich zu Kindern mit ADHS sowie hohen Aggressionenwerten und im Vergleich zu Kindern mit ADHS sowie niedrigen Aggressionenwerten.
- **Hypothese 3c:** Ebenso besteht die Annahme, dass positive Erfolgserwartungen bei Kindern der Kontrollgruppe einen guten Notendurchschnitt vorhersagen im Vergleich zu Kindern mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen und im Vergleich zu Kindern mit ADHS ohne schlechte akademische Leistungen.

2 Methode

2.1 Stichprobe

An der Untersuchung nahmen insgesamt 69 Jungen ($n = 49$) und Mädchen ($n = 20$) im Alter zwischen 8 und 14 Jahren ($MW = 10.81$; $SD = 1.39$) teil. In der ADHS-Gruppe befanden sich ursprünglich 32 Kinder, welche die Diagnose ADS ($n = 11$) oder ADHS ($n = 20$) aufwiesen, die Kontrollgruppe bestand aus 17 Kindern ohne Diagnose. Bei den Kindern der ADHS-Gruppe wurde darauf geachtet, dass eine gesicherte ärztliche Diagnose der ADHS bzw. ADS vorlag. Die Medikamenteneinnahme der Kinder wurde von den Eltern mündlich erfragt. Von den 32 Kindern der ADHS-Gruppe wurden 19 medikamentös mit Methylphenidat oder Atomoxetin behandelt, 13 Kinder nahmen keine Medikamente ein. Zusätzlich zu der ADHS- und der Kontrollgruppe gab es anfänglich eine „Unklar“-Gruppe, der diejenigen Kinder zugeordnet wurden, die eine Förderschule besuchten - unabhängig davon, ob sie ADHS hatten oder nicht - oder diejenigen Kinder, die keine ADHS- oder ADS-Diagnose aufwiesen, sich aber nach Aussage der Eltern auffällig verhielten. Diese Gruppe wurde aufgrund ihrer geringen Aussagekraft aufgelöst. Da ein gemeinsamer hoher T-Wert der Syndromskalen „Aufmerksamkeitsprobleme“ und „Aggressives Verhalten“ im Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) auf das Vorliegen einer ADHS hinweist, wurden die Kinder anhand dieser Werte der ADHS- (jeweils T-Wert ≥ 63) bzw. der Kontrollgruppe (T-Wert mindestens einer Skala ≤ 62) zugeteilt. Um die Vergleichbarkeit der Gruppen zu gewährleisten, wurde versucht, das Alter und die Anzahl der Geschlechtsausprägungen und der Schulart der Kinder bei der ADHS- und der Kontrollgruppe durch entsprechende Selektion gleich zu halten. Ein vollständiges Matching war aber aufgrund des zu kleinen Reservoirs nicht möglich. Achtzehn ADHS-Kinder konnten aufgrund dieser Maßnahmen nicht in die statistischen Analysen miteinbezogen werden. Technische Probleme während der Versuchsdurchführung führten zum Ausschluss eines Kindes aus Kontrollgruppe. Aufgrund von Verständnis- und Leseproblemen konnten acht Kinder aus Förderschulen ebenfalls nicht in die Analysen miteinbezogen werden. Die übrigen 42 Kinder verteilten sich gleichmäßig auf die ADHS-Gruppe ($n = 21$) und die Kontrollgruppe ($n = 21$). Die demographischen Variablen der ADHS- und der Kontrollgruppe werden in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1

Vergleich von Kindern aus der ADHS- und der Kontrollgruppe in Bezug auf demographische Variablen

Variable	ADHS (n = 21)	KG (n = 21)
Durchschnittsalter (und Standardabweichungen)	10.71 (1.10)	11.15 (1.37)
Anzahl männlich (%)	15 (71.4)	15 (71.4)
Anzahl Grundschule (%)	9 (42.9)	8 (38.1)
Anzahl Haupt- und Realschule (%)	1 (4.8)	1 (4.8)
Anzahl Gesamtschule (%)	10 (47.6)	5 (23.8)
Anzahl Gymnasium (%)	1 (4.8)	7 (33.3)
Anzahl Medikamente (%)	12 (57.1)	0 (0)

Anmerkung. ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung; KG = Kontrollgruppe

2.1.1 Rekrutierung der ADHS-Gruppe

Die Kinder der ursprünglichen ADHS- und „Unklar“-Gruppe wurden über einen Artikel in einer Hamburger Lokalzeitung und über Aushänge an der Universität Hamburg rekrutiert. Außerdem wurden verschiedene Kinderärzte und ADHS-Spezialisten kontaktiert, welche sich bereit erklärten, in ihren Praxen Briefe vom Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg an Eltern von ADHS-Kindern auszulegen (siehe Anhang A). In diesen Briefen wurde das Vorhaben und der Ablauf der Studie sowie die Teilnahmebedingungen (Jungs und Mädchen im Alter zwischen 9 und 13 Jahren) erläutert. Des Weiteren waren die Möglichkeit, eine Rückmeldung der Ergebnisse sowie eine Belohnung von 5 Euro zu erhalten, aufgeführt. Für weitere Fragen stand eine telefonische Auskunft zur Verfügung. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und bei Interesse waren Kinder und Eltern aufgefordert, eine beigefügte Einverständniserklärung an die Leiterin der Untersuchung zu senden. In den folgenden Tagen wurde dann telefonisch ein Untersuchungstermin vereinbart.

2.1.2 Rekrutierung der Kontrollgruppe

Die Rekrutierung der Kontrollgruppe fand in Gesamt- und weiterführenden Schulen Hamburgs statt. Die Kinder wurden in den Klassen mündlich über das Vorhaben und den Ablauf der Studie informiert und bekamen anschließend einen Informationsbrief mit

Einverständniserklärung ausgehändigt, der die Form hatte wie in Abschnitt 2.1.1 bereits beschrieben. Zudem dienten Aushänge in der Universität Hamburg (siehe Anhang B) und die Vorstellung der Studie in Psychologie-Lehrveranstaltungen und -seminaren dazu, weitere Teilnehmer zu rekrutieren.

Nach Abschluss der statistischen Auswertung erhielten alle Eltern einen ausführlichen schriftlichen Bericht über die Studie und die Ergebnisse ihres Kindes in den verschiedenen Aufgabenbereichen.

2.2 Testmaterial

In der vorliegenden Studie wurden folgende Messinstrumente und Tests für die Kinder verwendet:

Computerprogramm zur Messung von selbstregulatorischem Zukunftsdenken. Bei dem in der Studie verwendeten Computerprogramm (siehe Anhang D) handelt es sich um eine Methode, den zeitlich stabilen Zukunftsdenkstil zu messen (Grant et al., 2005). Es lassen sich hierbei vier verschiedene Denkformen unterscheiden: mentales Kontrastieren, Schwelgen, Grübeln und Reverses Kontrastieren. Zudem ist es möglich, Erfolgserwartungen zu messen. Operationalisierungen der verschiedenen Zukunftsdenkformen und der Erfolgserwartungen werden in den Abschnitten 2.3 bzw. 2.4.2 näher beschrieben. In der vorliegenden Untersuchung wurde die Originalinstruktion des Computerprogramms (siehe Anhang E) kindgerecht verändert.

Manipulation Check. Zur Messung der Motivation wurde den Kindern ein Fragebogen vorgelegt. Dieser enthielt 10 Items, die nach einer 10-stufigen Likert-Skala skaliert waren. In diesem Fragebogen waren Fragen zur Stärke der Anstrengung und Konzentration während des Experimentes enthalten. Es wurde ebenso erfragt, wie schwer es den Kindern gefallen war, einen Wunsch zu ihren Leistungen in der Schule zu nennen oder positive Aspekte der Zukunft bzw. negative Aspekte der Realität zu generieren, die mit diesem Wunsch in Verbindung standen (siehe Anhang G).

Self-Perception Profile for Children (SPPC). Beim SPPC (Harter, 1985) handelt es sich um einen Fragebogen mit 36 items, der die Selbstwahrnehmung in den Bereichen kognitive Kompetenz (*scholastic competence*), Peerakzeptanz (*social acceptance*), Sportkompetenz (*athletic competence*), Aussehen (*physical appearance*), Verhalten (*behavioural conduct*) und Selbstwertgefühl (*global self-worth*) misst. Die Items sind auf einer 4-stufigen Skala zu beantworten, wobei höhere Werte eine positivere Selbstwahrnehmung bedeuten. In der vorliegenden Untersuchung wurde die deutsche Version des SPPC von

Asendorpf & Aken (1993) verwendet, die anhand einer deutschen Stichprobe validiert wurde. Analysen dieser Fragebogenversion ergaben eine mäßige Stabilität und eine gute Bereichsspezifität der Skalen. Für die vorliegende Untersuchung wurde einzig die aus 6 Items bestehende Skala „kognitive Kompetenz“ verwendet (siehe Anhang I).

Zeugnisnoten. Zusätzlich zu diesen in der Untersuchung verwendeten Tests wurden noch die Zeugnisse der Kinder ausgewertet (Winterzeugnis 2006). Hierbei wurden zwei verschiedene Durchschnittsnoten kalkuliert: bei der Berechnung der Durchschnittsnote mit Gewichtung flossen die Hauptfächer Deutsch, Mathematik, Englisch und/oder Französisch doppelt in die Auswertung mit ein, während bei der Durchschnittsnote ohne Gewichtung diese Fächer nur einfach zählten. Sechs Monate nach Beendigung der Untersuchung wurden die Eltern erneut telefonisch kontaktiert und nach den aktuellen Noten ihres Kindes befragt (Sommerzeugnis 2006).

Die begleitenden Eltern erhielten vor der Untersuchung einen Fragebogen zum Ausfüllen (siehe Anhang J), indem folgende Test beinhaltet waren:

Child Behavior Checklist (CBCL). Der Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) besteht aus der Kompetenzskala und der Syndromskala. Die Kompetenzskala setzt sich zusammen aus den Skalen „Aktivitäten“, „Soziale Kompetenz“ und „Schule“, während die Syndromskala die Skalen „Sozialer Rückzug“, „Körperliche Beschwerden“, „Angst/Depressivität“, „Soziale Probleme“, „Schizoid/Zwanghaft“, „Aufmerksamkeitsprobleme“, „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“ beinhaltet. Auf der Kompetenzskala werden zunächst Sportarten, Aktivitäten, Mitgliedschaft in Vereinen und Pflichten des Kindes erfragt. Anschließend sind die Qualität und Intensität ihrer Ausführung im Vergleich zu Gleichaltrigen auf einer 4-stufigen Skala von 1 (*ich weiß es nicht*) bis 4 (*mehr*) zu beantworten. Ähnliche Auswertungsrichtlinien werden bei den Items zur Angabe der Anzahl von Freunden angewandt. Am Ende werden das Auskommen mit Gleichaltrigen und die gegenwärtigen Schulleistungen des Kindes erfragt. Die Syndromskala besteht durchgehend aus einer 3-stufigen Skala, die von 0 (*nicht zutreffend*) bis 2 (*genau zutreffend*) reicht.

Um die Ergebnisse von Hoza et al. (2004) replizieren zu können, wurden in der vorliegenden Studie ADHS-Subgruppen in Bezug auf „Aggression“ und in Bezug auf „akademische Leistungen“ gebildet. Anhand der Skala „Aggressives Verhalten“ der Syndromskala wurden die Kinder der ADHS-Gruppe mit einem cutoff-T-Wert von über oder gleich 70 (T-Wert ≥ 70) der Subgruppe ADHS + Aggression zugeordnet. Diejenigen Kinder mit einem T-

Wert von unter oder gleich 69 ($T\text{-Wert} \leq 69$) bildeten die Subgruppe ADHS – Aggression. Anhand der Skala „Schule“ der Kompetenzskala wurden die Kinder der ADHS-Gruppe mit einem cutoff-T-Wert von unter oder gleich 33 ($T\text{-Wert} \leq 33$) der Subgruppe ADHS + schlechte akademische Leistungen zugeteilt, während diejenigen Kinder mit einem T-Wert von über oder gleich 34 ($T\text{-Wert} \geq 34$) der Subgruppe ADHS – schlechte akademische Leistungen zugeordnet wurden.

Elternversion des Self-Perception Profile for Children (SPPC). Die Items der Elternversion des SPPC (Harter, 1985) entsprechen vollständig denen der Kinderversion. In der vorliegenden Studie wurde analog zur Kinderversion des SPPC (Harter, 1985) ebenfalls nur die Skala „kognitive Kompetenz“ der deutschen Version von Asendorpf & Aken (1993) erhoben. Um Über- oder Unterschätzung der Selbstwahrnehmung der Kinder zu messen, wurde wie bei Hoza et al. (2004) der Endwert der Eltern von dem der Kinder subtrahiert (Diskrepanzwert SPPC).

Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen. Der FBB-HKS ist ein Fragebogen aus dem Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (DISYPS-KJ; Döpfner & Lehmkuhl, 2000) und dient der Beurteilung von hyperkinetischen Störungen mit Hilfe der Symptomkriterien von DSM-IV (APA, 1994) und ICD-10 (WHO, 1991). Der Fragebogen, der den Schweregrad und die Problemstärke der einzelnen Symptome erfasst, besteht aus 20 Items. Diese sind auf einer 4-stufigen Likert-Skala skaliert und sind hinsichtlich des Schweregrades von 0 (*gar nicht*) bis 3 (*besonders*) und hinsichtlich der Problemstärke von 0 (*gar nicht*) bis 3 (*sehr*) von den Eltern zu bewerten.

2.3 Versuchsablauf

Vor dem Untersuchungstermin bestand mit allen Eltern Kontakt per Telefon oder E-Mail, um sie über den Ablauf und den Inhalt der Studie aufzuklären, Teilnahmebedingungen zu erläutern und Fragen zu beantworten. Sie wurden gebeten, das aktuelle Zeugnis ihres Kindes und die ausgefüllte Einverständniserklärung zum Experiment mitzubringen. Außerdem wurde ihnen erklärt, dass das Zeugnis anonymisiert werden würde, um den Datenschutz zu gewährleisten. Zudem wurde allen Eltern mitgeteilt, dass sie nach Abschluss der statistischen Auswertungen einen ausführlichen Bericht über die Ergebnisse ihrer Kinder in den verschiedenen Aufgabenbereichen und ihre Kinder 5 Euro für die Teilnahme am Experiment erhalten würden. Es wurde ihnen ebenso angeboten, bei Fragen jederzeit telefonisch zur Verfügung zu stehen. Nach dem Gespräch wurde ihnen eine Wegbeschreibung zur Universität Hamburg und eine Terminerinnerung als Brief oder als E-Mail geschickt.

Einen Tag vor dem vereinbarten Termin wurden die Eltern erneut telefonisch kontaktiert, um nochmals auf den Termin aufmerksam zu machen und eventuelle Unklarheiten bezüglich der Anfahrt zu klären.

Am Untersuchungstag wurden die Eltern mit ihren Kindern am Aufzug des Fachbereiches Psychologie der Universität Hamburg begrüßt und in den Untersuchungsraum gebracht. Dort wurden die Eltern gebeten, den bereitliegenden Elternfragebogen und falls noch nicht vorhanden die Einverständniserklärung auszufüllen. Die Eltern waren während des Experiments nicht im Versuchsraum anwesend, sondern wurden gebeten, in einem von den Kindern abgetrennten Raum Platz zu nehmen. Pro Versuchstermin wurde immer nur ein Kind getestet.

Die Durchführung der vorliegenden Studie erfolgte nach einer festen Reihenfolge, die in Tabelle 2 dargestellt wird.

Tabelle 2

Reihenfolge der durchgeführten Untersuchung

	Testmaterial
1.	Computerprogramm
2.	Manipulation Check
3.	SPPC

Anmerkung. SPPC = Self-Perception Profile for Children (Harter, 1985)

Vor Beginn der Untersuchung wurde jedem Versuchsteilnehmer der grobe Ablauf der Durchführung erklärt. Außerdem wurde auf die anonyme Auswertung der Daten hingewiesen. Anschließend begann die Versuchsdurchführung mit dem aus drei Teilen bestehenden Computerprogramm. Dieses dauerte je nach Verhalten des Kindes insgesamt ungefähr 30 Minuten.

Da ADHS-Kinder oft auch komorbide Lese-Rechtschreibschwächen haben (Biederman et al., 1991; Jensen et al., 1997), war ein Großteil der Instruktionen zum Computerprogramm (siehe Anhang C) mündlich und die Versuchsleiterin las schriftliche Instruktionen auf dem Bildschirm (siehe Anhang D) grundsätzlich vor. Sobald eine Antwort des Kindes schriftlich in ein Feld eingetragen werden musste, übernahm die Versuchsleiterin diese Aufgabe.

Im ersten Teil des Computerprogramms wurden die Kinder gebeten, einen persönlichen Wunsch zu ihren Leistungen in der Schule anzugeben (sie nannten zum Beispiel „Besser in Mathe sein“, „Mich mehr konzentrieren“, „Mich mehr im Unterricht melden“). Erfolgserwartungen der Kinder wurden anhand der anschließenden Frage „Für wie wahrscheinlich hältst

du es, dass dein Wunsch, also...[*der genannte Wunsch erschien*] in Erfüllung geht?“ gemessen. Diese beantworteten sie mit Hilfe einer 7-stufigen Likert-Skala, die von 1 (*sehr unwahrscheinlich*) bis 7 (*sehr wahrscheinlich*) reichte. Dann wurden die Kinder gebeten, auf die Frage „Wie wichtig ist es dir, dass dein Wunsch, also...[*der genannte Wunsch erschien*] in Erfüllung geht“ auf einer 7-stufigen Likert-Skala, die von 1 (*gar nicht wichtig*) bis 7 (*sehr wichtig*) reichte, zu antworten. Dies diente dazu, den Anreizwert zur Problemlösung zu bestimmen.

Im zweiten Teil des Computerprogramms hatten die Kinder die Aufgabe, vier positive Aspekte zu nennen, die sie mit der Erfüllung ihres Wunsches verbanden (sie erwähnten zum Beispiel „Mama lobt mich“, „Ich komme auf eine gute Schule“, „Ich bekomme mehr Taschengeld“). Anschließend wurden sie gebeten, vier Hindernisse aufzuzählen, die der Erfüllung ihres Wunsches im Weg stehen (sie nannten zum Beispiel „Ich bin faul“, „Andere Kinder lenken mich im Unterricht ab“, „Es ist zu laut in der Klasse“). Daraufhin erschien auf dem Bildschirm die Frage: „Wenn Dein Wunsch, also...[*der genannte Wunsch erschien*] nicht in Erfüllung geht, wie enttäuscht bist Du dann?“, auf die die Kinder auf einer 7-stufigen Likert-Skala von 1 (*sehr*) bis 7 (*gar nicht*) antworten konnten.

Der dritte Teil des Computerprogramms diente dazu, die bevorzugten Zukunftsdenkstile der Kinder zu messen. Zunächst gab es eine kurze mündliche Hinleitung und Erklärung für den nächsten Aufgabenschritt. Auf dem Bildschirm erschien dann zunächst eine Liste ihrer zuvor genannten acht – vier positive und vier negative – Aspekte. Die Kinder wurden daraufhin gebeten, einen von diesen Aspekten auszuwählen. Dies geschah anhand einer mündlichen Anleitung:

Nun wähle die Sache aus, die Dir am leichtesten in den Kopf kommt. Ich schreibe auf, was Du Dir ausgesucht hast.

Der ausgewählte Aspekt erschien anschließend auf dem Bildschirm und darauf folgte nachstehende mündliche Instruktion:

Jetzt geht es darum, Bilder im Kopf kommen zu lassen.

Damit das besser geht, mach nun bitte die Augen zu und lehne Dich zurück. Denk nun bitte über...[*der ausgewählte Aspekt erschien*] nach.

Versuche, Dir ganz genau vorzustellen, wie es ist und was passiert, wenn...[*der ausgewählte Aspekt erschien*]. Was machst Du dann? Was denkst du dann? Was fühlst Du dann?

Ich schreibe alles, was Dir in den Kopf kommt auf ein Blatt Papier.

Nachdem die Kinder den ersten ausgewählten Aspekt gedanklich näher ausgeführt hatten und die Versuchsleitern alles wortwörtlich schriftlich festgehalten hatte, wurden die Kinder gebeten, einen weiteren Aspekt aus der Liste ihrer zuvor genannten acht Aspekte auszuwählen. Dies geschah anhand folgender mündlicher Instruktion:

Nun wähle die Sache aus, die Dir **jetzt** am leichtesten in den Kopf kommt. Ich schreibe auf, was Du Dir ausgesucht hast.

Die Kinder wurden insgesamt vier Mal angeleitet, aus den acht Aspekten einen Aspekt auszuwählen und diesen anschließend gedanklich näher auszuführen.

Der bevorzugte Zukunftsdenkstil der Kinder wurde anhand ihrer freien Auswahl der entweder positiven Aspekte der Zukunft oder negativen Aspekte der Realität bestimmt. Kinder, die vorrangig positive Aspekte der Zukunft für ihre anschließende gedankliche Elaboration auswählten, galten als „Schwelger“, diejenigen, die vorrangig negative Aspekte der Realität auswählten, wurden als „Grübler“ klassifiziert. Kinder, die zwei positive Aspekte der Zukunft und zwei negative Aspekte der Realität aussuchten und mit einem positiven Aspekt begonnen hatten, galten als „Mentale Kontrastierer“. Wenn sie aber zwei positive Aspekte und zwei negative Aspekte auswählten und mit einem negativen Aspekt begonnen hatten, wurden sie als „Reverse Kontrastierer“ klassifiziert.

Nach der gedanklichen Elaboration der Aspekte folgten vier weitere Fragen. Die erste lautete: „Wie energievoll fühlst Du Dich jetzt in diesem Augenblick?“, wobei wieder eine 7-stufige Antwortmöglichkeit von 1 (*gar nicht*) bis 7 (*sehr*) bestand. Diese Frage diente dazu, die Zielbindung (*goal commitment*) zu messen. Die zweite Frage lautete: „Wie schlimm wäre es für Dich, wenn Dein Wunsch, also...[*der genannte Wunsch erschien*] nicht in Erfüllung gehen würde?“. Auch hier gab es eine 7-stufige Likert-Skala, wobei 1 mit *sehr* und 7 mit *gar nicht* kodiert war. Die dritte Frage war eine Wiederholung der Frage vom zweiten Teil: „Wenn Dein Wunsch, also...[*der genannte Wunsch erschien*] nicht in Erfüllung geht, wie enttäuscht bist Du dann?“ und war dementsprechend gleich kodiert. Um die Übernahme von Verantwortung zu messen, wurde abschließend die Frage gestellt: „Wie sehr hängt die

Erfüllung Deines Wunsches von Dir selbst ab? Wie sehr hängt die Erfüllung Deines Wunsches von anderen Sachen oder anderen Personen ab?“, wobei Kinder auf einer 7-stufigen Skala von 1 (*sehr von mir*) bis 7 (*sehr von anderen*) alles beantworten konnten.

Auf das Computerprogramm folgte der Manipulation-Check, bei dessen Durchführung folgendermaßen vorgegangen wurde: Die Versuchsleiterin las die erste Frage vor und erklärte dem Kind anschließend die 10-stufige Antwortskala anhand dieser Frage (siehe Anhang F). Um soziale Erwünschtheit bei der Beantwortung zu vermeiden, drehte sich die Versuchsleiterin um, sodass sie nicht sehen konnte, wo das Kind ein Kreuz setzte. Sie las jede Frage laut vor, ebenso wie die beiden Extreme jeder Frage und die dazugehörigen Zahlen. Die Skala mit den Werten 1 bis 8 war zwischen den beiden Extremen dargestellt und die Kinder sollten ihre Meinung durch Ankreuzen der für sie zutreffenden Zahl angeben.

Nach einer einleitenden Instruktion (siehe Anhang H) wurde der SPPC (Harter, 1985) mit den Kindern durchgeführt. Danach war das Experiment beendet. Die Kinder erhielten das Versuchsteilnehmergeld in Höhe von 5 Euro und eine kleine Süßigkeit und wurden wieder zu ihren Eltern gebracht. Anschließend wurde das Zeugnis vor den Augen der Kinder und Eltern anonymisiert, ein Dank ausgesprochen und danach die Familie verabschiedet. Das Experiment dauerte insgesamt ungefähr 45 – 60 Minuten.

Ein halbes Jahr später wurde mit den Familien erneut Kontakt aufgenommen und die Sommerzeugnisnoten der Kinder telefonisch erfragt. Die Testzeitpunkte der Untersuchung werden in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3

Testzeitpunkte der durchgeführten Untersuchung

Testzeitpunkte		
1.	Frühjahr 2006:	Untersuchung Winterzeugnis 06
2.	Herbst 2006:	Telefonische Kontaktaufnahme Sommerzeugnis 06

2.4 Untersuchungsdesign

Das Experiment folgte einem mehrfaktoriellen Design mit dem *between* – Faktor „Gruppe“ (UV) mit den Ausprägungen „ADHS“ und „Kontrollgruppe“, dem Faktor „Aggression“ (UV) mit den Ausprägungen „ADHS + Aggression (ADHS + Aggr)“, „ADHS – Aggression (ADHS – Aggr)“, „Kontrollgruppe“ und dem Faktor „schlechte akademische

Leistungen“ (UV) mit den Ausprägungen „ADHS + schlechte akademische Leistungen (ADHS + SAL)“, „ADHS – schlechte akademische Leistungen (ADHS – SAL)“, „Kontrollgruppe“.

2.4.1 Unabhängige Variablen

Unabhängige Variablen der vorliegenden Studie waren die Gruppe (ADHS vs. Kontrollgruppe), die Ausprägung „Aggression (Aggr)“ (ADHS + Aggr, ADHS – Aggr, Kontrollgruppe) und die Ausprägung „schlechte akademische Leistungen (SAL)“ (ADHS + SAL, ADHS – SAL, Kontrollgruppe). Die Zuordnung zu den einzelnen Subgruppen geschah wie in 2.2 beschrieben. Eine weitere unabhängige Variable stellte die Erfolgserwartung dar, die durch die Wahrscheinlichkeitseinschätzung der Kinder in Bezug auf die Erfüllung ihres Wunsches operationalisiert war.

2.4.2 Abhängige Variablen

Abhängige Variablen dieser Studie waren der Diskrepanzwert Kinder-Eltern im Self-Perception Profile for Children (SPPC) von Harter (1985) und der Notendurchschnitt des Sommerzeugnisses jeweils mit und ohne Gewichtung der Hauptfächer (Zeugnis 2 einfach, Zeugnis 2 HF). Das bevorzugte Zukunftsdenken (Schwelger vs. Grübler vs. Kontrastierer vs. Reverse Kontrastierer) wurde anhand der freien Auswahl der positiven Aspekte der Zukunft (p) bzw. der negativen Aspekte der Realität (n) bestimmt. In der folgenden Tabelle (Tabelle 4) wird beschrieben, wie die verschiedenen Aspektkombinationen den verschiedenen Zukunftsdenkstilen zugeordnet wurden.

Tabelle 4

Operationalisierung des Zukunftsdenkstils

Zukunftsdenkstil	Aspektkombinationen
Schwelger	pppp, pnpp, ppnp, pppn, nppp
Grübler	nnnn, npnn, nnpn, nnnp, pnnn
Kontrastierer	pnpn, pnnp, ppnn
Reverse Kontrastierer	npnp, nppn, nnpp

Anmerkung. p = positiver Aspekt; n = negativer Aspekt

2.5 Versuchsraum

Der Versuchsraum hatte eine Größe von ca. 8 m² und war fensterlos und schalldicht. An der Wand gegenüber der Tür befand sich ein Tisch, auf dem ein Computerbildschirm und eine

Tastatur standen. Das Testmaterial (Instruktionen, Fragebögen) befand sich am rechten Rand des Tisches. Vor dem Tisch standen zwei Stühle, der linke für das Kind, der rechte für die Versuchsleiterin. Das Deckenlicht sorgte für ausreichende Beleuchtung.

2.6 Geräte und Materialien

Die einzelnen Fragen und Anweisungen erschienen auf einem 17 Zoll Bildschirm von Fujitsu Siemens Computers, Typ Color Monitor 3816FA, Model LM-510. Der dazugehörige Rechner war ebenfalls von Fujitsu Siemens Computers des Typs Scenic 1 i845 PM und verfügte über einen Intel(R) Pentium(R) 4CPU 1.606HZ Prozessor und über einen Arbeitsspeicher mit einer Kapazität von 384 MB. Außerdem war das Gerät mit einer NVIDIA TNT2M64 Grafikkarte ausgerüstet.

3 Resultate

3.1.1 Vergleich der Gruppen in Bezug auf Alter, Geschlecht und Schulart

Alter. Um zu überprüfen, ob die Vergleichbarkeit der Gruppen in Bezug auf das Alter gewährleistet war, wurde in einem T-Test für unabhängige Stichproben der Mittelwert des Alters der ADHS- und der Kontrollgruppe miteinander verglichen. Der Mittelwert der ADHS-Gruppe lag bei 10.71 Jahren ($SD = 1.10$), die Kinder der Kontrollgruppe waren durchschnittlich 11.15 Jahre alt ($SD = 1.37$). Es ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen feststellen ($t(40) = -1.122, p = .268, ns$).

Geschlecht. Mit einem Fisher-Exakt-Test wurde getestet, ob es signifikante Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht gab. Es bestanden ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen der ADHS- (männlich: $n = 15$, weiblich: $n = 6$) und der Kontrollgruppe (männlich: $n = 15$, weiblich: $n = 6$) in Bezug auf das Geschlecht ($\chi^2(1, N = 42) = 0.000, p$ (Fisher-Exakt) = 1.000, ns).

Schulart. Auch in Bezug auf die Schulart gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen der ADHS-(Grundschule: $n = 9$, keine Grundschule: $n = 12$) und der Kontrollgruppe (Grundschule: $n = 8$, keine Grundschule: $n = 13$): $\chi^2(1, N = 42) = 0.099, p$ (Fisher-Exakt) = 1.000, ns).

Die Vergleichbarkeit der ADHS- und der Kontrollgruppe war demnach in Bezug auf das Alter, das Geschlecht und die Schulart gegeben.

3.1.2 Einfluss von Medikation

In der ADHS-Gruppe erhielten zwölf Kinder am Tag der Durchführung Medikamente, neun Kinder wurden nicht mit Stimulanzien behandelt. In einem T-Test für unabhängige Stichproben wurde überprüft, ob die Medikation einen Einfluss auf die abhängigen Variablen (Diskrepanzwert SPPC, Zukunftsdenkstile, Zeugnis 2 einfach, Zeugnis 2 HF) und auf die unabhängige Variable „Erfolgserwartung“ hatte. Der Vergleich von ADHS-Kindern mit Medikamenten (ADHS + M) und ADHS-Kindern ohne Medikamente (ADHS – M) in Bezug auf diese Variablen wird in Tabelle 5 dargestellt.

Diskrepanzwert SPPC. In Bezug auf den Diskrepanzwert (Kinder-Eltern) der Selbstüberschätzung gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen ADHS-Kindern mit Medikation ($M = -0.09, SD = 0.88$) und ADHS-Kindern ohne Medikation ($M = 0.23, SD = 0.53$): $t(17) = -0.921, p = .370, ns$.

Zukunftsdenkstile. Mittels Fisher-Exakt-Test wurde getestet, ob es Abhängigkeiten zwischen ADHS-Kindern mit Medikation sowie ADHS-Kindern ohne Medikation und dem Zukunftsdenkstil gab. Es wurden drei verschiedene Konstellationen betrachtet: 1. Schwelger (Medikation: $n = 6$, ohne Medikation: $n = 5$) vs. Grübler (Medikation: $n = 2$, ohne Medikation: $n = 3$) vs. Reverse Kontrastierer (Medikation: $n = 1$, ohne Medikation: $n = 0$) vs. Kontrastierer (Medikation: $n = 3$, ohne Medikation: $n = 1$), 2. Schwelger vs. Grübler, Reverse Kontrastierer (Medikation: $n = 3$, ohne Medikation: $n = 3$) vs. Kontrastierer, 3. Schwelger, Grübler, Reverse Kontrastierer (Medikation: $n = 9$, ohne Medikation: $n = 8$) vs. Kontrastierer. In keiner dieser Konstellationen gab es signifikante Abhängigkeiten zwischen der ADHS-Gruppe mit Medikation, der ADHS-Gruppe ohne Medikation und dem Zukunftsdenkstil (1. $\chi^2(3, N = 21) = 1.901$, p (Fisher-Exakt) = .771, ns ; 2. $\chi^2(2, N = 21) = 0.676$, p (Fisher-Exakt) = .724, ns ; 3. $\chi^2(1, N = 21) = 0.643$, p (Fisher-Exakt) = .603, ns).

Notendurchschnitte. Ein T-Test für unabhängige Stichproben diente zur Berechnung von Mittelwertsunterschieden zwischen den ADHS-Gruppen mit und ohne Medikation in Bezug auf den Notendurchschnitt. Hier gab es vier verschiedene Durchschnittsnoten: 1. der Notendurchschnitt zum Zeitpunkt 1 ohne Gewichtung der Hauptfächer (Zeugnis 1 einfach), 2. der Notendurchschnitt zum Zeitpunkt 1 mit Gewichtung der Hauptfächer (Zeugnis 1 HF), 3. der Notendurchschnitt zum Zeitpunkt 2 ohne Gewichtung der Hauptfächer (Zeugnis 2 einfach), 4. der Notendurchschnitt zum Zeitpunkt 2 mit Gewichtung der Hauptfächer (Zeugnis 2 HF). Es ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen (ADHS mit vs. ADHS ohne Medikation) in Bezug auf die Berechnungen der Notendurchschnitte feststellen: Zeugnis 1 einfach: $t(16) = 0.041$, $p = .968$, ns ; Zeugnis 1 HF: $t(16) = 0.076$, $p = .940$, ns ; Zeugnis 2 einfach: $t(14) = 0.352$, $p = .730$, ns ; Zeugnis 2 HF: $t(14) = 0.475$, $p = .642$, ns (Medikamente: Zeugnis 1 einfach: $M = 2.91$, $SD = 0.66$; Zeugnis 1 HF: $M = 3.03$, $SD = 0.71$; Zeugnis 2 einfach: $M = 2.99$, $SD = 0.55$; Zeugnis 2 HF: $M = 3.14$, $SD = 0.59$; keine Medikamente: Zeugnis 1 einfach: $M = 2.90$, $SD = 0.48$; Zeugnis 1 HF: $M = 3.01$, $SD = 0.51$; Zeugnis 2 einfach: $M = 2.90$, $SD = 0.43$; Zeugnis 2 HF: $M = 3.01$, $SD = 0.48$).

Erfolgserwartung. Um aufzuklären, ob es in Bezug auf die Erfolgserwartung Unterschiede zwischen den Gruppen gab, wurde erneut ein T-Test für unabhängige Stichproben gerechnet. Es stellte sich heraus, dass es zwischen der ADHS-Gruppe mit Medikation ($M = 4.42$, $SD = 1.68$) und der ADHS-Gruppe ohne Medikation ($M = 4.22$, $SD = 1.56$) keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Wahrscheinlichkeitseinschätzung des Wunsches gab ($t(19) = 0.271$, $p = .790$, ns).

Tabelle 5

Vergleich von ADHS-Kindern mit Medikamenten (ADHS + M) und ADHS-Kindern ohne Medikamente (ADHS – M) in Bezug auf die abhängigen Variablen und eine unabhängige Variable

Variable	ADHS + M (n = 12)	ADHS – M (n = 9)	t	p
	M (SD)	M (SD)		
Diskrepanzwert SPPC	-0.09 (0.88)	0.23 (0.53)	-0.921	.370
Zeugnis 1 einfach	2.91 (0.66)	2.90 (0.48)	0.041	.968
Zeugnis 1 HF	3.03 (0.71)	3.01 (0.51)	0.076	.940
Zeugnis 2 einfach	2.99 (0.55)	2.90 (0.43)	0.352	.730
Zeugnis 2 HF	3.14 (0.59)	3.01 (0.48)	0.475	.642
Erfolgserwartung	4.42 (1.68)	4.22 (1.56)	0.271	.790
	ADHS + M n (%)	ADHS – M n (%)	χ^2	p
Zukunftsdenkstil 1			1.901	.771
Anzahl S	6 (50.0)	5 (55.6)		
Anzahl G	2 (16.7)	3 (33.3)		
Anzahl RK	1 (8.3)	0 (0)		
Anzahl K	3 (25.0)	1 (11.1)		
Zukunftsdenkstil 2			0.676	.724
Anzahl S	6 (50.0)	5 (55.6)		
Anzahl G, RK	3 (25.0)	3 (33.3)		
Anzahl K	3 (25.0)	1 (11.1)		
Zukunftsdenkstil 3			0.643	.603
Anzahl S, G, RK	9 (75.0)	8 (88.9)		
Anzahl K	3 (25.0)	1 (11.1)		

Anmerkung. ADHS + M = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit Medikamenten, ADHS – M = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ohne Medikamente, S = Schwelger, G = Grübler, RK = Reverse Kontrastierer, K = Kontrastierer

Die Medikation hatte demnach keinen Einfluss auf die abhängigen Variablen (Diskrepanzwert SPPC, Zukunftsdenkstile, Zeugnis 2 einfach, Zeugnis 2 HF) und auf die unabhängige Variable „Erfolgserwartung“.

3.1.3 Übereinstimmung ADHS – Aggr und ADS: Bestand die ADHS – Aggr Gruppe hauptsächlich aus Kindern mit ADS?

Um zu testen, ob die Gruppe ADHS – Aggr vorrangig aus Kindern des *vorwiegend unaufmerksamen Typus* (Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne Symptome von Hyperaktivität, im Folgenden ADS genannt) bestand, wurden die Symptomwerte „Hyperaktivität“ und „Impulsivität“ des Fragebogens FBB-HKS (Döpfner & Lehmkuhl, 2000) betrachtet. Diese zwei Symptome sind vor allem bei ADHS vorhanden. Unterschiede zwischen den Gruppen wurden anhand einer ANOVA berechnet. Geplante Kontraste ergaben einen signifikanten Unterschied zwischen dem Problemstärkeendwert von Hyperaktivitätssymptomen zwischen den Gruppen ADHS + Aggr ($M = 1.20$, $SD = 0.63$) und ADHS – Aggr ($M = 0.64$, $SD = 0.67$): $t(19) = -2.340$, $p = .050$, nach Bonferroni adjustiert. Aggressive Kinder mit ADHS (ADHS + Aggr) zeigten signifikant höhere Werte in Bezug auf die Hyperaktivitätsproblemstärke als nicht-aggressive Kinder mit ADHS (ADHS – Aggr). Auch in Bezug auf die Schwereendwert von Impulsivitätssymptomen gab es signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ADHS + Aggr ($M = 2.00$, $SD = 0.82$) und ADHS – Aggr ($M = 1.18$, $SD = 0.87$): $t(19) = -2.700$, $p = .020$, nach Bonferroni adjustiert. Die Eltern von aggressiven Kindern (ADHS + Aggr) schätzten die Schwere von Impulsivität bei ihren Kindern stärker ein als Eltern nicht-aggressiver Kinder (ADHS – Aggr). Bei Betrachtung des Problemstärkeendwertes der Impulsivitätssymptome zeigte sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ADHS + Aggr ($M = 2.00$, $SD = 0.94$) und ADHS – Aggr ($M = 0.91$, $SD = 0.70$), $t(19) = -3.431$, $p = .004$, nach Bonferroni adjustiert. Aggressive Kinder mit ADHS (ADHS + Aggr) zeigten signifikant höhere Werte bezüglich der Problemstärke der Impulsivitätssymptome als nicht-aggressive Kinder (ADHS – Aggr). Aufgrund dieser Ergebnisse lässt sich sagen, dass die ADHS – Aggr Gruppe hauptsächlich aus Kindern mit ADS bestand.

3.1.4 Untersuchung des Zusammenhangs zwischen SPPC-Gesamtwert der Kinder und der Erfolgserwartung

Um zu testen, ob der SPPC-Gesamtwert (Harter, 1985) der Kinder und die Erfolgserwartung gleiche Konstrukte darstellen, wurde eine Pearson Korrelation gerechnet. Die Korrelation stellte sich als signifikant heraus: $r = .310$, $p = .046$. Der Selbstkonzeptwert der

Kinder und ihre Erfolgserwartung zeigten demnach einen positiven Zusammenhang. Je höher der selbst eingeschätzte Selbstkonzeptwert war, desto höher war auch die Erfolgserwartung über alle Gruppen hinweg.

3.1.5 Selbstüberschätzung

- **Hypothese 1a:** Kinder mit ADHS überschätzen ihre kognitive Kompetenz signifikant mehr als Kinder der Kontrollgruppe (Hoza et al., 2004).

Diese Hypothese diente dazu, Ergebnisse aus der Studie von Hoza et al. (2004) zu replizieren. Zur Testung der Hypothese wurde ein T-Test für unabhängige Stichproben verwendet.

Gesamtdiskrepanzwert SPPC. In Bezug auf den Diskrepanzwert (Kinder-Eltern) des gesamten SPPC konnte zwischen den Kindern mit ADHS ($n = 21$; $M = 0.05$, $SD = 0.76$) und den Kindern der Kontrollgruppe ($n = 21$; $M = 0.07$, $SD = 0.47$) kein signifikanter Unterschied gefunden werden ($t(37) = -1.126$, $p = .450$, einseitig, *ns*). Kinder mit ADHS überschätzten ihre kognitive Kompetenz nicht signifikant mehr als Kinder der Kontrollgruppe.

Notendurchschnitt zum 1. Zeitpunkt und Erfolgserwartung. Der Notendurchschnitt zum 1. Zeitpunkt (Zeugnis 1 HF) war bei der ADHS-Gruppe signifikant schlechter als bei der Kontrollgruppe (ADHS: $M = 3.02$, $SD = 0.60$; KG: $M = 2.49$, $SD = 0.71$; $t(32) = 2.386$, $p = .023$). Die Erfolgserwartungen dieser beiden Gruppen zeigten jedoch keine signifikanten Unterschiede (ADHS: $M = 4.33$, $SD = 1.59$; KG: $M = 4.95$, $SD = 1.16$; $t(40) = -1.440$, $p = .158$). Trotz ihrer schlechteren Notendurchschnitte zeigten Kinder mit ADHS keine niedrigeren Erfolgserwartungen als Kinder der Kontrollgruppe.

- **Hypothese 1b:** Kinder mit ADHS sowie hohen Aggressionswerten (ADHS + Aggr) und Kinder mit ADHS sowie niedrigen Aggressionswerten (ADHS – Aggr) überschätzen ihre kognitive Kompetenz signifikant mehr als Kinder der Kontrollgruppe (Hoza et al., 2004).

Diese Hypothese diente dazu, Ergebnisse aus einer Studie von Hoza et al. (2004) zu replizieren. Es wurde eine einfaktorielle ANOVA (analysis of variance) mit dem Faktor „Aggression“ (ADHS + Aggr vs. ADHS – Aggr vs. Kontrollgruppe) und der abhängigen Variable „Diskrepanzwert der SPPC-Skala“ durchgeführt.

Gesamtdiskrepanzwert SPPC. Die Unterschiede in Bezug auf den Diskrepanzwert zwischen Kindern der Gruppe ADHS + Aggr ($n = 10$; $M = -0.14$, $SD = 0.98$), den Kindern der Gruppe ADHS – Aggr ($n = 11$; $M = 0.21$, $SD = 0.47$), und den Kindern der Kontrollgruppe (n

= 21; $M = 0.07$, $SD = 0.47$), stellten sich als nicht signifikant heraus ($F(2, 36) = 0.750$, $p = .480$, *ns*). Da geplante Kontraste Unterschiede aufdecken können, die durch eine ANOVA nicht signifikant werden, (Kawada, Oettingen, Gollwitzer & Bargh, 2004), wurden diese zwischen den Gruppen ADHS – Aggr und ADHS + Aggr gerechnet. Sie stellten sich jedoch als nicht signifikant heraus ($t(17) = 1.218$, $p = .462$; nach Bonferroni adjustiert). Kinder mit ADHS sowie hohen Aggressionswerten (ADHS + Aggr) und Kinder mit ADHS sowie niedrigen Aggressionswerten (ADHS – Aggr) überschätzten ihre kognitive Kompetenz nicht signifikant mehr als Kinder der Kontrollgruppe.

- **Hypothese 1c:** Kinder mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen (ADHS + SAL) und Kinder mit ADHS ohne schlechte akademische Leistungen (ADHS – SAL) überschätzen ihre kognitive Kompetenz signifikant mehr als Kinder der Kontrollgruppe (Hoza et al., 2004).

Diese Hypothese diene dazu, Ergebnisse aus einer Studie von Hoza et al. (2004) zu replizieren. Eine einfaktorielle ANOVA mit dem Faktor „schlechte akademische Leistungen“ (ADHS + SAL vs. ADHS – SAL vs. Kontrollgruppe) mit der abhängigen Variable „Diskrepanzwert des SPPC“ diene dazu, die Hypothese zu berechnen.

Gesamtdiskrepanzwert SPPC. Die Unterschiede in Bezug auf den Diskrepanzwert zwischen Kindern der Gruppe ADHS + SAL ($n = 7$; $M = -0.17$, $SD = 0.61$), den Kindern der Gruppe ADHS – SAL ($n = 13$; $M = -0.04$, $SD = 0.84$), und den Kindern der Kontrollgruppe ($n = 21$; $M = 0.07$, $SD = 0.47$), waren nicht signifikant ($F(2, 35) = 0.215$, $p = .808$, *ns*) und somit konnte diese Hypothese nicht bestätigt werden. In Bezug auf den SPPC-Gesamtwert überschätzten Kinder mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen (ADHS + SAL) und Kinder mit ADHS ohne schlechte akademische Leistungen (ADHS – SAL) ihre kognitive Kompetenz nicht signifikant mehr als Kinder der Kontrollgruppe.

Diskrepanzwert einzelner Items des SPPC. Zusätzlich zum Diskrepanzwert des Gesamtwertes (Kinder-Eltern) des SPPC wurden die Differenzwerte (Kinder-Eltern) der einzelnen Items berechnet. In einer Kovarianzanalyse mit dem jeweiligen Eltern-Item als Kovariate gab es für den Faktor „schlechte akademische Leistungen“ und in Bezug auf das Item „Einige Kinder glauben, dass sie genauso schlau sind wie andere Kinder in ihrem Alter, aber andere Kinder sind sich nicht so sicher und fragen sich, ob sie wirklich genauso schlau sind wie andere Kinder in ihrem Alter“ einen signifikanten Unterschied zwischen ADHS + SAL ($M = -0.80$, $SD = 1.10$, $M(adj) = -1.44$), ADHS – SAL ($M = -0.42$, $SD = 1.62$, $M(adj) = -0.28$) und den Kindern der Kontrollgruppe ($M = -0.10$, $SD = 1.07$, $M(adj) = -0.20$): $F(2, 33) = 3.83$, $p = .032$. Kontraste ergaben einen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe

ADHS + SAL und der Kontrollgruppe ($t(23) = -2.770, p = .018$; nach Bonferroni adjustiert). Kinder mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen (ADHS + SAL) unterschätzten ihre Schlaueheit im Vergleich zu ihren Eltern signifikant mehr als Kinder der Kontrollgruppe: sie zweifelten also im Vergleich zu ihren Eltern an, ob sie wirklich genauso schlau sind wie andere Kinder in ihrem Alter.

In Bezug auf das Item „Einige Kinder haben Schwierigkeiten, in der Schule die richtigen Antworten zu finden, aber andere Kinder finden die richtigen Antworten fast immer“ gab es für den Faktor „schlechte akademische Leistungen“ ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Subgruppen ADHS + SAL ($M = 0.20, SD = 0.45, M(adj) = -0.48$), ADHS – SAL ($M = 0.58, SD = 1.38, M(adj) = 0.45$) und der Kontrollgruppe ($M = 0.25, SD = 0.91, M(adj) = 0.50$): $F(2, 33) = 3.405, p = .045$. Kontraste ergaben einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ADHS + SAL und der Kontrollgruppe ($t(23) = -2.521, p = .034$; nach Bonferroni adjustiert). Kinder mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen unterschätzten ihre korrekte Antwortfähigkeit im Vergleich zu ihren Eltern signifikant mehr als Kinder der Kontrollgruppe: sie gaben im Vergleich zu ihren Eltern signifikant weniger an, dass sie meistens richtige Antworten geben. Zusätzlich dazu wurde ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ADHS + SAL und ADHS – SAL gefunden ($t(15) = 2.363, p = .048$; nach Bonferroni adjustiert). Kinder mit ADHS sowie normalen akademischen Leistungen überschätzten ihre korrekte Antwortfähigkeit im Vergleich zu ihren Eltern signifikant mehr als Kinder mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen: sie gaben im Vergleich zu ihren Eltern signifikant mehr an, dass sie meistens richtige Antworten geben. In Tabelle 6 sind die Mittelwerte und adjustierten Mittelwerte des Differenzwertes dieser zwei Items in Abhängigkeit des Faktors „schlechte akademische Leistungen“ und mit dem jeweiligen Elterndifferenzwert als Kovariate abgebildet.

Tabelle 6

Mittelwerte, Standardabweichungen und adjustierte Mittelwerte des Kind-Eltern Differenzwertes von einzelnen Items im SPPC (Harter, 1985) in Abhängigkeit des Faktors „schlechte akademische Leistungen“

Item	ADHS + SAL (n = 5)		ADHS – SAL (n = 12)		KG (n = 20)		F	p
	M (SD)	M(adj)	M (SD)	M(adj)	M (SD)	M(adj)		
Schlauheit Stimmt gar nicht/ stimmt ganz genau	-0.80 (1.10)	-1.44	-0.42 (1.62)	-0.28	-0.10 (1.07)	-0.20	3.831	.032
Richtige Antwort Stimmt gar nicht/stimmt ganz genau	0.20 (0.45)	-0.48	0.58 (1.38)	0.45	0.25 (0.91)	0.50	3.405	.045

Anmerkung. ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung; SAL = schlechte akademische Leistungen; KG = Kontrollgruppe, SPPC = Self-Perception Profile for Children

3.1.6 Zukunftsdenkstile

- **Hypothese 2a:** Kinder mit ADHS zeigen einen anderen Zukunftsdenkstil als Kinder der Kontrollgruppe.

Diese Hypothese diente dazu, herauszufinden, ob ADHS-Kinder, bei denen sich nach Hoza et al. (2004) Selbstüberschätzungsphänomene finden ließen, ebenfalls einen Schwelger-Zukunftsdenkstil zeigen. Um diese Hypothese zu testen, wurde ein Fisher-Exakt-Test verwendet.

Zukunftsdenkstil 1. Zunächst wurde untersucht, ob es Abhängigkeiten zwischen der ADHS-Gruppe und der Kontrollgruppe bezüglich der vier Zukunftsdenkstile: Schwelger (ADHS: $n = 11$, KG: $n = 9$) vs. Grübler (ADHS: $n = 5$, KG: $n = 2$) vs. Reverse Kontrastierer (ADHS: $n = 1$, KG: $n = 2$) vs. Kontrastierer (ADHS: $n = 4$, KG: $n = 8$), gab. Es ließen sich keine Signifikanzen finden: es gab keinen Zusammenhang zwischen Gruppenzugehörigkeit und Zukunftsdenkstil ($\chi^2(3, N = 42) = 3.152, p$ (Fisher Exakt) = .398, *ns*).

Zukunftsdenkstil 2. Anschließend wurden die Zukunftsdenkstile Grübler und Reverse Kontrastierer (ADHS: $n = 6$, KG: $n = 4$) zu einer Gruppe zusammengefasst, sodass drei verschiedene Klassifikationen entstanden: Schwelger vs. Grübler, Reverse Kontrastierer vs.

Kontrastierer. Jedoch ließ sich auch hier kein signifikanter Zusammenhang zwischen Gruppe und Zukunftsdenkstil finden ($\chi^2(2, N = 42) = 1.933, p$ (Fisher-Exakt) = .482, *ns*).

Zukunftsdenkstil 3. Schließlich wurden die Zukunftsdenkstile Schwelger, Grübler, Reverse Kontrastierer zu einer Kategorie zusammengefasst (ADHS: $n = 17$, KG: $n = 13$), und Zusammenhänge zwischen den Gruppen und dem Zukunftsdenkstil getestet. Die Hypothese konnte allerdings nicht bestätigt werden ($\chi^2(1, N = 42) = 1.867, p$ (Fisher-Exakt) = .306, *ns*): es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen Gruppe und Zukunftsdenkstil gefunden werden. Kinder mit ADHS zeigten demnach keinen anderen Zukunftsdenkstil als Kinder der Kontrollgruppe. In Abbildung 2 sind die Häufigkeiten der Zukunftsdenkstile dieser zwei Gruppen graphisch dargestellt.

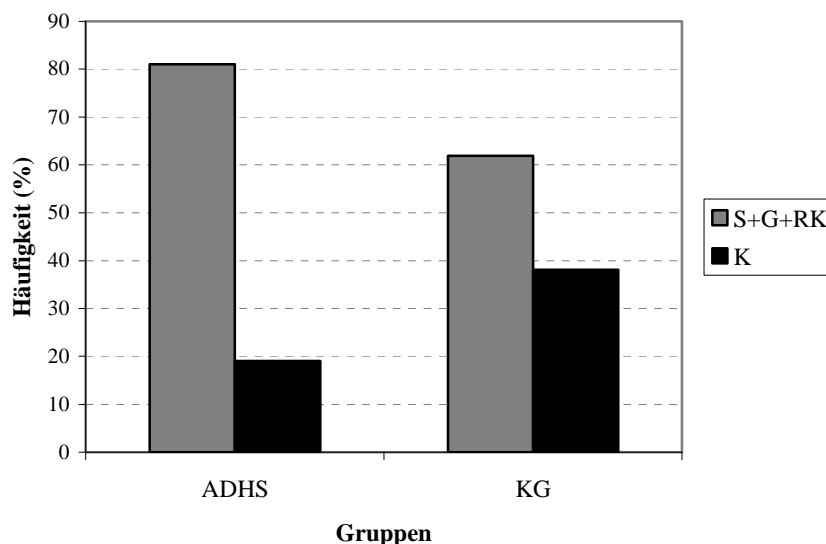


Abbildung 2. Häufigkeiten (%) des Zukunftsdenkstils (*S* = Schwelger; *G* = Grübler, *RK* = Reverse Kontrastierer, *K* = Kontrastierer) der Gruppen ADHS und KG

- **Hypothese 2b:** Kinder mit ADHS sowie hohen Aggressionswerten (ADHS + Aggr) und Kinder mit ADHS sowie niedrigen Aggressionswerten (ADHS – Aggr) zeigen einen anderen Zukunftsdenkstil als Kinder der Kontrollgruppe.

Diese Hypothese diente dazu, herauszufinden, ob ADHS-Kinder mit hohen und Aggression, bei denen sich nach Hoza et al. (2004) Selbstüberschätzungsphänomene finden ließen, ebenfalls einen Schwelger-Zukunftsdenkstil zeigen. Um diese Hypothese zu testen, wurde ein Fisher-Exakt-Test verwendet.

Zukunftsdenkstil 1. Zunächst wurden alle vier Zukunftsdenkstile als getrennte Kategorien betrachtet und untersucht, ob es signifikante Zusammenhänge zwischen den Gruppen ADHS + Aggr (Schwelger: $n = 4$, Grübler: $n = 2$, Reverse Kontrastierer: $n = 0$, Kontrastierer: $n = 4$), ADHS – Aggr (Schwelger: $n = 7$, Grübler: $n = 3$, Reverse Kontrastierer: $n = 1$, Kontrastierer: $n = 0$), der Kontrollgruppe (Schwelger: $n = 9$, Grübler: $n = 2$, Reverse Kontrastierer: $n = 2$, Kontrastierer: $n = 8$) und dem Zukunftsdenkstil gab. Es konnten jedoch keine signifikanten Zusammenhänge festgestellt und somit die Hypothese nicht bestätigt werden ($\chi^2(6, N = 42) = 7.473, p$ (Fisher-Exakt) = .158, *ns*).

Zukunftsdenkstil 2. Die Zusammenhänge zwischen diesen drei Gruppen und dem Zukunftsdenkstil waren auch nach Zusammenfassen von Grüblern und Reversen Kontrastierern (ADHS + Aggr: $n = 2$, ADHS – Aggr: $n = 4$, KG: $n = 4$) zu einer Kategorie nicht signifikant ($\chi^2(4, N = 42) = 6.070, p$ (Fisher-Exakt) = .135, *ns*).

Zukunftsdenkstil 3. Anschließend wurden die Zukunftsdenkstile Schwelger, Grübler und Reverse Kontrastierer (ADHS + Aggr: $n = 6$, ADHS – Aggr: $n = 11$, KG: $n = 13$) zu einer Kategorie zusammengefasst. Der Fisher-Exakt p-Wert für die Hypothese der Unabhängigkeit war .034 und somit signifikant ($\chi^2(2, N = 42) = 5.973, p$ (Fisher-Exakt) = .034). Ein darauf folgender Fisher-Exakt Test ergab einen signifikanten Zusammenhang der Gruppen ADHS – Aggr und der Kontrollgruppe in Bezug auf die Zukunftsdenkstile ($\chi^2(1, N = 32) = 5.587, p = .029$) und einen Zusammenhang der Gruppen ADHS – Aggr und ADHS + Aggr in Bezug auf die Zukunftsdenkstile ($\chi^2(1, N = 21) = 5.435, p = .035$). ADHS-Kinder mit geringen aggressiven Werten verwendeten im Vergleich zu Kindern mit hohen aggressiven Werten und Kindern der Kontrollgruppe signifikant weniger den Kontrastierer-Zukunftsdenkstil. In Abbildung 3 sind die Häufigkeiten der Zukunftsdenkstile dieser drei Gruppen graphisch dargestellt.

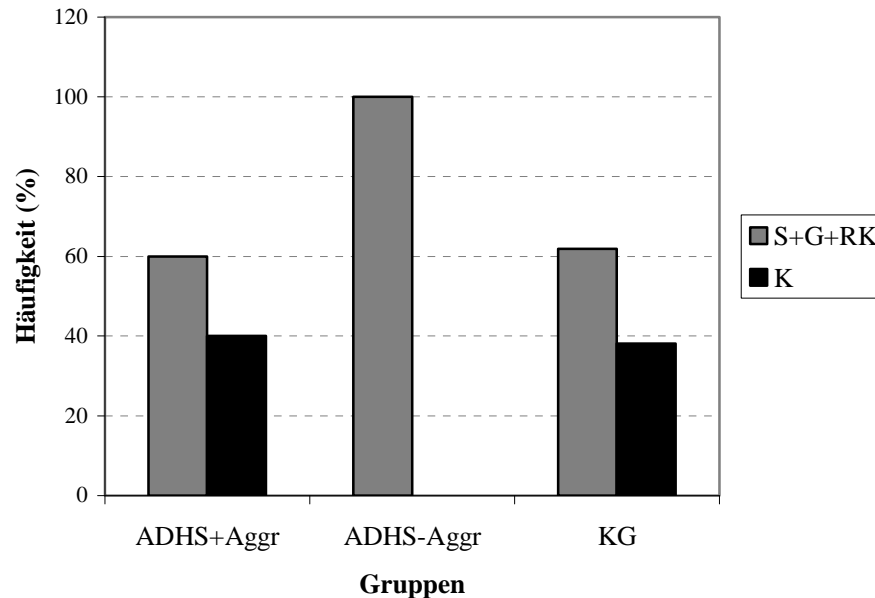


Abbildung 3. Häufigkeiten (%) des Zukunftsdenkstils (*S* = Schwelger; *G* = Grübler, *RK* = Reverse Kontrastierer, *K* = Kontrastierer) der Gruppen ADHS + Aggr, ADHS – Aggr und KG

- **Hypothese 2c:** Kinder mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen (ADHS + SAL) und Kinder mit ADHS sowie keinen schlechten akademischen Leistungen (ADHS – SAL) zeigen einen anderen Zukunftsdenkstil als Kinder der Kontrollgruppe.

Diese Hypothese diente dazu, herauszufinden, ob ADHS-Kinder mit und ohne schlechten akademischen Leistungen, bei denen sich nach Hoza et al. (2004) Selbstüberschätzungsphänomene finden ließen, ebenfalls einen Schwelger-Zukunftsdenkstil zeigen. Um diese Hypothese zu testen, wurde ein Fisher-Exakt-Test verwendet.

Zukunftsdenkstil 1. Es konnte kein Zusammenhang zwischen Gruppen und Zukunftsdenkstilen für die getrennte Betrachtung aller vier Kategorien - Schwelger (ADHS + SAL: $n = 4$, ADHS – SAL: $n = 7$, KG: $n = 9$) vs. Grübler (ADHS + SAL: $n = 2$, ADHS – SAL: $n = 3$, KG: $n = 2$) vs. Reverse Kontrastierer (ADHS + SAL: $n = 0$, ADHS – SAL: $n = 0$, KG: $n = 2$) vs. Kontrastierer (ADHS + SAL: $n = 1$, ADHS – SAL: $n = 3$, KG: $n = 8$) - gefunden werden ($\chi^2(6, N = 42) = 5.008, p$ (Fisher-Exakt) = .629, *ns*).

Zukunftsdenkstil 2. Bei der Betrachtung von drei Kategorien nach Zusammenfassen von Grüblern und Reversen Kontrastierern (ADHS + SAL: $n = 2$, ADHS – SAL: $n = 3$, KG: $n = 4$) zu einer Kategorie (Schwelger vs. Grübler, Reverse Kontrastierer vs. Kontrastierer)

konnte ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang bestätigt werden: $\chi^2(4, N = 42) = 1.814, p = .788, ns$.

Zukunftsdenkstil 3. Es ergab sich ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang zwischen ADHS + SAL, ADHS + SAL und der Kontrollgruppe in Bezug auf den Zukunftsdenkstil nach Zusammenfassen von Schwelgern, Grüblern und Reversen Kontrastierern (ADHS + SAL: $n = 6$, ADHS – SAL: $n = 10$, KG: $n = 13$) zu einer Kategorie: $\chi^2(2, N = 42) = 1.790, p$ (Fisher-Exakt) = .470, *ns*. Kinder mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen (ADHS + SAL) und Kinder mit ADHS ohne schlechte akademische Leistungen (ADHS – SAL) zeigten keinen anderen Zukunftsdenkstil als Kinder der Kontrollgruppe. In Abbildung 4 sind die Häufigkeiten der Zukunftsdenkstile dieser drei Gruppen graphisch dargestellt.

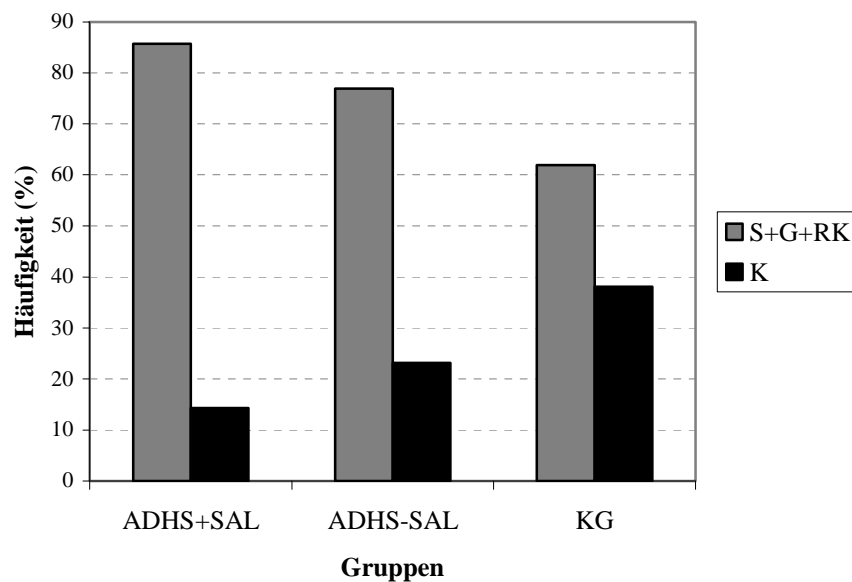


Abbildung 4. Häufigkeiten (%) des Zukunftsdenkstils (*S* = Schwelger; *G* = Grübler, *RK* = Reverse Kontrastierer, *K* = Kontrastierer) der Gruppen ADHS + SAL, ADHS – SAL und KG

3.1.7 Erfolgserwartungen und Durchschnittsnoten

- **Hypothese 3a:** Positive Erfolgserwartungen sagen bei Kindern der Kontrollgruppe einen guten Notendurchschnitt vorher im Vergleich zu Kindern mit ADHS.

Diese Hypothese diente dazu, herausfinden, ob positive Erwartungen bei Kindern der Kontrollgruppe, von denen angenommen wurde, dass sie den Kontrastierer-Zukunftsdenkstil verwenden, zu guten Leistungen führen. Im Gegensatz dazu wurde angenommen, dass positive Erfolgserwartungen bei Kindern der ADHS-Gruppe, von denen angenommen wurde,

dass sie eher den Schwelger-Zukunftsdenkstil verwenden, nicht zu guten Leistungen führen und sich somit ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen zeigt.

Unterschiede Notendurchschnitte. Von insgesamt 42 Kindern waren 34 Kinder auf Schulen, in welchen vor den Winter- bzw. Sommerferien benotete Zeugnisse ausgehändigt wurden. Zum Zeitpunkt 2 wurden sechs Kinder bzw. Eltern telefonisch nicht erreicht, was dazu führte, dass nur 28 Notendurchschnitte in die statistischen Analysen eingingen. Es gab einen signifikanten Unterschied zwischen der ADHS-Gruppe (Zeugnis 1 einfach: $M = 2.91$, $SD = 0.56$; Zeugnis 1 HF: $M = 3.02$, $SD = 0.60$) und der Kontrollgruppe (Zeugnis 1 einfach: $M = 2.45$, $SD = 0.63$; Zeugnis 1 HF: $M = 2.49$, $SD = 0.71$) in Bezug auf die Notendurchschnitte zum Zeitpunkt 1 (einfach bzw. HF): $t(32) = 2.217$, $p = .034$ bzw. $t(32) = 2.386$, $p = .023$. Ebenso gab es Unterschiede zwischen ADHS- (Zeugnis 2 einfach: $M = 2.95$, $SD = 0.49$, Zeugnis 2 HF: $M = 3.09$, $SD = 0.53$) und Kontrollgruppe (Zeugnis 2 einfach: $M = 2.38$, $SD = 0.57$, Zeugnis 2 HF: $M = 2.41$, $SD = 0.61$) bezüglich des Zeugnisses zum Zeitpunkt 2 (einfach und HF): $t(26) = 2.832$, $p = .009$ bzw. $t(26) = 3.139$, $p = .004$. Kinder der ADHS-Gruppe hatten zu jedem Zeitpunkt signifikant schlechtere Noten als Kinder der Kontrollgruppe. **Unterschiede Erfolgserwartung.** Die Erfolgserwartung zwischen der ADHS- ($M = 4.33$, $SD = 1.59$) und der Kontrollgruppe ($M = 4.95$, $SD = 1.16$) unterschieden sich nicht signifikant voneinander ($t(40) = -1.440$, $p = .158$). Kinder mit ADHS und Kontrollkinder sahen es als relativ wahrscheinlich an, dass ihr Wunsch in Erfüllung geht.

Zusammenhang zwischen Notendurchschnitt und Erfolgserwartung. Da die Zeugnisnoten zum 1. Zeitpunkt nur ein Fähigkeitsmaß abbildeten und nicht als Leistung an sich zu bewerten waren, wurden sie nicht als Kovariate in die Rechnungen miteinbezogen. Dies gilt sowohl für alle nachfolgenden Korrelations- als auch alle Regressionsberechnungen. Eine andere Möglichkeit, diese Hypothese unter Einbezug des Notendurchschnittes zum Zeitpunkt 1 zu prüfen, findet sich im Anhang (siehe Anhang K).

Der Zusammenhang zwischen der Erfolgserwartung und den Notendurchschnitten (Zeugnis 2 einfach, Zeugnis 2 HF) des Sommerzeugnisses (Zeitpunkt 2) wurde anhand von Pearson Korrelationen berechnet. Bei der ADHS-Gruppe gab es keine signifikante Korrelation zwischen der Erfolgserwartung und den Notendurchschnitten (Zeugnis 2 einfach: $r = .329$, $p = .214$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $r = .358$, $p = .173$, *ns*). Bei der Kontrollgruppe waren ebenfalls keine signifikanten Korrelationen zwischen der Erfolgserwartung und den Notendurchschnitten zu finden (Zeugnis 2 einfach: $r = -.402$, $p = .195$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $r = -.405$, $p = .191$, *ns*).

Beim Vergleich der beiden Korrelationen jedoch zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der ADHS- und der Kontrollgruppe in Bezug auf den Zusammenhang der Erfolgserwartung und des Notendurchschnittes (Zeugnis 2 einfach: $z = 1.771$, $p = .038$; Zeugnis 2 HF: $z = 1.856$, $p = .032$). Der Zusammenhang zwischen positiver Erfolgserwartung und gutem Notendurchschnitt war für Kinder der Kontrollgruppe stärker als für die ADHS-Kinder.

Prädiktion der Erfolgserwartung für Notendurchschnitte. Zusätzlich zu den Korrelationen wurden Regressionen gerechnet. Bei der ADHS-Gruppe war die Erfolgserwartung kein signifikanter Prädiktor für die Notendurchschnitte zum 2. Zeitpunkt (Zeugnis 2 einfach: $B = 0.098$, $t(14) = 1.303$, $p = .214$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $B = 0.116$, $t(14) = 1.435$, $p = .173$, *ns*). Bei der Kontrollgruppe sagte die Erfolgserwartungsvariable die Notendurchschnitte für den 2. Zeitpunkt ebenfalls nicht signifikant vorher (Zeugnis 2 einfach: $B = -0.175$, $t(10) = -1.389$, $p = .195$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $B = -0.190$, $t(10) = -1.402$, $p = .191$, *ns*).

Die Unterschiede der Steigungen zur Prädiktion der Zeugnisnoten 2 einfach ($B(\text{diff}) = -0.273$) und 2 HF ($B(\text{diff}) = -0.306$) jedoch war signifikant $t(24) = -1.930$, $p = .033$ bzw. $t(24) = -2.012$, $p = .028$. Es konnten signifikante Unterschiede zwischen Kindern mit ADHS und der Kontrollgruppe in Bezug auf die Vorhersage der Erfolgserwartung auf die Notendurchschnitte gezeigt und somit diese Hypothese bestätigt werden: bei Kindern der Kontrollgruppe sagten positive Erwartungen gute Notendurchschnitte voraus im Vergleich zu Kindern der ADHS-Gruppe. In Abbildung 5 werden die Regressionslinien der ADHS und der Kontrollgruppe in Bezug auf die Prädiktorfähigkeit der Erfolgserwartung auf den Notendurchschnitt Zeugnis 2 HF abgebildet.

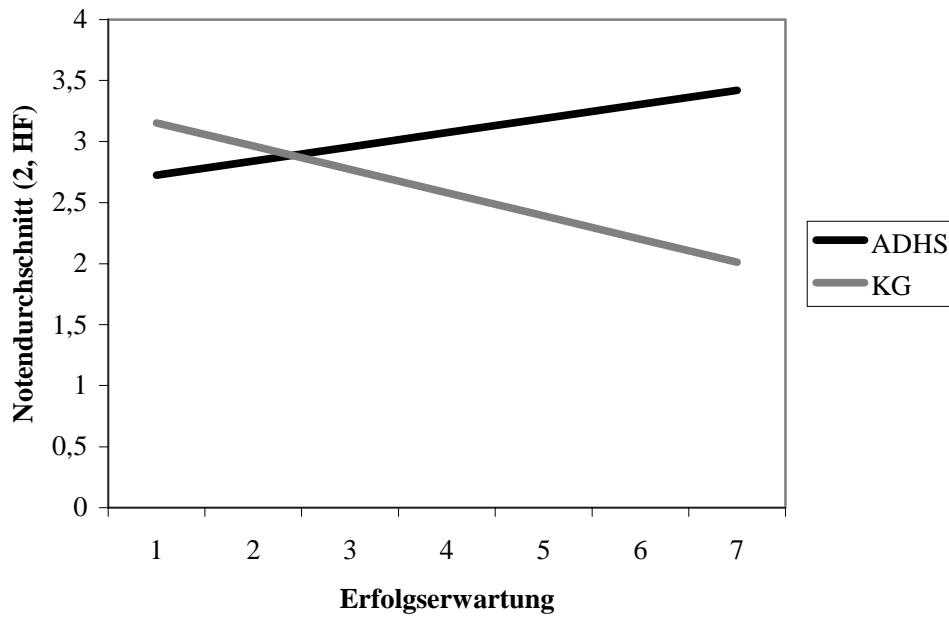


Abbildung 5. Regressionslinien der ADHS- und der Kontrollgruppe in Bezug auf die Prädiktorfähigkeit der Erfolgserwartung auf den Notendurchschnitt Zeugnis 2 HF

- **Hypothese 3b:** Positive Erfolgserwartungen sagen bei Kindern der Kontrollgruppe einen guten Notendurchschnitt vorher im Vergleich zu Kindern mit ADHS sowie hohen Aggressionswerten (ADHS + Aggr) und im Vergleich zu Kindern mit ADHS sowie niedrigen Aggressionswerten (ADHS – Aggr).

Anhand dieser Hypothese sollte herausgefunden werden, ob positive Erwartungen bei Kindern der Kontrollgruppe, von denen angenommen wurde, dass sie den Kontrastierer-Zukunftsdenkstil verwenden, zu guten Leistungen führen. Im Gegensatz dazu wurde angenommen, dass positive Erfolgserwartungen bei Kindern der ADHS + Aggr Gruppe und der ADHS – Aggr Gruppe, von denen angenommen wurde, dass sie eher den Schwelger-Zukunftsdenkstil verwenden, nicht zu guten Leistungen führen und sich somit ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen zeigt.

Unterschiede Notendurchschnitte. Hinsichtlich des Zeugnisses 2 einfach gab es signifikante Unterschiede zwischen den drei Gruppen (ADHS + Aggr: $M = 2.91$, $SD = 0.61$; ADHS – Aggr: $M = 2.99$, $SD = 0.36$; KG: $M = 2.38$, $SD = 0.57$): $F(2, 25) = 3.908$, $p = .033$. Anschließende Kontraste ergaben einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ADHS – Aggr und der Kontrollgruppe ($t(18) = 2.177$, $p = .040$, nach Bonferroni adjustiert). Bei Betrachtung des Zeugnisses 2 HF gab es ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen

ADHS + Aggr ($M = 3.04$, $SD = 0.67$), ADHS – Aggr ($M = 3.14$, $SD = 0.39$) und der Kontrollgruppe ($M = 2.41$, $SD = 0.61$): $F(2, 25) = 4.820$, $p = .017$. Kontraste ergaben einen signifikanten Unterschied zwischen ADHS + Aggr und der Kontrollgruppe ($t(18) = 2.392$, $p = .050$, nach Bonferroni adjustiert) sowie ADHS – Aggr und der Kontrollgruppe ($t(18) = 2.772$, $p = .020$, nach Bonferroni adjustiert). Nicht-aggressive Kinder mit ADHS (ADHS – Aggr) und aggressive Kinder mit ADHS (ADHS + Aggr) hatten signifikant schlechtere Noten zum Zeitpunkt 2 als Kinder der Kontrollgruppe.

Unterschiede Erfolgserwartung. Die Erfolgserwartung war signifikant unterschiedlich zwischen den Gruppen: $F(2, 39) = 3.256$, $p = .049$. Die Gruppe ADHS + Aggr schätzte die Wahrscheinlichkeit der Wunscherfüllung durchschnittlich auf 3.70 ($SD = 1.49$), die ADHS – Aggr Gruppe estimierte sie auf durchschnittlich 4.91 ($SD = 1.51$) und die Kontrollgruppe auf 4.95 ($SD = 1.16$). Kontraste ergaben einen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe ADHS + Aggr und der Kontrollgruppe ($t(29) = -2.431$, $p = .040$, nach Bonferroni adjustiert). Aggressive Kinder mit ADHS (ADHS + Aggr) schätzten die Erfolgserwartung als signifikant niedriger ein als Kinder der Kontrollgruppe.

Zusammenhang zwischen Notendurchschnitt und Erfolgserwartung. Pearson Korrelationen dienten dazu, den Zusammenhang von Notendurchschnitten und Erfolgserwartung zu bestimmen. Bei der ADHS + Aggr Gruppe gab es keine signifikante Korrelation zwischen der Erfolgserwartung und den Notendurchschnitten des Sommerzeugnisses (Zeugnis 2 einfach: $r = .040$, $p = .926$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $r = .047$, $p = .913$, *ns*). Die Ergebnisse der Kontrollgruppe waren dieselben wie unter Hypothese 3a beschrieben: auch hier gab es keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Erfolgserwartung und Notendurchschnitten des Sommerzeugnisses (Zeugnis 2 einfach: $r = -.402$, $p = .195$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $r = -.405$, $p = .191$, *ns*). Bei der ADHS – Aggr Gruppe jedoch waren signifikante Zusammenhänge zwischen der Erfolgserwartung und dem Zeugnis 2 einfach ($r = .742$, $p = .035$) sowie zwischen der Erfolgserwartung und dem Zeugnis 2 HF ($r = .804$, $p = .016$) zu finden. Je wahrscheinlicher nicht-aggressive Kinder mit ADHS (ADHS – Aggr) es betrachteten, dass ihr Wunsch in Erfüllung geht, desto schlechter war ihr Notendurchschnitt im Sommerzeugnis.

Beim Vergleich der Korrelationen zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der ADHS – Aggr und der Kontrollgruppe in Bezug auf den Zusammenhang der Erfolgserwartung und des Notendurchschnittes (Zeugnis 2 einfach: $z = 2.476$, $p = .007$; Zeugnis 2 HF: $z = 2.761$, $p = .003$). Der Zusammenhang zwischen positiver Erfolgserwartung und gutem Notendurchschnitt war für die Kontrollgruppe stärker als für die Gruppe ADHS – Aggr. Der Unterschied der Zusammenhänge zwischen der Gruppe ADHS + Aggr und der Kontrollgrup-

pe jedoch war nicht signifikant (Zeugnis 2 einfach: $z = 0.835$, $p = .202$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $z = 0.885$, $p = .188$, *ns*).

Prädiktion der Erfolgserwartung für Notendurchschnitte. Anschließend wurden Regressionen gerechnet. Bei der Gruppe ADHS + Aggr war die Erfolgserwartungsvariable kein signifikanter Prädiktor für den Notendurchschnitt (Zeugnis 2 einfach: $B = 0.023$, $t(6) = 0.097$, $p = .926$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $B = 0.030$, $t(6) = 0.114$, $p = .913$, *ns*). Bei der Gruppe ADHS – Aggr jedoch sagte die Erfolgserwartung die Durchschnittsnoten des Zeugnisses 2 einfach und des Zeugnisses 2 HF voraus (Zeugnis 2 einfach: $B = 0.160$, $t(6) = 2.715$, $p = .035$; Zeugnis 2 HF: $B = 0.185$, $t(6) = 3.313$, $p = .016$). Wie bereits in Hypothese 3a beschrieben, stellte in Bezug auf die Kontrollgruppe die Erfolgserwartung keinen signifikanten Prädiktor für das Winterzeugnis dar (Zeugnis 2 einfach: $B = -0.175$, $t(10) = -1.389$, $p = .195$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $B = -0.190$, $t(10) = -1.402$, $p = .191$, *ns*).

Beim Vergleich der Gruppen ADHS + Aggr und der Kontrollgruppe waren die Unterschiede der Steigungen zur Prädiktion der Zeugnisnoten 2 einfach ($B(\text{diff}) = -0.099$) und 2 HF ($B(\text{diff}) = -0.110$) nicht signifikant $t(16) = -0.778$, $p = .224$ bzw. $t(16) = -0.796$, $p = .219$, *ns*. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen aggressiven Kindern mit ADHS (ADHS + Aggr) und Kindern der Kontrollgruppe in Bezug auf die Vorhersage der Erfolgserwartung auf die Notendurchschnitte gezeigt und somit diese Hypothese nicht bestätigt werden. Beim Vergleich der Gruppen ADHS – Aggr und der Kontrollgruppe jedoch ließen sich signifikante Unterschiede zwischen den Steigungen zur Prädiktion der Zeugnisnoten 2 einfach ($B(\text{diff}) = -0.335$) und 2 HF ($B(\text{diff}) = -0.375$) finden: $t(16) = -2.258$, $p = .019$ bzw. $t(16) = -2.385$, $p = .015$). Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen aggressiven Kindern mit ADHS (ADHS + Aggr) und Kindern der Kontrollgruppe in Bezug auf die Vorhersage der Erfolgserwartung auf die Notendurchschnitte gezeigt und somit diese Hypothese nicht bestätigt werden. Es stellte sich jedoch ein signifikanter Unterschied zwischen nicht-aggressiven Kindern mit ADHS (ADHS – Aggr) und Kindern der Kontrollgruppe in Bezug auf die Vorhersage der Erfolgserwartung auf die Notendurchschnitte heraus und die Hypothese konnte für diesen Gruppenunterschied bestätigt werden: bei Kindern der Kontrollgruppe sagten positive Erwartungen gute Notendurchschnitte voraus im Vergleich zu nicht-aggressiven Kindern mit ADHS. In Abbildung 6 werden die Regressionslinien der drei Gruppen abgebildet.

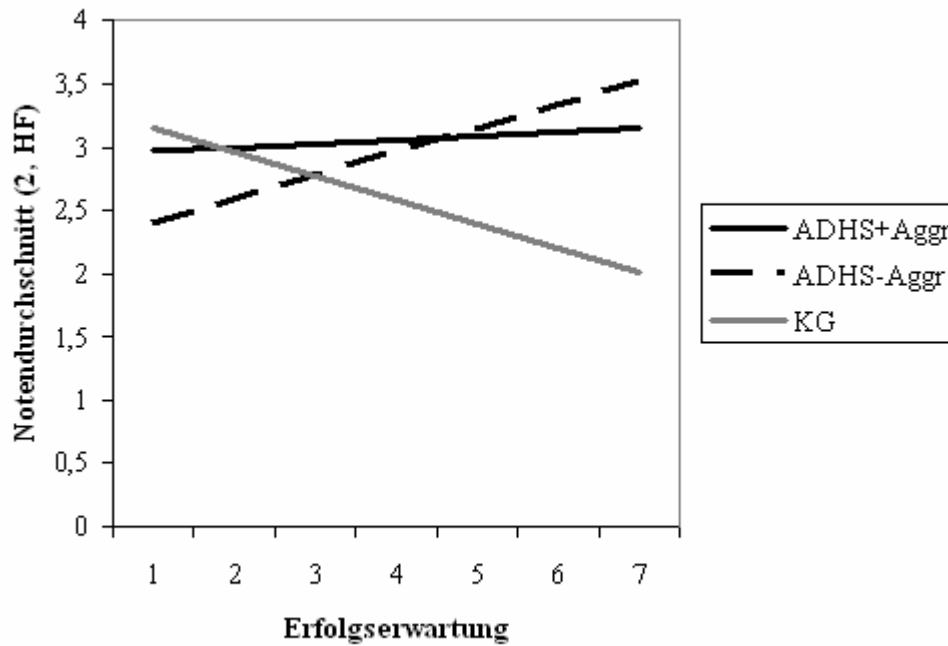


Abbildung 6. Regressionslinien der ADHS + Aggr, der ADHS – Aggr und der Kontrollgruppe in Bezug auf die Prädiktorfähigkeit der Erfolgserwartung auf den Notendurchschnitt Zeugnis 2 HF

- **Hypothese 3c:** Positive Erfolgserwartungen sagen bei Kindern der Kontrollgruppe einen guten Notendurchschnitt vorher im Vergleich zu Kindern mit ADHS schlechten akademischen Leistungen (ADHS + SAL) und im Vergleich zu Kindern mit ADHS ohne schlechte akademische Leistungen (ADHS – SAL).

Anhand dieser Hypothese sollte herausgefunden werden, ob positive Erwartungen bei Kindern der Kontrollgruppe, von denen angenommen wurde, dass sie den Kontrastierer-Zukunftsdenkstil verwenden, zu guten Leistungen führen im Vergleich zu Kindern der ADHS + SAL Gruppe und der ADHS – SAL Gruppe, von denen angenommen wurde, dass sie eher den Schwelger-Zukunftsdenkstil verwenden, der zu schlechteren Leistungen führt.

Unterschiede Notendurchschnitte. In Bezug auf das Zeugnis 2 einfach gab es signifikante Unterschiede zwischen den drei Gruppen (ADHS + SAL: $M = 2.93$, $SD = 0.17$; ADHS – SAL: $M = 2.96$, $SD = 0.60$, KG: $M = 2.38$, $SD = 0.57$): $F(2, 25) = 3.864$, $p = .034$. Anschließend gerechnete Kontraste zeigten einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ADHS – SAL und der Kontrollgruppe ($t(22) = 1.800$, $p = .028$, nach Bonferroni adjustiert). Hinsichtlich des Zeugnisses 2 HF gab es ebenfalls signifikante Unterschiede

zwischen den Gruppen ADHS + SAL ($M = 3.15$, $SD = 0.21$), ADHS – SAL ($M = 3.01$, $SD = 0.61$) und der KG ($M = 2.41$, $SD = 0.61$): $F(2, 25) = 4.780$, $p = .017$. Kontraste ergaben ebenfalls einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ADHS – SAL und der Kontrollgruppe ($t(22) = 2.788$, $p = .020$, nach Bonferroni adjustiert). Kinder mit ADHS ohne schlechte akademische Leistungen (ADHS – SAL) zeigten zum Zeitpunkt 2 signifikant schlechtere Noten als Kinder der Kontrollgruppe.

Unterschiede Erfolgserwartung. Die Erfolgserwartung unterschied sich nicht signifikant zwischen diesen drei Gruppen: $F(2,38) = 1.048$, $p = .361$, *ns*. Die Gruppe ADHS + SAL schätze die Wahrscheinlichkeit, dass ihr Wunsch in Erfüllung geht (Erfolgserwartung) auf durchschnittlich 4.57 ($SD = 1.81$), die Gruppe ADHS – SAL gab einen durchschnittlichen Wert von 4.23 ($SD = 1.59$) als Erfolgserwartung an. Die Kontrollgruppe estimierte die Erfolgserwartung auf durchschnittlich 4.95 ($SD = 1.16$). Kinder mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen, Kinder mit ADHS ohne schlechte akademische Leistungen und Kinder der Kontrollgruppe schätzten es also als relativ gleich wahrscheinlich ein, dass ihr Wunsch in Erfüllung geht.

Zusammenhang zwischen Notendurchschnitt und Erfolgserwartung. Anhand von Pearson Korrelationen wurden Zusammenhänge zwischen der Erfolgserwartung und den Notendurchschnitten berechnet. Bei der ADHS + SAL Gruppe gab es keine signifikante Korrelation zwischen der Erfolgserwartung und den Notendurchschnitten des Sommerzeugnisses (Zeugnis 2 einfach: $r = .544$, $p = .456$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $r = .660$, $p = .340$, *ns*). Bei der ADHS – SAL Gruppe waren ebenfalls keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Erfolgserwartung und den Notendurchschnitten zu finden (Zeugnis 2 einfach: $r = .347$, $p = .269$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $r = .358$, $p = .254$, *ns*). Bei der Kontrollgruppe zeigte sich wie bereits bei Hypothese 3a beschrieben ebenfalls keine signifikante Korrelation zwischen der Erfolgserwartung und den Sommerzeugnisnoten (Zeugnis 2 einfach: $r = -.402$, $p = .195$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $r = -.405$, $p = .191$, *ns*).

Beim Vergleich der Korrelationen zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der ADHS – SAL und der Kontrollgruppe in Bezug auf den Zusammenhang der Erfolgserwartung und des Notendurchschnittes (Zeugnis 2 einfach: $z = 1.672$, $p = .048$; Zeugnis 2 HF: $z = 1.708$, $p = .044$). Der Zusammenhang zwischen positiver Erfolgserwartung und gutem Notendurchschnitt war für die Kontrollgruppe stärker als für die ADHS – SAL Gruppe. Der Unterschied der Zusammenhänge zwischen ADHS + SAL und der Kontrollgruppe jedoch war nicht signifikant (Zeugnis 2 einfach: $z = 0.983$, $p = .163$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $z = 1.160$, $p = .123$, *ns*).

Prädiktion der Erfolgserwartung für Notendurchschnitte. Regressionen dienten dazu, die Erfolgserwartung als Prädiktorvariable für die Notendurchschnitte zu untersuchen. Bei der Gruppe ADHS + SAL sagte die Erfolgserwartung nicht signifikant die Notendurchschnitte des Sommerzeugnisses vorher (Zeugnis 2 einfach: $B = 0.045$, $t(2) = 0.981$, $p = .456$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $B = 0.067$, $t(2) = 1.243$, $p = .340$, *ns*). Bei der ADHS – SAL Gruppe war die Erfolgserwartung ebenfalls kein signifikanter Prädiktor für die Notendurchschnitte (Zeugnis 2 einfach: $B = 0.124$, $t(10) = 1.169$, $p = .269$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $B = 0.139$, $t(10) = 1.211$, $p = .254$, *ns*). In Bezug auf die Kontrollgruppe stellte die Erfolgserwartung ebenfalls keinen signifikanten Prädiktor für die Notendurchschnitte des Winterzeugnisses dar (Zeugnis 2 einfach: $B = -0.175$, $t(10) = -1.389$, $p = .195$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $B = -0.190$, $t(10) = -1.402$, $p = .191$, *ns*).

Beim Vergleich der Gruppen ADHS + SAL und der Kontrollgruppe waren die Unterschiede der Steigungen zur Prädiktion der Zeugnisnoten 2 einfach ($B(\text{diff}) = -0.110$) und 2 HF ($B(\text{diff}) = -0.128$) nicht signifikant $t(12) = -1.201$, $p = .127$, *ns* bzw. $t(12) = -1.303$, $p = .109$, *ns*. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kinder mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen (ADHS + SAL) und Kindern der Kontrollgruppe in Bezug auf die Vorhersage der Erfolgserwartung auf die Notendurchschnitte gezeigt und somit diese Hypothese nicht bestätigt werden. Beim Vergleich der Gruppen ADHS – SAL und der Kontrollgruppe jedoch ließen sich signifikante die Unterschiede zwischen den Steigungen zur Prädiktion der Zeugnisnoten 2 einfach ($B(\text{diff}) = -0.299$) und 2 HF ($B(\text{diff}) = -0.329$) finden: $t(20) = -1.815$, $p = .043$ bzw. $t(20) = -1.852$, $p = .040$). Es stellte sich demnach ein signifikanter Unterschied zwischen Kindern mit ADHS und normalen akademischen Leistungen (ADHS – SAL) und Kindern der Kontrollgruppe in Bezug auf die Vorhersage der Erfolgserwartung auf die Notendurchschnitte heraus. Die Hypothese konnte für diesen Gruppenunterschied bestätigt werden: bei Kindern der Kontrollgruppe sagten positive Erwartungen gute Notendurchschnitte voraus im Vergleich zu Kindern mit ADHS sowie normalen akademischen Leistungen. Der Unterschied zwischen Kindern mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen (ADHS + SAL) und Kindern der Kontrollgruppe in Bezug auf oben genannte Variablen war nicht signifikant und somit konnte die Hypothese für diesen Gruppenunterschied nicht bestätigt werden. In Abbildung 7 werden die Regressionslinien der drei Gruppen abgebildet.

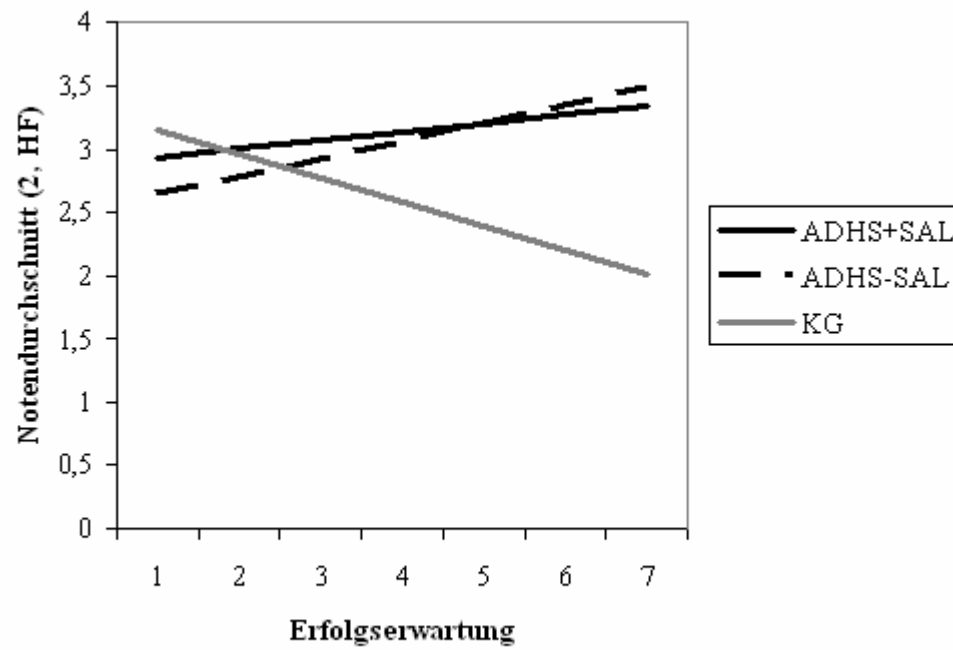


Abbildung 7. Regressionslinien der ADHS + SAL, der ADHS – SAL und Kontrollgruppe in Bezug auf die Prädiktorfähigkeit der Erfolgserwartung auf den Notendurchschnitt Zeugnis 2 HF

4 Diskussion

In bisherigen Studien wurde herausgefunden, dass Kinder mit ADHS mit und ohne komorbider Störung des Sozialverhaltens und Lernstörung ihre kognitive Kompetenz signifikant mehr überschätzten als Kontrollkinder (u. a. Hoza et al., 2004). Ziel der vorliegenden Studie war es, diese Ergebnisse zu replizieren. Darüber hinaus wurde untersucht, ob Kinder mit ADHS und den oben genannten Komorbiditäten eher einen schwelgenden Zukunftsdenkstil aufweisen. Zudem wurde erforscht, ob bei Kontrollkindern positive Erfolgserwartungen ein Prädiktor für gute Leistungen sind im Vergleich zu ADHS-Kindern mit und ohne oben genannten Komorbiditäten.

4.1 Darstellung und Diskussion der zentralen Ergebnisse

4.1.1 Selbstüberschätzung

Hypothese 1a. In Hypothese 1a wurde angenommen, dass Kinder mit ADHS ihre kognitive Kompetenz signifikant mehr überschätzen als Kinder der Kontrollgruppe. Zur Bestimmung der Überschätzung wurde der Gesamtdiskrepanzwert (Kinder-Eltern) des SPPC (Harter, 1985) herangezogen. Dieser machte eine Aussage darüber, wie stark die Kinder sich überschätzten. Es ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf den Diskrepanzwert finden: Kinder mit ADHS überschätzten ihre kognitive Kompetenz nicht signifikant mehr als Kinder ohne ADHS. Die Ergebnisse von Hoza et al. (2004) konnten demnach in der vorliegenden Untersuchung nicht repliziert werden.

Im Hinblick auf ihre Erfolgserwartungen zeigten ADHS-Kinder und Kinder der Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede. Die Durchschnittsnoten der ADHS-Kinder zum 1. Zeitpunkt (Winterzeugnis 2006) waren jedoch signifikant schlechter als die der Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis könnte für Selbstüberschätzungstendenzen sprechen.

In zusätzlichen Analysen zeigte sich, dass Kinder mit ADHS im CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) signifikant höhere Depressivitätswerte und internalisierende Symptome zeigten als Kinder ohne ADHS (T-Wert der Skala „Angst/Depressivität“: ADHS: $M = 65.29$, $SD = 8.21$; KG: $M = 57.19$, $SD = 8.30$; $t(40) = 3.177$, $p = .003$; T-Wert der Skala „Internalisierend“: ADHS: $M = 66.52$, $SD = 6.64$; KG: $M = 58.00$, $SD = 10.68$, $t(33) = 3.106$, $p = .004$). Eltern von ADHS-Kindern gaben beispielsweise an, dass diese viel über Einsamkeit klagten und viel weinten. Hoza et al. (2004) argumentieren, dass eine komorbide Depression Selbstüberschätzung verhindere. Möglicherweise waren

die Depressivitätssymptome bei den Kindern der ADHS-Gruppe der vorliegenden Studie nicht sehr stark ausgeprägt bzw. nicht sehr schwer. Es könnte sein, dass Selbstüberschätzung in Bezug auf die kognitive Kompetenz insgesamt schneller von depressiven Symptomen inhibiert wird als Selbstüberschätzung in Bezug auf Erwartungen. Eine alternative Erklärung ist, dass die Erwartungsüberschätzung bei diesen Kindern so stark ausgeprägt war, dass sie von Depressivitätssymptomen nicht beeinträchtigt wurde.

In der ADHS-Gruppe wurde nicht zwischen ADHS-Subtypen (*vorwiegend unaufmerksamer Typus*, *vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus*, *Mischtypus*) unterschieden. Der *vorwiegend unaufmerksame Typus* und der *Mischtypus* neigen eher zu Symptomen von Depression als der *vorwiegend hyperaktiv-impulsive Typus* oder Kinder ohne ADHS (Willcutt, Pennington, Chhabildas, Friedman & Alexander, 1999). Es ist möglich, dass sich in der ADHS-Gruppe vorwiegend Kinder des *hyperaktiv-impulsiven Typus* befanden, die ihre Erfolgserwartungen überschätzten.

Die potenzielle Fremdüberschätzung der Eltern von ADHS-Kindern ist eine mögliche Erklärung, warum in der Gesamtdiskrepanz (Kinder-Eltern) des SPPC keine Unterschiede zwischen der ADHS- und der Kontrollgruppe zu finden waren. Eltern von ADHS-Kindern könnten aus Gründen der sozialen Erwünschtheit ihre Kinder besser eingeschätzt haben als sie wirklich sind, sodass mögliche Diskrepanzen der Einschätzungen nicht zum Vorschein traten.

Hypothese 1b. In Hypothese 1b wurde postuliert, dass Kinder mit ADHS sowie hohen Aggressionswerten (ADHS + Aggr) und Kinder mit ADHS sowie niedrigen Aggressionswerten (ADHS – Aggr) ihre kognitive Kompetenz signifikant mehr überschätzen als Kinder der Kontrollgruppe. Zur Bestimmung der Überschätzung wurde ebenso wie in Hypothese 1a der Gesamtdiskrepanzwert (Kinder-Eltern) des SPPC (Harter, 1985) herangezogen. Es ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf den Diskrepanzwert finden: ADHS-Kinder mit hohen und ADHS-Kinder mit niedrigen Aggressionswerten überschätzten ihre Kompetenzen nicht signifikant mehr als Kinder der Kontrollgruppe. Die Ergebnisse von Hoza et al. (2004) konnten demnach in der vorliegenden Untersuchung nicht repliziert werden.

Die Gruppe ADHS + Aggr. In weiteren Analysen zeigte sich, dass aggressive Kinder mit ADHS im CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) eine signifikant höhere Depressivität und signifikant mehr internalisierende Symptome aufwiesen als Kinder der Kontrollgruppe (T-Wert der Skala „Angst/Depressivität“: ADHS + Aggr: $M = 66.80$, $SD = 10.09$; ADHS – Aggr: $M = 63.91$, $SD = 6.24$; KG: $M = 57.19$, $SD = 8.30$;

Kontraste: $t(29) = 3.015, p = .010$; nach Bonferroni adjustiert; T-Wert der Skala „Internalisierend“: ADHS + Aggr: $M = 66.70, SD = 6.65$; ADHS – Aggr: $M = 66.36, SD = 6.95$; KG: $M = 58.0, SD = 10.68$; Kontraste: $t(29) = 2.495, p = .032$; nach Bonferroni adjustiert). Zudem ließ sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Depressivität und aggressivem Verhalten (T-Wert „Angst/Depressivität“ und „Aggressives Verhalten“: $r = .467, p = .002$) sowie zwischen Depressivität und internalisierenden Symptomen ($r = 0.429, p = .005$) finden. Eine Studie von Treuting und Hinshaw (2001) unterstützt dieses Ergebnis. Ihr zufolge zeigten aggressive Jungen mit ADHS mehr Symptome von Depression als nicht-aggressive Jungen mit ADHS. In der Studie von Hoza et al. (2004) überschätzten Kinder, die eine komorbide Depression aufwiesen, ihre Kompetenz nicht signifikant stärker als die Kontrollgruppe. Es ist also möglich, dass eine stark ausgeprägte komorbide Depression die fehlende Selbstüberschätzung bei Kindern mit ADHS sowie hohen Aggressionswerten erklären kann.

Aggressive Kinder mit ADHS hatten signifikant niedrigere Erfolgserwartungen als ADHS-Kinder mit niedrigen Aggressionswerten und Kinder ohne ADHS. Negative Erwartungen können zusammen mit einem gelernten Hilflosigkeits-Attributionsstil einen Einfluss auf Depression haben (u. a. Riskind, Rholes, Brannon & Burdick, 1987). Sie können ebenfalls ein Anzeichen für eine stark ausgeprägte komorbide Depressivität dieser Kinder sein.

Die Gruppe ADHS – Aggr. Nicht-aggressive Kinder mit ADHS zeigten im CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) nach zusätzlichen Analysen ebenfalls signifikant höhere internalisierende Symptome als die Kinder ohne ADHS (ADHS + Aggr: $M = 66.70, SD = 6.65$; ADHS – Aggr: $M = 66.36, SD = 6.95$; KG: $M = 58.0, SD = 10.68$; Kontraste: $t(30) = 2.495, p = .034$; nach Bonferroni adjustiert): Sie zogen sich mehr aus ihrem sozialen Umfeld zurück, zeigten mehr körperliche Beschwerden und zeigten mehr ängstlich/depressives Verhalten als Kinder ohne ADHS. Diese Ergebnisse zeigten sich auch in anderen Studien: Treuting und Hinshaw (2001) fanden heraus, dass nicht-aggressive Jungen mit ADHS mehr Symptome von Depression aufwiesen als Jungen der Kontrollgruppe. In einer Studie von Willcutt et al. (1999) zeigten Kinder des *vorwiegend unaufmerksamen Typus* mehr Symptome von Depression als die Kontrollgruppe. Die Gruppe nicht-aggressiver Kinder mit ADHS bestand vorwiegend aus ADS-Kindern (*vorwiegend unaufmerksamer Typus*). Auch bei nicht-aggressiven Kindern mit ADHS könnten demnach diese erhöhten Depressivitätswerte die Ursache dafür sein, dass nicht mehr Selbstüberschätzung auftrat, als bei der Kontrollgruppe.

Hypothese 1c. In Hypothese 1c wurde vermutet, dass Kinder mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen (ADHS + SAL) und Kinder mit ADHS ohne schlechte akademische Leistungen (ADHS – SAL) ihre kognitive Kompetenz signifikant mehr überschätzen als Kinder der Kontrollgruppe. Zur Bestimmung der Überschätzung wurde der Gesamtdiskrepanzwert (Kinder-Eltern) des SPPC (Harter, 1985) herangezogen. Es ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf den Diskrepanzwert finden: Kinder mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen und Kinder mit ADHS ohne schlechte akademische Leistungen überschätzten ihre kognitive Kompetenz nicht signifikant mehr als die Kontrollgruppe. Die Ergebnisse von Hoza und Kollegen (2004) konnten auch in Bezug auf diese Subgruppen nicht repliziert werden. Jedoch zeigten sich Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf einzelne Items des SPPC.

Die Gruppe ADHS + SAL. Kinder mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen unterschätzten ihre Kompetenz in Bezug auf das Item „Einige Kinder glauben, dass sie genauso schlau sind wie andere Kinder in ihrem Alter, aber andere Kinder sind sich nicht so sicher und fragen sich, ob sie wirklich genauso schlau sind wie andere Kinder in ihrem Alter“ im Vergleich zu ihren Eltern signifikant mehr als Kontrollkinder. Diese Kinder zweifelten ihre Klugheit demnach mehr an als sie müssten. Da Kinder mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen im schulischen Bereich viel negatives Feedback bekommen, ist es möglich, dass sie aufgrund dessen dazu neigten, ihre Klugheit eher zu unterschätzen. Jedoch zeigten Kontrollkinder ebenfalls Phänomene von Unterschätzung in Bezug auf dieses Item. Dies deutet darauf hin, dass Kinder insgesamt dazu neigen, ihre Klugheit zu unterschätzen.

In Bezug auf das Item „Einige Kinder haben Schwierigkeiten, in der Schule die richtigen Antworten zu finden, aber andere Kinder finden die richtigen Antworten fast immer“ unterschätzten sich Kinder mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen im Vergleich zu ihren Eltern signifikant mehr als Kinder mit ADHS sowie normalen akademischen Leistungen und Kinder ohne ADHS. Sie unterschätzten ihre korrekte Antwortfähigkeit, während die Kinder mit ADHS und normalen akademischen Leistungen und die Kinder ohne ADHS diese im Vergleich eher überschätzten. Es zeigte sich in zusätzlichen Analysen, dass Kinder mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen insgesamt einen signifikant niedrigeren Selbstkonzeptwert ihrer kognitiven Leistung (Selbsteinschätzung im SPPC) hatten als Kontrollkinder (ADHS + SAL: $M = 2.12$, $SD = 0.79$; ADHS – SAL: $M = 2.59$, $SD = 0.75$; KG: $M = 2.91$, $SD = 0.65$; Kontraste $t(26) = -2.586$, $p = .028$; nach Bonferroni adjustiert). Dies spricht dafür, dass sich diese Kinder insgesamt im akademischen Bereich nicht viel zutrauen und möglicherweise allgemein ein schlechtes Selbstwertgefühl haben (vgl. Barkley,

1998). Signifikant höhere internalisierende Symptome als die Kinder ohne ADHS unterstützten diese Vermutung (T-Wert „Internalisierend“ (CBCL): ADHS + SAL: $M = 68.0$, $SD = 5.92$; ADHS – SAL: $M = 66.31$, $SD = 7.06$; KG: $M = 58.0$, $SD = 10.68$; Kontraste: $t(26) = 2.541$, $p = .030$; nach Bonferroni adjustiert).

Die Gruppe ADHS – SAL. Kinder mit ADHS, die normale schulische Leistungen aufwiesen zeigten beim Item „Einige Kinder glauben, dass sie genauso schlau sind wie andere Kinder in ihrem Alter, aber andere Kinder sind sich nicht so sicher und fragen sich, ob sie wirklich genauso schlau sind wie andere Kinder in ihrem Alter“ in Bezug auf die Einschätzung ihrer Kompetenz keine signifikanten Unterschiede zu Kindern, die kein ADHS aufwiesen. Sie schätzten ihre Klugheit demnach genauso ein wie die Kontrollgruppe. Auch beim Item „Einige Kinder haben Schwierigkeiten, in der Schule die richtigen Antworten zu finden, aber andere Kinder finden die richtigen Antworten fast immer“ überschätzten sie ihre Kompetenz nicht signifikant mehr als die Kinder ohne ADHS. Auch bei den Kindern mit ADHS sowie normalen akademische Leistungen ließen sich eine signifikant höhere Depressivität (T-Wert „Angst/Depressivität“ (CBCL): ADHS + SAL: $M = 64.71$, $SD = 6.07$; ADHS – SAL: $M = 66.08$, $SD = 6.47$; KG: $M = 57.19$, $SD = 8.30$; Kontraste: $t(32) = 3.000$, $p = .010$; nach Bonferroni adjustiert) und signifikant mehr internalisierende Symptome (T-Wert „Internalisierend“ (CBCL): ADHS + SAL: $M = 68.0$, $SD = 5.92$; ADHS – SAL: $M = 66.31$, $SD = 7.06$; KG: $M = 58.0$, $SD = 10.68$; Kontraste: $t(32) = 2.610$, $p = .026$; nach Bonferroni adjustiert) als bei der Kontrollgruppe finden. Eine stark ausgeprägte komorbide Depression schwächt laut Hoza et al. (2004) die Tendenz zur Überschätzung ab. Dies könnte eine mögliche Ursache dafür sein, dass sich in der vorliegenden Untersuchung keine Unterschiede zwischen Kindern mit ADHS ohne schlechte akademische Leistungen und Kindern der Kontrollgruppe in Bezug auf die Selbsteinschätzung finden ließen.

4.1.1.1 Gruppenungebundene Erklärungsansätze und methodische Einschränkungen

Es gibt auch noch weitere mögliche Erklärungen dafür, dass die Ergebnisse von Hoza et al. (2004) in der vorliegenden Studie in Bezug auf den Gesamtdiskrepanzwert nicht repliziert werden konnten.

Alter. Das Durchschnittsalter der ADHS-Gruppe und das Durchschnittsalter der Kontrollgruppe waren in der Stichprobe von Hoza et al. (2004) geringer: Kinder mit ADHS waren durchschnittlich 9.76 Jahre ($SD = 0.81$) alt, während Kinder ohne diese Störung ein Durchschnittsalter von 9.85 ($SD = 1.12$) Jahren hatten. In der Stichprobe der vorliegenden Studie betrug das Durchschnittsalter der ADHS-Kinder 10.71 Jahre ($SD = 1.10$) und das der Kontrollkinder 11.15 ($SD = 1.37$) Jahre. Es ist möglich, dass der Altersunterschied, der

durchschnittlich fast ein Jahr bzw. über ein Jahr betrug, einen Einfluss auf die Selbsteinschätzung der kognitiven Kompetenz gehabt hat. Manche Studien belegen, dass jüngere Kinder sich eher überschätzen als ältere (u. a. Stipek, 1984).

Klassifikationssysteme und Zusammensetzung der Gruppen. Zusätzlich dazu waren die ADHS-Kinder in der Studie von Hoza et al. (2004) ausschließlich mit dem Diagnosesystem DSM-IV (APA, 1994) diagnostiziert und wiesen den kombinierten Subtypus auf. In der vorliegenden Studie wurden auch Kinder, die keine explizite Diagnose hatten, der ADHS-Gruppe zugeordnet. Voraussetzung dafür waren jedoch ein hoher T-Wert in der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“ und „Aggressives Verhalten“ des CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998). Zudem befanden sich in der ADHS-Gruppe der vorliegenden Studie Kinder, die sowohl ADS- als auch ADHS-Diagnosen aufwiesen. Diese wurden nach dem in Europa gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 (WHO, 1991) gestellt. Es ist möglich, dass die genannten Unterschiede zwischen den Stichproben dazu geführt haben, dass die Kinder in der Stichprobe von Hoza et al. (2004) stärker ausgeprägte Symptome aufwiesen und dadurch eher auch zu positiven Illusionen bzw. Selbstüberschätzung neigten.

Kultur. Eine weitere denkbare Erklärung für die fehlende Replizierbarkeit der Ergebnisse von Hoza et al. (2004) ist ein kultureller Unterschied. Die Studie von Hoza et al. (2004) wurde in den USA durchgeführt, die vorliegende Untersuchung jedoch fand in Deutschland statt. Obwohl beides industrialisierte, westliche Kulturen sind, gibt es Unterschiede zwischen diesen Ländern in Bezug auf Familienbeziehungen. Diese haben eine Wirkung auf die Entwicklung der Selbstwahrnehmung von Kindern. In Vergleichstudien wurde herausgefunden, dass deutsche Eltern im Vergleich zu amerikanischen Eltern ihre Kinder mehr unterstützen (Barber, Chadwick & Oerter, 1992). Ungünstige Bedingungen in der Familie können bei Kindern mit ADHS zu zunehmenden negativen Interaktionen mit Bezugspersonen und zu einer Verstärkung ihrer Symptome führen (Döpfner, 2002). Das geringer unterstützende Verhalten der amerikanischen Eltern könnte ein Faktor gewesen sein, der bei ihren Kindern mit ADHS zur Verstärkung der Symptome geführt und zu Phänomenen von realitätsferner Selbstwahrnehmung beigetragen hat.

Subgruppeneinteilung. Hoza et al. (2004) unterteilten ihre Subgruppen auf eine andere Art und Weise als in der vorliegenden Untersuchung. Sie benutzten die DSM-IV Conduct Disorder Checklist (Hinshaw et al., 1997), um die Kinder mit ADHS in Subgruppen mit Aggressionen und ohne Aggressionen zu unterteilen. In der vorliegenden Studie wurden die Kinder anhand der Skala „Aggressives Verhalten“ des CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child

Behavior Checklist, 1998) in die Subgruppen ADHS + Aggr und ADHS – Aggr eingeteilt. Der Wechsler Individual Achievement Test (WIAT; Wechsler, 1992) diente Hoza et al. (2004) zur Einordnung der Kinder in die Gruppen ADHS + SAL und ADHS – SAL. In der vorliegenden Studie wurde die Kompetenzskala „Schule“ des CBCL verwendet, um diese Einteilung vorzunehmen. Es ist möglich, dass die Komorbiditäten in den Subgruppen der Studie von Hoza et al. (2004) im Gegensatz zu der vorliegenden Untersuchung stärker ausgeprägt waren und somit gemeinsam mit den ADHS-Symptomen bei Hoza und Kollegen zu mehr Selbstüberschätzungsphänomenen führten.

Elterneinschätzung. Ein weiteres Argument wurde schon in Hypothese 1a erwähnt, kann aber auch für alle anderen Subgruppen gelten: Eltern von Kindern mit ADHS können potenziell die kognitive Kompetenz ihrer Kinder aus Gründen der sozialen Erwünschtheit besser dargestellt haben als sie wirklich war. Aufgrund dessen könnte eine mögliche Selbstüberschätzung der ADHS-Kinder nicht entdeckt worden sein.

4.1.2 Zukunftsdenkstile

Hypothese 2a. In Hypothese 2a wurde angenommen, dass Kinder mit ADHS einen anderen Zukunftsdenkstil zeigen als Kinder der Kontrollgruppe. Es ließen sich jedoch keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Gruppe und dem Zukunftsdenkstil finden: Kinder mit ADHS zeigten keinen anderen Zukunftsdenkstil als Kinder der Kontrollgruppe. Somit ließ sich diese Hypothese nicht bestätigen.

Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass der Zukunftsdenkstil nicht primär mit ADHS verbunden ist, sondern eher mit einem bestimmten Subtypus von ADHS (*vorwiegend unaufmerksamer Typus, vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus oder Mischtypus*). Da in der ADHS-Gruppe alle Typen von ADHS enthalten waren, ist es möglich, dass einer dieser drei Typen einen anderen Zukunftsdenkstil gehabt hat. Wenn dieser Typus nur einen kleinen Anteil an der ADHS-Gruppe hatte, konnte er nicht signifikant hervortreten. Aufgrund dessen konnten möglicherweise keine Unterschiede zwischen Kindern mit und Kindern ohne ADHS in Bezug auf den Zukunftsdenkstil festgestellt werden.

Hypothese 2b. In Hypothese 2b wurde postuliert, dass Kinder mit ADHS sowie hohen Aggressionswerten (ADHS + Aggr) und Kinder mit ADHS sowie niedrigen Aggressionswerten (ADHS – Aggr) einen anderen Zukunftsdenkstil zeigen als Kinder der Kontrollgruppe.

Die Gruppe ADHS + Aggr. Aggressive Kinder mit ADHS zeigten keinen signifikant anderen Zukunftsdenkstil als Kinder der Kontrollgruppe. Für diese Kinder konnte die

Hypothese nicht bestätigt werden. Auch hier lässt sich anführen, dass Unterschiede im Zukunftsdenkstil eventuell nicht primär mit ADHS und komorbider Aggression verknüpft sind, sondern eher mit anderen komorbiden Störungen oder ADHS-Untertypen. Diese Erklärung scheint plausibel im Hinblick darauf, dass sich bei nicht-aggressiven ADHS-Kindern Unterschiede bezüglich des Zukunftsdenkstils zeigten.

Allerdings ist ein kontrastierender Zukunftsdenkstil bei aggressiven Kindern mit ADHS nicht adaptiv, da sie in dieser Untersuchung signifikant niedrigere Erfolgserwartungen zeigten. Wenn aggressive ADHS-Kinder dieser Untersuchung den kontrastierenden Zukunftsdenkstil verwenden, werden negative Erwartungen aktiviert. Dies führt zu entsprechendem Disengagement in Bezug auf das Ziel und somit zu schlechten Leistungen.

Die Gruppe ADHS – Aggr (ADS). Nicht-aggressive ADHS-Kinder jedoch zeigten einen signifikant geringeren kontrastierenden Zukunftsdenkstil als aggressive Kinder mit ADHS und die Kinder ohne Störungen. Für diese Kinder konnte die Hypothese demnach bestätigt werden. Diese Kinder zeigten vorwiegend einen Zukunftsdenkstil, der erwartungsnabhängiges Engagement nach sich zieht: Schwelgen, Grübeln bzw. Reverses Kontrastieren. Da nicht-aggressive Kinder mit ADHS hohe Depressionswerte zeigten und Depressive häufig über die Vergangenheit grübeln, ist es denkbar, dass Kinder dieser Gruppe auch eher über negative Aspekte der Realität grübelten. Diese Vermutung kann auch im Hinblick darauf formuliert werden, dass sich diese Kinder in der vorliegenden Untersuchung nicht selbst überschätzten. Demnach generieren Kinder mit ADHS sowie niedrigen Aggressionswerten keine positiven Fantasien über die Zukunft. Ein Engagement entwickelt sich bei ihnen nur durch den motivationalen Schub (*push*), der durch die Negativität der gegenwärtigen Ereignisse ausgelöst wird. Es ist möglich, dass sich bei diesen Kindern eine schwerere Depressionssymptomatik äußerte, die diesen Zukunftsdenkstil mit bedingte. Dies könnte ein Grund sein, warum vor allem in dieser Gruppe Unterschiede bezüglich des Zukunftsdenkstils zu finden waren. In einer Studie von Willcutt et al. (1999) zeigten Kinder des *vorwiegend unaufmerksamen Typus* mehr Symptome von Depression als die Kontrollgruppe und als Kinder des *vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Subtypus*.

Jedoch kann es auch sein, dass nicht-aggressive ADHS-Kinder eher den positiven Zukunftsdenkstil zeigten. Kinder mit ADS werden häufig als „Träumer“ bezeichnet, da sie oft mental abwesend sind und nicht aufpassen. Wenn Personen positiv fantasieren, sind sie ebenfalls abwesend, da sie in ihren Tagträumen „gefangen“ sind und die erwünschte Zukunft im „Hier und Jetzt“ genießen. In positiven Fantasien zu schwelgen, scheint kurzfristig eine effektive Strategie zu sein, um Schwächen zu ignorieren und positives Egopotenzial

aufrechtzuerhalten (Oettingen, 1997b). Ein schwelgender Zukunftsdenkstil könnte demnach eine Form von Selbstschutz bei diesen Kindern darstellen.

Hypothese 2c. In Hypothese 2c wurde angenommen, dass Kinder mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen (ADHS + SAL) und Kinder mit ADHS ohne schlechte akademische Leistungen (ADHS – SAL) einen anderen Zukunftsdenkstil zeigen als Kinder der Kontrollgruppe. Es ließen sich jedoch bezüglich des Zukunftsdenkstils und der Gruppen keine signifikanten Zusammenhänge finden. Kinder mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen und Kinder mit ADHS sowie normalen akademischen Leistungen zeigten keinen anderen Zukunftsdenkstil als Kinder der Kontrollgruppe. Somit konnte diese Hypothese für beide Untergruppen nicht bestätigt werden.

Die Gruppe ADHS + SAL. Eine mögliche Erklärung für diese Ergebnisse ist, dass sich in zusätzlichen Analysen bei ADHS-Kindern mit schlechten akademischen Leistungen signifikant niedrigere Werte im Manipulation Check bei der Frage „Wie stark hast du dich auf die Fragen konzentriert?“ zeigten als bei Kontrollkindern und als bei ADHS-Kindern mit normalen akademischen Leistungen (ADHS + SAL: $M = 4.57$, $SD = 3.41$; ADHS – SAL: $M = 1.54$, $SD = 1.51$; KG: $M = 2.17$, $SD = 1.88$; Kontraste: $t(26) = 2.623$, $p = .024$; nach Bonferroni adjustiert). Sie konnten sich also im Vergleich zu Kindern ohne ADHS schlechter bei den Instruktionen des Computerprogramms konzentrieren. Möglicherweise führte diese Konzentrationsschwäche dazu, dass sie die Instruktionen nicht vollständig verstanden und somit verzerrte Ergebnisse entstanden.

Die Gruppe ADHS – SAL. Kinder mit ADHS sowie normalen akademischen Leistungen zeigten ebenfalls keinen signifikant anderen Zukunftsdenkstil als die Kontrollgruppe. Hier kann ebenfalls als mögliche Erklärung angeführt werden, dass Unterschiede im Zukunftsdenkstil eventuell nicht primär mit ADHS verknüpft sind, sondern eher mit anderen komorbiden Störungen oder ADHS-Untertypen. Diese Erklärung scheint im Hinblick darauf, dass sich bei ADS Kindern Unterschiede zeigten, plausibel.

4.1.2.1 Gruppenungebundene Erklärungsansätze und messinstrumentenspezifische, methodische Einschränkungen

Weitere Erklärungsmöglichkeiten können für die fehlenden Signifikanzen in Bezug auf den Zukunftsdenkstil angeführt werden.

Instruktionen. Die Instruktionen und Erklärungen zum Computerprogramm, mit dem die vorliegende Studie durchgeführt wurde und Instruktionen im Programm selbst wurden in eine kindgerechte Sprache umgewandelt. Es ist möglich, dass manche Wörter oder Sätze

dahingehend verändert wurden, dass sie nicht mehr denselben Effekt hatten wie in der Originalversion. Diese Umwandlung war jedoch nötig, um die Verständlichkeit der Instruktionen für die Kinder zu gewährleisten.

Anordnung der Aspekte. Alle Kinder der Untersuchung hatten die Aufgabe, zu ihrem Wunsch positive Aspekte der Zukunft und negative Aspekte der Realität zu nennen. Diese erschienen anschließend gemeinsam auf einer Seite des Computerbildschirms: die positiven Aspekte der Zukunft auf dem oberen Teil der Seite und die negativen Aspekte der Realität auf dem unteren Teil. Es ist möglich, dass diese Anordnung einen Effekt auf die Auswahl der Aspekte gehabt hat. Da die Leserichtung von oben nach unten ist, kann es sein, dass alle Kinder vorrangig positive Aspekte der Zukunft auswählten, da sie diese zuerst gelesen hatten. Aufgrund dessen ließen sich eventuell keine Unterschiede zwischen den meisten Gruppen finden. Es wurden vielleicht Kinder in die Gruppe der Schwelger eingeordnet, obwohl sie normalerweise einen ganz anderen zeitlich stabilen Zukunftsdenkstil zeigen. Aus technischen Gründen ließ sich diese Einschränkung jedoch nicht anders lösen.

Validität. Eine weitere mögliche Erklärung ist, dass das Computerprogramm zur Messung von Zukunftsdenkstilen kein valides Instrument bei Kindern darstellen könnte. Die ursprüngliche Version der Messung von zeitlich stabilen Zukunftsdenkstilen wurde anhand eines Fragebogens validiert (Oettingen & Bardong, 2006). Die Stichprobe bestand aus Erwachsenen und fand in einer kontrollierten Umgebung statt. Mit Kindern wurde diese Methode am Computer bisher noch nie durchgeführt.

Klassifizierung der ausgewählten Aspekte in Zukunftsdenkstile. Zudem gab es teilweise Abweichungen zwischen der Art des ausgewählten Aspektes (positiv zukünftig versus negativ real) und des dazugehörigen Bildes bei der Elaboration. Kinder, die beispielsweise einen positiven Aspekt wählten, hatten manchmal sehr sorgenvolle und negative Bilder während der Elaboration vor ihrem geistigen Auge. Es ist demnach möglich, dass manche Kinder, die es schafften, ein relationales Konstrukt (*relational construct*) der Realität als Hindernis auf dem Weg zur erwünschten Zukunft zu bilden, vielleicht fälschlicherweise als Nicht-Kontrastierer (Schwelger, Grübler, Reverse Kontrastierer) klassifiziert wurden. Entsprechend wurden eventuell Kinder, die dieses relationale Konstrukt nicht aktivieren konnten fälschlicherweise in die Gruppe der Kontrastierer eingeordnet. Dies könnte ebenfalls zu einem verzerrten Ergebnisbild geführt haben. Jedoch ließ sich nicht eindeutig feststellen, wann Kinder in so einem Fall tatsächlich kontrastierten und wann nicht. Somit wurde beschlossen, die Einteilung in Zukunftsdenkstile ausschließlich bei der freien Aspekt-Wahl der Kinder zu belassen.

4.1.3 Erfolgserwartungen und Durchschnittsnoten

Hypothese 3a. In Hypothese 3a wurde angenommen, dass positive Erfolgserwartungen bei Kindern der Kontrollgruppe einen guten Notendurchschnitt vorhersagen im Vergleich zu Kindern mit ADHS. Diese Hypothese ließ sich bestätigen: positive Erfolgserwartungen sagten bei den Kindern der Kontrollgruppe im Vergleich zu Kindern mit ADHS einen guten Notendurchschnitt vorher. Der Zukunftsdenkstil könnte als eine mögliche moderierende Variable den Unterschied zwischen den Gruppen erklären (u. a. Oettingen, 2000). Es ist möglich, dass Kinder der Kontrollgruppe vorwiegend einen kontrastierenden Zukunftsdenkstil hatten, der diese positiven Erwartungen aktivierte und anschließend zu guten Noten führte. Im Gegensatz dazu kann es sein, dass ADHS-Kinder einen Nicht-Kontrastierer Zukunftsdenkstil (Grübeln, Schwelgen, Reverses Kontrastieren) hatten, welcher dann im Vergleich zur Kontrollgruppe zu schlechteren Noten führte. Dies spricht dafür, dass das Computerprogramm zur Messung von Zukunftsdenkstilen bei Kindern möglicherweise kein valides Instrument darstellt.

Jedoch gibt es auch noch weitere Möglichkeiten, die unterschiedliche Wirkung von Erwartung auf Verhalten zwischen den Gruppen zu erklären. Situationsbedingte Einschränkungen (Oettingen, 2000) wie beispielsweise das Verpassen eines Vorstellungsgesprächstermins aufgrund von Verkehrsstau können potenziell ebenfalls als leistungshemmender Moderator zwischen Erwartung und Verhalten fungieren. Dies kann jedoch bei den Kindern mit ADHS weitgehend ausgeschlossen werden, da diese Einschränkungen als situativ beschrieben werden und normalerweise nicht über ein halbes Jahr andauern.

Andere Moderatoren sind mit den Eigenschaften von Erwartungen verknüpft. Olsen, Roese und Zanna (1996) beispielsweise betonen, dass eine Erwartung in Abhängigkeit von ihrer Zugänglichkeit in relevanten Situationen aktiviert und verwendet werde. Die Zugänglichkeit werde durch die Häufigkeit früherer Aktivierung und durch die Wichtigkeit der Erwartung bestimmt. In der vorliegenden Untersuchung wurde anhand zusätzlicher Analysen jedoch herausgefunden, dass es keine Unterschiede bezüglich der Wichtigkeitseinschätzung zwischen Kindern mit ADHS und Kontrollkindern gab (ADHS: $M = 5.76$; $SD = 1.64$; KG: $M = 5.86$; $SD = 1.46$; $t(40) = -0.199$, $p = .843$, *ns*). Kinder mit und ohne ADHS schätzten die Wichtigkeit gleich ein. Diese kann also nicht als Argument für eine unterschiedliche Wirkung der Erfolgserwartung auf die Durchschnittsnoten angeführt werden. Somit spricht einiges dafür, dass der Zukunftsdenkstil als Moderator zwischen den Erfolgserwartungen und den Durchschnittsnoten fungierte.

Hypothese 3b. In Hypothese 3b wurde vermutet, dass positive Erfolgserwartungen bei Kindern der Kontrollgruppe einen guten Notendurchschnitt vorhersagen im Vergleich zu Kindern mit ADHS sowie hohen Aggressionswerten und im Vergleich zu Kindern mit ADHS sowie niedrigen Aggressionswerten.

Die Gruppe ADHS + Aggr. Diese Hypothese ließ sich in Bezug auf aggressive ADHS-Kinder nicht bestätigen: es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen aggressiven Kindern mit ADHS und Kindern ohne ADHS in Bezug auf die Prädiktion der Erfolgserwartung auf den Notendurchschnitt zum 2. Zeitpunkt (Sommerzeugnis). Kinder mit ADHS sowie hohen Aggressionswerten hatten jedoch signifikant schlechtere Durchschnittsnoten als Kinder ohne ADHS zum 2. Zeitpunkt. Aggressive ADHS-Kinder zeigten auch signifikant niedrigere Erfolgserwartungen als Kinder der Kontrollgruppe und nicht-aggressive ADHS-Kinder. Da jedoch keine Unterschiede zwischen den Fantasiestilen dieser zwei Gruppen gefunden werden konnten, ist es möglich, dass beide Gruppen vorherrschend einen Zukunftsdenkstil verwendeten, der zu erwartungsunabhängigem Engagement führte (Grübeln, Schwelgen, Reverses Kontrastieren). Die signifikant schlechteren Notendurchschnitte zum 2. Zeitpunkt könnten sich auch durch die Kernsymptome von Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit der ADHS-Kinder mit komorbider Aggression erklären lassen. Denkbar wäre ebenso, dass die komorbide Depressivität zu Leistungseinbußen führte.

Die Anzahl der aggressiven Kinder mit ADHS, die laut des Computerprogramms kontrastierten, machten nur zwei Fünftel aus und war deshalb eventuell nicht groß genug, als dass negative Erfolgserwartungen einen signifikant schlechteren Notendurchschnitt bei diesen Kindern vorhersagen würden. Dies könnte ein Grund sein dafür, dass in Bezug auf die besagten Prädiktionen kein Unterschied zwischen aggressiven Kindern mit ADHS und den Kindern der Kontrollgruppe gefunden werden konnte.

Die Gruppe ADHS – Aggr. Die oben genannte Hypothese ließ sich jedoch bei nicht-aggressiven Kindern mit ADHS bestätigen: positive Erfolgserwartungen sagten bei Kindern ohne ADHS im Vergleich zu nicht-aggressiven Kindern mit ADHS einen guten Notendurchschnitt vorher. Auch hier ist es möglich, dass der Zukunftsdenkstil als eine mögliche moderierende Variable den Unterschied zwischen den Gruppen erklären könnte. Die Kinder der Kontrollgruppe hatten demnach einen kontrastierenden Zukunftsdenkstil, der diese positiven Erwartungen aktivierte und anschließend zu guten Noten führte. Wie in Hypothese 2a deutlich wurde, zeigten ADHS-Kinder mit niedrigen Aggressionswerten im Vergleich zur Kontrollkindern einen Nicht-Kontrastierer Zukunftsdenkstil (Grübeln, Schwelgen, Reverses

Kontrastieren). Dieser führte möglicherweise zu schlechteren Noten als bei der Kontrollgruppe.

Die Wichtigkeitseinschätzung unterschied sich bei nicht-aggressiven Kindern mit ADHS und Kindern der Kontrollgruppe ebenfalls nicht signifikant voneinander (ADHS + Aggr: $M = 6.10$, $SD = 1.29$; ADHS – Aggr: $M = 5.45$, $SD = 1.92$; KG: $M = 5.86$, $SD = 1.46$; $F(2, 39) = 0.471$, $p = .628$, *ns*). Diese kann demnach nicht als alleiniger Moderator gedient haben und spricht für die unterschiedlichen Zukunftsdenkstile als moderierende Variable zwischen Erwartungen und den Durchschnittsnoten.

Hypothese 3c. In Hypothese 3c wurde angenommen, dass positive Erfolgserwartungen bei Kindern der Kontrollgruppe einen guten Notendurchschnitt vorhersagen im Vergleich zu Kindern mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen und im Vergleich zu Kindern mit ADHS ohne schlechte akademische Leistungen.

Die Gruppe ADHS + SAL. Diese Hypothese ließ sich bei ADHS-Kindern, deren Eltern angaben, dass diese schlechte akademischen Leistungen aufwiesen, nicht bestätigen: es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Kindern dieser Gruppe und der Kontrollgruppe in Bezug auf die Prädiktion der Erfolgserwartung auf den Notendurchschnitt zum 2. Zeitpunkt. ADHS-Kinder mit angeblich schlechten Leistungen zeigten zum 2. Zeitpunkt keine signifikant schlechteren Noten als Kontrollkinder und auch keine Unterschiede bezüglich der Erfolgserwartungen. Es ist demnach möglich, dass die Kinder dieser Gruppe und die Kontrollkinder vorwiegend den gleichen Zukunftsdenkstil verwendeten und aufgrund dessen keine Unterschiede in Bezug auf die Noten zu finden waren. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem Ergebnis der Hypothese 2c.

Die Gruppe ADHS – SAL. Die oben genannte Hypothese ließ sich bei ADHS-Kindern mit normalen akademischen Leistungen bestätigen: positive Erfolgserwartungen sagten bei Kontrollkindern im Vergleich zu ADHS-Kindern ohne schlechte akademische Leistungen einen guten Notendurchschnitt vorher. ADHS-Kinder ohne schlechte akademische Leistungen wiesen im Vergleich zu Kindern ohne ADHS signifikant schlechtere Durchschnittsnoten auf. Auch hier ist es möglich, dass der Zukunftsdenkstil als eine mögliche moderierende Variable den Unterschied zwischen den Gruppen erklären könnte. Kinder ohne ADHS könnten demnach einen kontrastierenden Zukunftsdenkstil gehabt haben, der diese positiven Erwartungen aktivierte und anschließend zu besseren Noten führte als bei Kindern mit ADHS sowie normalen akademischen Leistungen. Kinder ohne schlechte akademische Leistungen könnten jedoch einen Zukunftsdenkstil verwendet haben (Grübeln, Schwelgen, Reverses

Kontrastieren), welcher zu schlechteren Noten führte als bei den Kindern ohne ADHS. In Bezug auf die Subgruppe ADHS-SAL stellte das für die vorliegende Untersuchung verwendete Computerprogramm in diesem Falle kein valides Messinstrument dar.

Auch bei Kindern der ADHS-SAL Gruppe ließen sich keine Unterschiede zu Kindern der Kontrollgruppe in Bezug auf die Wichtigkeitseinschätzung finden (ADHS + SAL: $M = 6.14$, $SD = 0.90$; ADHS – SAL: $M = 5.46$, $SD = 1.94$; KG: $M = 5.86$, $SD = 1.46$; $F(2, 38) = 0.485$, $p = .619$, *ns*). Dies schließt diese Variable als primären Moderator zwischen Erwartung und Durchschnittsnote aus.

4.1.3.1 Notendurchschnitt zum 1. Zeitpunkt als Kontrollvariable

Allerdings ließen sich die bei einzelnen Subgruppen aufgetretenen signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Prädiktion der Erfolgserwartung auf den Notendurchschnitt zum 2. Zeitpunkt nicht zeigen, sobald der Notendurchschnitt zum 1. Zeitpunkt kontrolliert wurde. Wenn die Notendurchschnitte des Winterzeugnisses nicht als Fähigkeitsmaß betrachtet werden, wie es in dieser Studie der Fall war, spricht dieses Ergebnis dafür, dass keine unterschiedlichen Zukunftsdenkstile zwischen den Gruppen verwendet wurden. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Hypothesen 2a und 2c. Offensichtlich muss es vorrangig andere Ursachen für die schlechteren Noten bei den ADHS-Gruppen gegeben haben. Die drei Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität könnten insgesamt ein Grund dafür sein. ADHS-Kinder, die beispielsweise leicht ablenkbar sind und über keine lange Konzentrationsspanne verfügen, können dem Unterricht schlechter folgen. Eine Folge davon sind schlechtere Noten. Schulische Misserfolgserfahrungen können als Sekundärstörung auftreten und eine Abnahme der schulischen Leistungsmotivation und somit Leistungsdefizite verursachen (Döpfner, 2002).

Komorbide Depressivität könnte ebenfalls dazu geführt haben, dass die ADHS-Kinder dieser Stichprobe schlechtere Noten aufwiesen. In einer Studie von Blackman, Ostrander und Herman (2005) zeigte sich, dass ADHS-Kinder mit komorbider Depression mehr Beeinträchtigungen in sozialen und akademischen Bereichen zeigten als die Kontrollgruppe.

In der vorliegenden Untersuchung wurden jedoch wie erwähnt die Noten zum 1. Zeitpunkt als Fähigkeitsmaß betrachtet und deswegen nicht als Kovariate miteinbezogen.

4.1.4 Allgemeine methodische Schwierigkeiten und Einschränkungen

Abgesehen von den methodischen Einschränkungen in Bezug auf die Messinstrumente, welche schon in den Abschnitten 4.1.1.1 und 4.1.2.1 erwähnt wurden, gab es noch weitere methodische Schwierigkeiten dieser Studie.

Stichprobe. Die Teilnehmer der vorliegenden Studie wurden nicht zufällig ausgewählt und stellten somit keine Zufallsstichprobe dar. Es nahmen nur Kinder teil, deren Eltern auf die Zeitungsannoncen, auf die Aushänge an der Universität Hamburg, auf die Informationsbriefe in den Arztpraxen und Schulen oder auf die Rekrutierung in Psychologie-Lehrveranstaltungen und -seminaren reagiert hatten. Zudem befanden sich nur Kinder in der Stichprobe, deren Eltern mit der Untersuchung einverstanden waren und deren Eltern die Zeit aufbringen konnten, ebenfalls an der Studie teilzunehmen. Außerdem wurde in der vorliegenden Untersuchung nicht der sozioökonomische Status erfasst, deren Messung für die Gewährleistung einer repräsentativen Stichprobe wichtig ist. Aufgrund dieser genannten Tatsachen können systematische Unterschiede zwischen den Kindern abgesehen von ADHS-Symptomen und komorbiden Störungen nicht ausgeschlossen werden. Die Ergebnisse sind nicht auf die Gesamtpopulation übertragbar, da die externe Validität eingeschränkt ist. Da jedoch die Einwilligung der Eltern eine unumgängliche Voraussetzung darstellte, an dieser Studie teilnehmen zu können und da eine repräsentative Stichprobe in den seltensten Fällen erreichbar ist, wurden diese Einschränkungen in Kauf genommen.

Wie bereits in Abschnitt 4.1.1 erwähnt, hatten nicht alle Kinder der ADHS-Gruppe eine ADHS-Diagnose. Diejenigen Kinder, die keine Diagnose aufwiesen und somit ursprünglich in der „Unklar“-Gruppe waren, wurden aufgrund ihrer T-Werte „Aufmerksamkeitsprobleme“ und „Aggressives Verhalten“ im CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) der ADHS- bzw. der Kontrollgruppe zugeordnet. Die Auflösung der „Unklar“-Gruppe wurde als sinnvoll erachtet, da diese Gruppe eine geringe Aussagekraft besaß. Möglicherweise nahmen insgesamt viele Kinder an dieser Untersuchung teil, die eine abgeschwächte Form von ADHS aufwiesen. Dies könnte ebenfalls die Ergebnisse verzerrt haben.

Eine weitere Einschränkung besteht darin, dass nur 12 Mädchen an der Studie teilnahmen, der Jungenanteil war mehr als doppelt so groß ($n = 30$). Ein Grund dafür ist, dass bei Mädchen wesentlich seltener eine ADHS auftritt (u. a. Anderson, Williams, McGee & Silva, 1987). Aufgrund dessen ist es schwierig, die Anzahl an Mädchen und Jungen in einer Stichprobe gleichzuhalten. Unterschiede zwischen den Geschlechtern wurden in dieser Studie nicht berücksichtigt.

Zudem war die Stichprobe sehr klein. Trotz eines deutlichen Effektes der unabhängigen Variable auf die abhängige Variable kann eine zu kleine Stichprobe der Grund dafür sein, dass nicht-signifikante Ergebnisse entstehen. Eine größere Anzahl an Versuchspersonen hätte eine bessere statistische Absicherung der Ergebnisse gewährleistet und unter Umständen zu einer größeren Anzahl an signifikanten Ergebnissen geführt. Die Rekrutierung stellte sich

jedoch als schwierig heraus. Aufgrund dessen und in Anbetracht der begrenzten Zeit war es nicht möglich, die Anzahl der Teilnehmer zu erhöhen.

Zusätzlich dazu wurden die ADHS- und Kontrollgruppe in Bezug auf ihr Alter, ihr Geschlecht und die Schulart vergleichbar gemacht. Dies geschah durch entsprechende Selektion aus der Gesamtstichprobe. Diese Selektion kann ebenfalls dazu geführt haben, dass die Ergebnisse verzerrt wurden und nicht die wahren Begebenheiten widerspiegeln. Allerdings wurde durch diese Selektion die Vergleichbarkeit zwischen den Gruppen erhöht.

Die ADHS besteht aus verschiedenen Subtypen: *vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus*, *vorwiegend unaufmerksamer Typus* und *Mischtypus*. Aufgrund der geringen Stichprobengröße war es nicht möglich, diese drei Gruppen explizit voneinander zu differenzieren. Auch dies stellt eine Einschränkung dar.

Versuchsleiterereffekte. Auch Versuchsleitererwartungseffekte können einen Einfluss auf die Ergebnisse einer Untersuchung haben. In der vorliegenden Untersuchung wusste die Versuchsleiterin vor jeder Untersuchung, welcher Gruppe das Kind angehörte. Jedoch waren die Instruktionen und die Versuchsdurchführung standardisiert. Erwartungen der Versuchsleiterin können somit als auf das Verhalten des Kindes einflussnehmende Variable in dieser Studie weitgehend ausgeschlossen werden.

Soziale Erwünschtheit. Jedes Kind saß während der Untersuchung mit der Versuchsleiterin zusammen im Raum. Es besteht die Möglichkeit, dass sich Kinder während der Beantwortung der Fragen beobachtet gefühlt haben und im Sinne sozialer Erwünschtheit reagierten. Dies kann zu verzerrten Ergebnissen geführt haben. Möglicherweise wären die Ergebnisse anders ausgefallen, wenn die Kinder während des Experimentes alleine im Raum gewesen wären. Kinder mit ADHS haben jedoch oft Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben. Aufgrund dessen stellte der Einsatz einer Versuchsleiterin, die die Instruktionen laut vorlas und die die Antworten aufschrieb, eine wichtige Methode dar, um die mögliche Benachteiligung von ADHS-Kindern auszugleichen.

4.2 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in der vorliegenden Studie keine Phänomene von Selbstüberschätzung bei allen ADHS-Kindern (ADHS, ADHS + Aggr, ADHS – Aggr, ADHS + SAL, ADHS – SAL) gefunden werden konnten wie dies in der Studie von Hoza et al. (2004) der Fall war. Eine Replikation der Ergebnisse von Hoza und Kollegen war demnach nicht möglich. Dies könnte methodische (z. B. unterschiedliche Subgruppeneinteilung, verschiedene Klassifikationssysteme, Art der Stichprobe) und kulturelle Ursachen gehabt

haben. Jedoch könnte auch Depressivität, die bei allen ADHS-Kindern komorbid vorhanden war, ein Grund für das Ausbleiben von Selbstüberschätzung in der Stichprobe der vorliegenden Studie gewesen sein.

Es gab jedoch leichte Anzeichen von Selbstüberschätzung bei Kindern mit ADHS: sie hatten gleiche Erfolgserwartungen trotz signifikant schlechterer Durchschnittsnoten des Winterzeugnisses. Dies unterstützt die Annahme, dass Selbstüberschätzung bei Kindern mit ADHS insgesamt vorhanden ist, dass diese jedoch aus den oben genannten Gründen nicht wie bei Hoza und Kollegen zum Vorschein getreten sein könnte.

Abhängigkeiten der Zukunftsdenkstile von den Gruppen konnten nur bei nicht-aggressiven Kindern mit ADHS (ADHS-Aggr bzw. ADS) gefunden werden: diese Kinder kontrastierten signifikant weniger als aggressive Kinder mit ADHS (ADHS + Aggr) und Kinder ohne ADHS. Jedoch konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht herausgefunden werden, ob diese Kinder eher zu einem schwelgenden oder einem grübelnden Zukunftsdenkstil neigen. Ein grübelnder Zukunftsdenkstil wäre mit komorbid auftretender Depressivität vereinbar. Ein schwelgender Zukunftsdenkstil jedoch könnte eine Form von Selbstschutz durch Aufrechterhaltung positiven Egopotenzials darstellen (Oettingen, 1997b).

Bei der Untersuchung der Prädiktion von Erfolgserwartungen auf die Notendurchschnitte des Sommerzeugnisses ließen sich Unterschiede zwischen den Gruppen feststellen. Positive Erfolgserwartungen sagten bei Kindern der Kontrollgruppe im Vergleich zu ADHS-Kindern, im Vergleich zu nicht-aggressiven ADHS-Kindern (ADHS – Aggr bzw. ADS) und im Vergleich zu ADHS-Kindern mit normalen Leistungen (ADHS – SAL) einen guten Notendurchschnitt vorher. Als Moderator zwischen Erwartung und Notendurchschnitten könnte bei diesen Kindern mit ADHS ein Nicht-Kontrastierer Zukunftsdenkstil und bei den Kindern der Kontrollgruppe ein kontrastierender Zukunftsdenkstil fungiert haben. Dies ist möglicherweise ein Grund für die besseren Noten der Kontrollgruppe. Die Wichtigkeit des Anliegens wird als Moderator zwischen Erwartung und Notendurchschnitten weitgehend ausgeschlossen. Diese Ergebnisse stellen die Validität des Computerprogramms, mit dem die Zukunftsdenkstile erfasst wurden, in Frage. Weitere methodische Einschränkungen des Computerprogramms waren möglicherweise die „Übersetzung“ der Instruktionen in eine kindgerechte Sprache, die Anordnung der ausgewählten Aspekte auf dem Bildschirm oder die Klassifizierung der ausgewählten Aspekte in Zukunftsdenkstile. Diese methodischen Einschränkungen könnten zu verzerrten Ergebnissen geführt haben.

Bei aggressiven Kindern mit ADHS (ADHS + Aggr) und ADHS-Kindern, deren Eltern angaben, dass sie schlechte Leistungen aufweisen (ADHS + SAL), ließen sich keine

Unterschiede zur Kontrollkindern in Bezug auf den Zukunftsdenkstil und in Bezug auf die Prädiktion der Erwartung auf die Noten feststellen. Da ADHS-Kinder mit angeblich schlechten akademischen Leistungen (ADHS + SAL) keine signifikant schlechteren Noten als die Kontrollkinder zeigten, liegt die Vermutung nahe, dass Kinder beider Gruppen einen kontrastierenden Zukunftsdenkstil zeigten. Bei aggressiven ADHS-Kindern (ADHS + Aggr) lassen sich die schlechteren Noten im Sommerzeugnis eventuell primär durch ihre ADHS-Symptomatik oder durch ihre komorbide Depressivität erklären.

4.3 Anregungen für weitere Forschung und die Praxis

Nach der Durchführung und Auswertung der vorliegenden Untersuchung existieren zum Abschluss einige zu klärende Fragen. Weiterhin kommen neue Ideen und Verbesserungsvorschläge auf, die in nachfolgenden Studien umgesetzt werden sollten.

In der vorliegenden Studie ließ sich keine Selbstüberschätzung der ADHS-Kinder wie bei Hoza und Kollegen (2004) finden. Die Vermutung liegt nahe, dass komorbide Depressivität der Grund dafür waren. In einer zukünftigen Studie wäre es daher denkbar, im Vorfeld die Kinder auf eine komorbide Depression hin zu untersuchen und diejenigen Kinder mit hohen Depressionswerten als eine eigene Subgruppe zu kategorisieren. Um die Validität zu erhöhen, könnte zusätzlich zum CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) ein Selbsteinschätzungsfragebogen wie beispielsweise der DIKJ (Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche; Stiensmeier-Pelster, Schürmann & Duda, 2000) mit den Kindern durchgeführt werden.

Ein weiterer Verbesserungsvorschlag wäre, nicht nur die Eltern zu bitten, als Kriteriumsbeurteiler der Kompetenzen ihrer Kinder zu fungieren, sondern auch Lehrer in die Fremdbewertung miteinzubeziehen. Somit könnten Verzerrungen, die Eltern in Bezug auf die Einschätzung ihrer Kinder möglicherweise haben, abgeschwächt werden und dadurch ein umfassenderes Fremdkonzeptbild der Kinder entstehen.

Zusätzlich dazu sollten die Subgruppeneinteilungen nach den gleichen Kriterien wie bei Hoza und Kollegen (2004) vorgenommen und möglichst auch das gleiche Klassifikationssystem (DSM-IV; APA, 1994) wie in der Studie von Hoza et al. verwendet werden.

Wenn sich in zukünftigen Studien die Ergebnisse von Hoza et al. (2004) mit Hilfe dieser Verbesserungsvorschläge replizieren lassen könnten, wäre es weiterhin interessant, eine Langzeitstudie durchzuführen. Anhand von Studien, die über Jahrzehnte hinweg mit derselben Stichprobe durchgeführt würden, könnte festgestellt werden, ob sich die Selbstüberschätzungsphänomene im Laufe der Zeit verändern und wenn ja, auf welche Weise.

Die ADHS-Symptomatik geht insgesamt im Erwachsenenalter etwas zurück. Die Konzentrationsschwierigkeiten und Unaufmerksamkeits Symptome bleiben jedoch eher bestehen als die motorische Unruhe und Impulsivität (Biederman et al., 2000). Da in einer Studie von Hoza et al. (2003) Überschätzung eher mit den Symptomen der Hyperaktivität und Impulsivität verbunden war als mit dem Symptom der Unaufmerksamkeit, wäre es interessant, zu erforschen, ob sich Überschätzung bei erwachsenen ADHS-Patienten überhaupt zeigt.

Um die Auswahl der Stichprobe weniger selektiv zu halten, sollten in zukünftigen Studien auch stationär behandelte Kinder an einer Untersuchung teilnehmen. Zudem sollten diese aus unterschiedlichen sozialen Schichten kommen. Abgesehen von der Gewährleistung einer repräsentativen Stichprobe, wäre es zudem erstrebenswert, zu untersuchen, ob sich stationäre ADHS-Kinder und ambulante ADHS-Kinder in Bezug auf die Selbstüberschätzung und Zukunftsdenkstile unterscheiden. Zudem sollte ein Intelligenzmaß wie beispielsweise der HAWIK (Hamburger-Wechsler-Intelligenz-Test für Kinder; Tewes, Rossmann, & Schallberger, 1999) in zukünftigen Studien eingesetzt werden. Möglicherweise ist die Intelligenz ebenfalls ein Moderator bei der Selbstüberschätzung.

Weiterhin wäre es anzustreben, bei ADHS-Kindern nicht nur den zeitlich stabilen Zukunftsdenkstil, sondern freie Fantasien anhand von Szenarien zu erfassen und deren Positivität und Negativität zu messen. Es ließe sich somit herausfinden, ob Kinder mit ADHS eher zu positiven Fantasien neigen und Kinder ohne ADHS eher zu positiven Erwartungen. Studien, die die unterschiedlichen Auswirkungen von positiven Fantasien und positiven Erwartungen maßen, sind, wie in Abschnitt 1.2.2.1 berichtet, schon in mehreren Bereichen durchgeführt worden. Bei Kindern mit ADHS wurden diese Unterschiede jedoch noch nie erfasst.

Zusätzlich dazu wäre es wichtig, in einer großen Stichprobe Geschlechtsunterschiede zu messen. Mädchen sind häufiger vom *vorwiegend unaufmerksamen Typus* (ADS) der ADHS betroffen als Jungen (Biederman et al., 2002). Da in der vorliegenden Arbeit herausgefunden wurde, dass nicht-aggressive Kinder mit ADHS (ADHS – Aggr bzw. ADS) eher zu einem Nicht-Kontrastierer Zukunftsdenkstil neigen, ist es möglich, dass sich auch Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen mit ADHS verschiedener Typen in Bezug auf den Zukunftsdenkstil finden lassen.

In einer größeren Stichprobe könnte vertiefend untersucht werden, welchen Nicht-Kontrastierer Zukunftsdenkstil nicht-aggressive Kinder mit ADHS bzw. ADS-Kinder genau aufweisen. Dies hätte wichtige Konsequenzen in Bezug auf denkbare Interventionsprogramme. ADS-Kinder, die möglicherweise über die Gegenwart grübeln, könnten davon profitieren,

wenn bei ihnen positive Fantasien angeregt werden. Bei ADS-Kindern, die potenziell zu einem schwelgenden Zukunftsdenkstil neigen, wäre es ratsam, den Fokus zusätzlich auf die Hindernisse der Gegenwart zu lenken. Allerdings ist es in beiden Fällen wichtig, dass positive Fantasien zeitlich vor der negativen Realität elaboriert werden, sodass ein relationales Konstrukt (*relational construct*) entsteht. Zudem ist es aber ebenso bedeutend, den Selbstwert von ADHS-Kindern zu stabilisieren und die Erwartungen der ADHS-Kinder, falls nötig, zu erhöhen. Positive Erwartungen können somit im Prozess der mentalen Kontrastierung angewendet werden und zu einem Engagement in Richtung Zielrealisierung führen.

Es wäre zudem anzuraten, das Computerprogramm anhand einer Kinder-Stichprobe zu normieren und validieren. Zusätzlich dazu sollten nötige Verbesserungen bezüglich der Instruktionen, der Anordnung der Aspekte auf dem Bildschirm und der Klassifizierung von ausgewählten Aspekten in Zukunftsdenkstile vorgenommen werden.

In der vorliegenden Untersuchung wurden ausschließlich Selbstüberschätzungsphänomene und zeitlich stabile Zukunftsdenkstile in Bezug auf den akademischen Bereich erfasst. Es wäre vorstellbar, weitere Bereiche wie beispielsweise den sozialen bzw. interpersonellen Bereich zu betrachten. ADHS-Kinder sind in ihren Beziehungen zu Gleichaltrigen (*peers*) beeinträchtigt (Hinshaw & Melnick, 1995; Hoza et al., 2005) und zeigen in diesem Gebiet ebenfalls Selbstüberschätzungsphänomene (u. a. Hoza et al., 2004). Denkbar wäre, dass sie positive Fantasien bzw. einen Nicht-Kontrastierer Zukunftsdenkstil in diesem Bereich aufweisen.

Weiterhin wäre es wichtig, zu untersuchen, inwieweit die Erwartungshaltung der Eltern einen Einfluss auf die Erwartungshaltung ihrer Kinder hat und ob sich dies zwischen Kindern mit und ohne ADHS unterscheidet. Möglicherweise haben beispielsweise Eltern von aggressiven Kindern mit ADHS eine zu niedrige Erwartungshaltung ihren Kindern gegenüber. Sollten die Kinder diese verzerrte Haltung entsprechend übernehmen, könnte dies ebenfalls Konsequenzen in Bezug auf ihre Leistungen haben, abhängig vom Zukunftsdenkstil, den sie verwenden.

Kulturelle Faktoren könnten ebenfalls in weitergehende Untersuchungen miteinbezogen werden. In Bezug auf die Motivation gibt es Unterschiede zwischen individualistischen (z. B. Deutschland, USA, England) und kollektivistischen (z. B. China, Japan, Indonesien) Kulturen. In individualistische Kulturen, in denen Independenz als wichtiges Ziel gilt, stellen Leistungsziele, Konfliktvermeidung und Erhöhung des Selbstwertes wichtige Handlungsmotive dar. In kollektivistischen Kulturen jedoch, in denen Interdependenz erstrebenswert ist, werden mehr soziale Motive erlebt und ausgedrückt. Handlung wird in diesen Kulturen als

eine Bemühung, anderen zu entsprechen und sich ihren Wünschen und Bedürfnissen anzupassen, betrachtet (Markus & Kitayama, 1991). Zudem gibt es zwischen den Kulturen Unterschiede in Bezug auf Normorientierungen. Oettingen (1997b) betont, dass es ebenso kulturelle Unterschiede bezüglich des zeitlich stabilen Zukunftsdenkens gibt. In Kulturen, in denen es normorientierte Rituale gibt (z. B. traditionelle Völker), herrschen eher der schwelgende oder grübelnde Zukunftsdenkstil vor. Kulturen, die jedoch nicht zu normorientierten Ritualen neigen (z. B. Deutschland), fördern eher den Zukunftsdenkstil der mentalen Kontrastierung. Es wäre demnach interessant, zu untersuchen, ob Kinder mit ADHS in kollektivistischen Kulturen ebenfalls zu Selbstüberschätzung neigen und ob sie einen anderen Zukunftsdenkstil zeigen als ADHS-Kinder der hiesigen Kultur.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Untersuchung von zeitlich stabilen Zukunftsdenkstilen bei ADHS-Kindern ein interessantes Forschungsfeld darstellt, welches noch viele weitere Studien nach sich ziehen kann. Sollten sich in zukünftigen Studien, welche die oben genannten Verbesserungsvorschläge integriert haben, dauerhaft zeigen, dass Kinder mit ADHS einen schwelgenden bzw. Nicht-Kontrastierer Zukunftsdenkstil haben, könnten entsprechende Interventionsprogramme in die Wege geleitet werden. Diese sollten die Erhöhung der Erwartungen und anschließend die Förderung eines mentalen Kontrastierenderdenkstils zum Inhalt haben. Dies könnte in Zusammenhang mit weiteren Förderprogrammen Kindern mit ADHS dauerhaft helfen, ihre Ziele zu erreichen.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R. & Silva, P. A. (1987). DSM-III-R disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Asendorpf, J. B. & van Aken, M. A. G. (1993). Deutsche Versionen der Selbstkonzeptskalen von Harter. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 25, 64-86.
- Babad, E. (1995). Can accurate knowledge reduce wishful thinking in voters' predictions of election outcomes? *The Journal of Psychology*, 129, 285-300.
- Babad, E., Hills, M. & O'Driscoll, M. (1992). Factors influencing wishful thinking and predictions of election outcomes. *Basic and Applied Social Psychology*, 13, 461-476.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1991). Self-regulation of motivation through anticipatory and self-reactive mechanisms. In Dienstbier, R. A (Hrsg.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 38. Perspectives on motivation* (pp. 69-163). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barber, B. K., Chadwick, B. A. & Oerter, R. (1992). Parental behaviors and adolescent self-esteem in the United States and Germany. *Journal of Marriage and the Family*, 1, 128-141.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Zweite Auflage. New York: Guilford Press.

- Baumeister, R. F. (1989). The optimal margin of illusion. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 176-189.
- Baumeister, R. F., Bushman, B. J. & Campbell W. K. (2000). Self-esteem, narcissism, and aggression: Does violence result from low self-esteem or from threatened egotism? *Current directions in Psychological Science*, 9, 26-29.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry*, 57, 1215-1220.
- Biederman, J., Faraone, S. V. & Lapey, K. (1992). Comorbidity of diagnosis in attention-deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1, 335-360.
- Biederman, J., Mick, E. & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptoms type. *American Journal of Psychiatry*, 157, 816-818.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T, Wilens, T. E., Frazier, E. & Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of Psychiatry*, 159, 36-42.
- Biederman, J., Munir, K. & Knee, D. (1987). Conduct and oppositional disorder in clinically referred children with attention deficit disorder: A controlled family study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 724-727.
- Biederman, J., Newcorn, J. & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.
- Blackman, G. L., Ostrander, R. & Herman, K. C. (2005). Children with ADHD and depression: A multisource, multimethod assessment of clinical, social, and academic functioning. *Journal of Attention Disorders*, 8, 195-207.
- Bjorklund, D. F. & Green, B. L. (1992). The adaptive nature of cognitive immaturity. *American Psychologist*, 47, 46-54.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological review*, 97, 19-35.
- Colvin, R. C. & Block, J. (1994). Do positive illusions foster mental health? An examination of the Taylor and Brown Formulation. *Psychological Bulletin*, 116, 3-20.

- Colvin, R. C., Block, J. & Funder, D. C. (1995). Overly positive self-evaluations and personality: Negative implications for mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1152-1162.
- Diener, M. B. & Milich, R. (1997). Effects of positive feedback on the social interactions of boys with attention deficit hyperactivity disorder: A test of the self-protective hypothesis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 256-265.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen - ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10, Kapitel V (F). Diagnostische Leitlinien für Forschung und Praxis*. Dritte, korrigierte Auflage. Bern: Huber.
- Döpfner, M. (2002). Hyperkinetische Störungen. In Petermann, F. (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie* (S. 152-186). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Lehmkuhl, G. (1999). *Wackelpeter und Trotzkef: Hilfen bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten*. Weinheim: Beltz.
- Döpfner, M., & Lehmkuhl, G. (2000). *Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)* (2. korr. u. erg. Aufl.). Bern: Huber.
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2000). *Hyperkinetische Störungen: Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- DuBois, D. L. & Silverthorn, N. (2004). Bias in self-perceptions and internalizing and externalizing problems in adjustment during early adolescence: A prospective investigation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 373-381.
- Dweck, C. S. (1996). Implicit theories as organizers of goals and behavior. In Gollwitzer, P. M. & Bargh, J. A. (Hrsg.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (S. 69-90). New York: Guilford.
- Dyczka, F. (2006). Self-regulatory future thought in the context of family socialization. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Hamburg.
- Ebert, D., Hesslinger, B. (2004). Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) des Erwachsenenalters. In Berger, M. (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie*, 1012-1020. München: Elsevier Urban & Fischer.

- Essau, C. A., Groen, G., Conradt, J., Turbanisch, U. & Petermann, F. (1999). Häufigkeit, Komorbidität und psychosoziale Korrelate der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 67, 296-305.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Krifcher Lehman, B., Spencer, T., Norman, D., Seidman, L. J., Kraus, I., Perrin, J., Chen, W. J. & Tsuang, M. T. (1993). Intellectual performance and school failure in children with attention-deficit hyperactivity disorder and in their siblings. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 616-623.
- Faraone, S. V., Biederman, J. & Monuteaux, M. C. (2002). Further evidence for the diagnostic continuity between child and adolescent ADHD. *Journal of Attention Disorder*, 6, 5-13.
- Faraone, S. V. Biederman, J., Spencer, T., Wilens, T., Seidman, L. J., Mick, E. & Doyle, A. E. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biological Psychiatry*, 48, 9-20.
- Faraone, S. V. & Doyle, A. E. (2001). The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10, 299-316.
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C. & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry*, 2, 104-113.
- Flory, K. & Lynam, D. R. (2003). The relation between attention deficit hyperactivity disorder and substance abuse: What role does conduct disorder play? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 1-16.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5, 143-154.
- Gollwitzer, P. M. (1990). Action phases and mind-sets. In Higgins, E. T. & Sorrentino R. M. (Hrsg.), *Handbook of motivation and cognition* Band 2 (S. 53-92). New York: Guilford Press.
- Gollwitzer, P. M. (1996). The volitional benefits of planning. In Gollwitzer, P. M. & Bargh, J. A. (Hrsg.). *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (S. 287-312). New York: Guilford.
- Gollwitzer, P. M. & Bargh, J. A. (Hrsg.) (1996). *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior*. New York: Guilford.

- Gollwitzer, P. M. & Moskowitz, G. B. (1996). Goal effects on action and cognition. In Higgins, E. T. & Kruglanski, A. W. (Hrsg.), *Social psychology. Handbook of basic principles* (S. 361-399). New York: Guilford Press.
- Goodman, R. & Stevenson, J. (1989). A twin study of hyperactivity-II. The aetiological role of genes, family relationships and perinatal adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 691-709.
- Grant, H., Oettingen, G., Gollwitzer, P. M. & Schneider, M. (2005). Individual differences in the self-regulation of goal setting by mental contrasting. Manuscript submitted for publication. Lehigh University.
- Gresham, F. M., MacMillan, D. L., Bocian, K. M., Ward, S. L. & Forness, S. R. (1998). Comorbidity of hyperactivity-impulsivity-inattention and conduct problems: Risk factors in social, affective, and academic domains. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 393-406.
- Harter, S. (1985). Manual for the Self-Perception Profile for Children. Unpublished manuscript, University of Denver.
- Harter, S. (1998). The development of self-representations. In Damon, W. & Eisenberg, N. (Hrsg.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (5. Auflage, 3. Band, S. 553-617).
- Heckhausen, H. (1991). *Motivation und Handeln*. (2. Auflage.) Heidelberg, Germany: Springer-Verlag.
- Higgins, E. T. (1996). Ideals, oughts, and selfregulatory focus. In Gollwitzer, P. M. & Bargh, J. A. (Hrsg.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (S. 91-114). New York: Guilford.
- Higgins, E. T. & Chaires, W. M. (1980). Accessibility of interrelational constructs: Implications for stimulus encoding and creativity. *Journal of Experimental Social Psychology*, 16, 348-361.
- Hinshaw, S. P. (1987). On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin*, 101, 443-463.
- Hinshaw, S. P., March, J. S., Abikoff, H., Arnold, L. E., Cantwell, D. P., Conners, C. K. et al. (1997). Comprehensive assessment of childhood attention-deficit hyperactivity disorder in the context of a multisite, multimodal clinical trial. *Journal of Attention Disorders*, 1, 217-234.

- Hinshaw, S. P. & Melnick, S. M. (1995). Peer relationships in boys with attention-deficit hyperactivity disorder with and without comorbid aggression. *Development and Psychopathology*, 7, 627-647.
- Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., Abikoff, H. B., Epstein, J. N., Greenhill, L. L., Hechtman, L. & Odbert, C. (2004). Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 382-391.
- Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Burkowski, W. M., Gold, J. A., Kraemer, H. C., Pelham, W. E., Wigal, T. & Arnold, L. E. (2005): What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 411-423.
- Hoza, B., Pelham, W. E. Jr., Dobbs, J., Owens, J. S. & Pillow, D. R. (2002). Do boys with attention-deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts? *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 268-278.
- Hoza, B., Pelham, W. E., Milich, R., Pillow, D. & McBride, K. (1993). The self-perceptions and attributions of attention deficit hyperactivity disorder and nonreferred boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 271-286.
- Hoza, B., Pelham, W. E., Waschbusch, D. A. Kipp, H. & Owens, J. S. (2001). Academic task persistence of normally achieving ADHD and control boys: Performance, self-evaluations, and attributions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 271-283.
- Hoza, B., Waschbusch, D. A. Pelham, W. E. Molina, B. S. G. & Milich, R. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder and control boys' responses to social successes and failure. *Child Development*, 71, 432-446.
- Hughes, J. N., Cavell, T. A. & Grossman, P. B. (1997). A positive view of self: Risk or protection for aggressive children? *Development and Psychopathology*, 9, 75-94.
- Irwin, F. W. & Graae, C. N. (1968). Tests of the discontinuity hypothesis of the effects of independent outcome values upon bets. *Journal of Experimental Psychology*, 76, 444-449.
- Jensen, P. S., Martin, D. & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1065-1079.

- Kawada, C. L. K., Oettingen, G., Gollwitzer, P. M. & Bargh, J. A. (2004). The projection of implicit and explicit goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 545-559.
- Klinger, E. (1990). *Daydreaming: Using waking fantasy and imagery for self-knowledge and creativity*. Los Angeles: Tarcher.
- Knowles, R. T. (1985). Fantasy and imagination. *Studies in Formative Spirituality*, 6, 53-63.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI) manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Kuhl, J. & Beckmann, J. (Hrsg.) (1994). *Volition and personality: Action versus state orientation*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Locke, E. A. & Latham, G. P. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Marks, R. W. (1951). The effect of probability, desirability, and "privilege" on the stated expectations of children. *Journal of Personality*, 19, 332-351.
- Markus, H. R. & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- Marshall, P. (1989). Attention deficit disorder and allergy: A neurochemical model of the relation between the illnesses. *Psychological Bulletin*, 106, 434-446.
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L. & Crowell, E. W. (2000). Learning disabilities and ADHD: Overlapping spectrum disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 33, 417-424.
- Milich, R. (1994). The response of children with ADHD to failure: If at first you don't succeed, do you try, try again? *School Psychology Review*, 23, 11-28.
- Milich, R. & Okazaki, M. (1991). An examination of learned helplessness among attention-deficit hyperactivity disorder boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 607-623.
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252-283.
- Modestin, J., Matutat, B. & Würmle, O. (2001). Antecedents of opioid dependence and personality disorder: Attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 42-47.
- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.

- Oettingen, G. (1996). Positive fantasy and motivation. In Gollwitzer, P. M. & Bargh, J. A. (Hrsg.), *The psychology of action – linking cognition and motivation to behaviour* (S. 236-259). New York: The Guilford Press.
- Oettingen, G. (1997a). Psychologie des Zukunftsdenkens: Erwartungen und Phantasien. Göttingen: Hogrefe.
- Oettingen, G. (1997b). Culture and future thought. *Culture & Psychology*, 3, 353-381.
- Oettingen, G. (1999). Free fantasies about the future and the emergence of developmental goals. In Brandstädter, J. & Lerner, R. M. (Eds.), *Action and self-development: Theory and research through the life span* (S. 315-342). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Oettingen, G. (2000). Expectancy effects on behavior depend on self-regulatory thought. *Social Cognition*, 18, 101-129.
- Oettingen, G. & Bardong, C. (2006). *A choice measure of mental contrasting*. Manuscript in preparation. University of Hamburg.
- Oettingen, G. & Hagenah, M. (2005). Fantasies and the self-regulation of competence. In: Elliot, A. J. & Dweck, C. S. (Hrsg.), *Handbook of competence and motivation* (S. 647-665). New York: Guilford Publications.
- Oettingen, G., Hönig, G., & Gollwitzer, P. M. (2000). Effective self-regulation of goal attainment. *International Journal of Educational Research*, 33, 705-732.
- Oettingen, G., & Mayer, D. (2002). The motivating function of thinking about the future: Expectations versus free fantasies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1198-1212.
- Oettingen, G., Mayer, D. & Lenbet, A. (2005). *Self-regulation of promotion versus prevention goals: The role of mental contrasting*. Manuscript in preparation, University of Hamburg.
- Oettingen, G., Pak, H., & Schnetter, K. (2001). Self-regulation of goal setting: Turning free fantasies into binding goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 736-753.
- Oettingen, G. & Thorpe, J. (2006). Fantasy realization and the bridging of time. In Sanna, L. J. & Chang, E. C. (Hrsg.), *Judgments over time: The interplay of thoughts, feelings, and behaviors* (S. 120-142). New York: Oxford University Press.
- Ohan, J. L. & Johnston, C. (2002). Are the performance overestimates given by boys with ADHD self-protective? *Journal of Clinical Child Psychology*, 31, 230-241.

- Olsen, J. M., Roese, N. J. & Zanna, M. P. (1996). Expectancies. In Higgins, E. T. & Kruglanski, A. W. (Hrsg.), *Social Psychology: Handbook of basic principles* (S. 211-238). New York: Guilford Press.
- O'Neill, M. E. & Douglas, V. I. (1991). Study strategies and story recall in attention-deficit hyperactivity disorder and reading disability. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 671-692.
- Owens, J. S. & Hoza, B. (2003). The role of inattention and hyperactivity/impulsivity in the positive illusory bias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 680-691.
- Piaget, J. (1930). *The child's conception of physical causality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Price, P. C. (2000). Wishful thinking in the prediction of competitive outcomes. *Thinking and Reasoning*, 6, 161-172.
- Riskind, J. H., Rholes, W. S., Brannon, A. M. & Burdick, C. H. (1987). Attributions and expectations: A confluence of vulnerabilities in mild depression in a college student population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 349-354.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (Hrsg.) (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV* (dt. Bearbeitung). Göttingen: Hogrefe.
- Scahill, L. & Schwab-Stone, M. (2000). Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 541-555.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Scheithauer, H. & Petermann, F. (2002). Aggression. In Petermann, F. (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (S. 152-186). Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, W. (1998). Performance prediction in young children: Effects of skill, metacognition and wishful thinking. *Developmental Science* 1, 291-297.
- Semrud-Clikeman, M. & Schafer, V. (2000). Social and emotional competence in children with ADHD and/or learning disabilities. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*, 1, 3-19.
- Shedler, J., Mayman, M. & Manis, M. (1993). The illusion of mental health. *American Psychologist*, 48, 1117-1131.
- Singer, J. L. (1966). *Daydreaming*. New York: Random House.

- Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M. H., Mundy, E. & Faraone S. V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1432-1437.
- Stein, J. (Hrsg.) (1982). *The Random House dictionary of the English language* (unabridged ed.). New York: Random House.
- Steinhausen, H.-C. (2000) in H.-C. Steinhausen (Hrsg.). *Hyperkinetische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen* (Kap. 1, S. 9-37; Kap. 11, S. 228-238; Kap. 12, S. 239-249). Stuttgart: Kohlhammer.
- Steinhausen, H.-C., Drechsler, R., Földényi, M., Imhof, K. & Brandeis, D. (2003). Clinical course of attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood toward early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1085-1092.
- Stiensmeier-Pelster, J., Schürmann, M. & Duda, K. (2000). *Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)*. Handanweisung (2., überarbeitete und neunormierte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Stipek, D. J. (1981). Young children's performance expectations: Logical analysis or wishful thinking? In Nicholls, J. (Hrsg.), *The development of achievement motivation* (S. 33-56). Greenwich, CT: JAI
- Stipek, D. J. (1984). The development of achievement motivation. In Ames, R. & Ames, C. (Hrsg.), *Research on motivation in education. Band 1: Student motivation* (S. 145-174). New York: Academic Press.
- Swanson, J. M., Sunohara, G. A., Kennedy, J. L., Regino, R., Fineberg, E., Wigal, T., Lerner, M., Williams, L., LaHoste, G. L. & Wigal, S. (1998). Association of the dopamine receptor D4 (DRD4) gene with a refined phenotype of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A family based approach. *Molecular Psychiatry*, 3, 38-41.
- Tannock, R. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder: advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 65-99.
- Taylor, S. E. (1989). *Positive illusions: Creative self-deception and the healthy mind*. New York: Basic Books.
- Taylor, S. E. & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Taylor, S. E. & Brown, J. D. (1994). Positive illusions and well-being revisited: Separating fact from fiction. *Psychological Bulletin*, 116, 21-27.

- Tennen, H. & Affleck, G. (1993). The puzzles of self-esteem: A clinical perspective. In Baumeister, R. F. (Hrsg), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (S. 241-262). New York: Plenum.
- Tewes, U., Rossmann, P. & Schallberger, U. (1999). *Hamburg-Wechsler-Intelligenz-Test für Kinder (HAWIK-III)*, Manual. Bern: Huber.
- 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, 23-39.
- Wechsler, D. (1992). *Wechsler Individual Achievement Test*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Wender P. H. (1995). *Attention-deficit hyperactivity disorder in adults*. Oxford University Press: New York.
- Werry, J. S., Elkind, G. S. & Reeves, J. C. (1987). Attention deficit, conduct, oppositional, and anxiety disorders in children: III. Laboratory differences. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 409-428.
- Whalen, C. K., Henker, B., Hinshaw, S. P., Heller, T. & Huber-Dressler, A. (1991). Messages of medication: Effects of actual versus informed medication status on hyperactive boys' expectancies and self-evaluations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 602-606.
- Willcutt, E. G., Pennington, B. F., Chhabildas, N. A., Friedman, M. C. & Alexander, J. (1999). Psychiatry comorbidity associated with DSM-IV ADHD in a nonreferred sample of twins. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1355-1362.
- World Health Organization (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10, Kapitel V (F)*. Bern: Huber.
- Wright, S. S. (2000). Looking at the self in a rose-colored mirror: unrealistically positive self-views and academic performance. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 451-462.
- Zalecki, C. A. & Hinshaw, S. P. (2004). Overt and relational aggression in girls with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 125-137.

Anhang

Anhang A: Anschreiben	96
Anhang B: Aushang	98
Anhang C: Instruktion Computerprogramm	99
Anhang D: Computerprogramm zur Messung von Zukunftsdenkstilen	110
Anhang E: Originalinstruktion Computerprogramm	119
Anhang F: Instruktion Manipulation Check.....	123
Anhang G: Manipulation Check.....	124
Anhang H: Instruktion Self-Perception Profile for Children (SPPC)	125
Anhang I: Self-Perception Profile for Children (SPPC)	127
Anhang J: Elternfragebogen.....	129
Anhang K: Berechnung der Hypothesen 3a-c mit dem Notendurchschnitt zum 1. Zeitpunkt als Kovariate	147

Abbildungsverzeichnis Anhang

Abbildung 8. Regressionslinien der ADHS- und Kontrollgruppe in Bezug auf die Prädiktorfähigkeit der Erfolgserwartung auf den Notendurchschnitt Zeugnis 2 HF	148
Abbildung 9. Regressionslinien der ADHS + Aggr, der ADHS – Aggr und Kontrollgruppe in Bezug auf die Prädiktorfähigkeit der Erfolgserwartung auf den Notendurchschnitt Zeugnis 2 HF	150
Abbildung 10. Regressionslinien der ADHS + SAL, der ADHS – SAL und Kontrollgruppe in Bezug auf die Prädiktorfähigkeit der Erfolgserwartung auf den Notendurchschnitt Zeugnis 2 HF	152

Anhang A: Anschreiben



Universität Hamburg

Fachbereich
Psychologie

Dr. Caterina Gawrilow (Dipl. Psych.) & Cand. Psych. Iska Schewe
Universität Hamburg
Fakultät für Erziehungswissenschaft, Psychologie und Bewegungswissenschaft
Fachbereich Psychologie
Von-Melle-Park 5
20146 Hamburg
Tel: 040/42838-5408
Fax: 040-42838-5486
Caterina.Gawrilow@uni-hamburg.de

Hamburg, Winter/Frühjahr 2006

Liebe Kinder und Eltern,

Zu Beginn dieses Jahres werden wir im Rahmen eines neuen Forschungsprojekts motivationspsychologische Untersuchungen mit Kindern und Jugendlichen durchführen, die eine ADHS-Diagnose aufweisen.

Forscher haben herausgefunden, dass Kinder mit einer ADHS-Diagnose dazu tendieren, ihre Kompetenzen zu überschätzen, vor allem in den Bereichen, in denen sie die meisten Defizite haben. Ziel dieses Projekts ist es, mögliche Erklärungen für Selbstüberschätzungen von Kindern mit ADHS-Diagnose zu finden und auf lange Sicht Strategien zu vermitteln, die den betroffenen Kindern und Jugendlichen in ihrem Alltag helfen sollen, schulische Aufgaben besser zu bewältigen.

Um wahre Aussagen über unsere Annahmen machen zu können, benötigen wir für unsere Studie Kinder mit und ohne ADHS-Diagnose.

Wer kann teilnehmen?

Teilnehmen können **alle Mädchen und Jungen** zwischen **9 und 13 Jahren**, deren Eltern damit einverstanden sind.

Wie soll die Studie ablaufen?

Für den Test wird ein einstündiger Termin in der Universität Hamburg benötigt. An diesem Termin wird das Kind bestimmte Aufgaben am Computer machen und danach ein paar Fragen zu diesen Aufgaben beantworten. Außerdem werden wir die Eltern bitten, einen Fragebogen zum Verhalten und ggf. zur Medikation des Kindes auszufüllen. Selbstverständlich werden alle Daten **anonym erhoben** und **streng vertraulich** behandelt.

Die laufende Untersuchung kann jederzeit von dem Kind selbstständig abgebrochen werden, falls dies gewünscht wird.

Welches Angebot machen wir?

Nach Ende der Studie erhalten Sie eine kurze Darstellung über die Ergebnisse der Untersuchung im Allgemeinen.

Die Teilnahme wird mit **€ 5** oder einem kleinen Geschenk vergütet.

Wie geht es nun weiter?

Es würde uns sehr freuen, wenn Sie sich für eine Teilnahme entschließen. Füllen Sie in diesem Fall bitte das beigegefügte Formular aus und senden Sie das Ganze an die angegebene Adresse.

Wir werden uns dann umgehend bei Ihnen zur Klärung der weiteren Vorgehensweisen und zu einer evtl. Terminabsprache melden! Sie können selbstverständlich jederzeit Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie ohne Angaben von Gründen zurücknehmen.

Haben Sie noch Fragen?

Dann können Sie uns entweder per E-Mail unter der Adresse **ADHS-Projekt@web.de** kontaktieren oder während den folgenden Zeiten telefonisch erreichen:

-Leiterin des Projekts: Dr. Caterina Gawrilow Di.:16.00 - 17.00 und Do.:18.00 - 19.00 Uhr
(040) 42838-5408

-Cand. Psych. Iska Schewe, Cand. Psych. Pantea Tabibzadeh, Cand. Psych. Julia Merkt:
Mi, Do, Fr.: 12.00 – 14.00 Uhr **(040) 42838-5491**

Teilnahmeformular & Einverständniserklärung
(bitte ausgefüllt an die obige Adresse senden)

Ich bin einverstanden, dass mein Kind _____ an dem
(Vor- und Zuname des Kindes)

Forschungsprojekt der Universität Hamburg teilnimmt. Ich weiß, dass ich jederzeit
mein Einverständnis zur Teilnahme an dieser Studie zurückziehen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Persönliche Angaben: (werden nach dem vereinbarten Termin vernichtet!)

Name der/ des Erziehungsberechtig- ten:	
Telefonnummer:	
Wann am besten zu erreichen:	
Name des Kindes:	
Geburtsdatum des Kindes:	

Anhang B: Aushang

Universität Hamburg

Wer kennt/hat Kinder zwischen 9 und 13 Jahren?

Wir würden uns freuen, wenn Ihr Kind bei unserem ca. 1-stündigen Experiment an der Universität Hamburg im Rahmen meiner Diplomarbeit mitmachen könnte.

Es gibt ein Versuchsteilnehmerentgelt von 5 Euro.

Bitte melden Sie sich unter der Telefonnummer:

(040) 42838-5491

Telefonische Sprechzeiten sind Mittwoch, Donnerstag und Freitag zwischen 12h und 14h.

Oder senden Sie uns eine e-mail:

ADHS-Projekt@web.de

Vielen Dank!

Cand. Psych. Iska Schewe

Dr. Caterina Gawrilow

Dipl. Psych. Claudia Liberona

Cand. Psych. Julia Merkt

Cand. Psych. Pantea Tabibzadeh

1-stündiges
Experiment

1-stündiges
Experiment

1-stündiges
Experiment

1-stündiges
Experiment

1-stündiges
Experiment

1-stündiges
Experiment

(040) 428385491 (040) 428385491 (040) 428385491 (040) 428385491 (040) 428385491 (040) 428385491
Mi, Do, Fr Mi, Do, Fr Mi, Do, Fr Mi, Do, Fr Mi, Do, Fr Mi, Do, Fr
12-14h 12-14h 12-14h 12-14h 12-14h 12-14h

ADHS-Projekt@ ADHS-Projekt@ ADHS-Projekt@ ADHS-Projekt@ ADHS-Projekt@ ADHS-Projekt@
web.de web.de web.de web.de web.de web.de

Anhang C: Instruktion Computerprogramm

Kursiv gedruckt sind Hinweise für die Versuchsleiterin, nicht-kursiv sind die Instruktionen, welche die Kinder so wörtlich erhielten.

Instruktion:

Hallo...*Name des Kindes*...

Jetzt komme ich zu Dir. Ich bin ...*Vorname des VL*... und arbeite an der Universität Hamburg für die Forschung. Wir von der Forschung sind sehr interessiert an Deinen Gedanken, Wünschen und Vorstellungen darüber, wie Du so in der Schule bist.

Bist Du aufgeregt? Das musst Du nicht sein. Es passiert gar nichts Schlimmes hier.

Ich erkläre Dir jetzt, was wir machen. Zuerst werden wir etwas am Computer machen und dann sollst Du noch ein paar Fragen auf dem Papier beantworten.

Wir werden nun gemeinsam am Computer ein paar Fragen anschauen. Du überlegst Dir, was Du darauf antworten magst und ich kann dann deine Antworten in den Computer eintippen. Dann geht es darum, dass Du Dir bestimmte Sachen vorstellen sollst.

Es gibt bei keiner Frage richtige oder falsche Antworten. Sag mir einfach die Dinge, die dir am schnellsten in den Kopf kommen.

Deine Antworten werden natürlich vertraulich behandelt und anonym ausgewertet, das heißt, niemand erfährt, was Du für Antworten gegeben hast. Wir behalten das Ganze für uns und erzählen auch Deinen Eltern nichts.

Das Experiment am Computer dauert ungefähr 20 Minuten. Insgesamt brauchen wir wahrscheinlich ca. 45 Minuten.

So, nun fangen wir mit dem Experiment am Computer an.

Man setzt sich vor den Bildschirm und schaut den ersten Screen an.

Alles laut vorlesen

Zunächst einmal geben wir einen anonymen Code ein, damit niemand weiß, was Du hier geantwortet hast. (*Code ist 1. Buchstabe des Vornamens, 1. Buchstabe des Nachnamens und Geburtstag ohne Jahr*)

Wie ist Dein genauer Name? Wann hast Du denn Geburtstag?

So, wir möchten nun gerne ein bisschen was über Deine Wünsche, Gedanken und Vorstellungen zur Schule wissen.

Wir lesen nun alle Fragen hier am Computer zusammen durch und du beantwortest einfach eine Frage nach der anderen. Wie gesagt, Du kannst gar nichts Falsches sagen, weil es keine richtigen und falschen Antworten gibt.

ENTER

Folie: Nun geht es um die Schule...

Nun geht es um die Schule. In der Schule hast Du verschiedene Fächer. Du schreibst Klassenarbeiten, Du meldest Dich im Unterricht und Du bekommst Noten für Deine Leistungen.

Es gibt bestimmt Dinge, die Du gut machst und die Dir viel Spaß machen.

Und es gibt wahrscheinlich auch Dinge, in denen Du nicht so gut bist oder die Dir nicht so viel Spaß machen.

Jetzt stell dir vor, Du kannst Dir was zu deinen Leistungen in der Schule wünschen.

ENTER

Folie: Dein persönlicher Wunsch zu Leistungen in der Schule...(nicht lesen)

Was würdest Du gerne daran verändern wie Du so in der Schule bist?

*Beim Eintragen des Wunsches: Wenn das Kind sagt: „Ich würde verändern, dass ich besser in Mathe bin“, bitte so eintragen: „Ich würde verändern, besser in Mathe **zu** sein“ oder „ich würde verändern, dass ich mich mehr melde“, bitte so eintragen: „Ich würde verändern, mich mehr zu melden“ (Infinitivsatz)*

Zusatz:

Bei weiteren Fragen: Denk einfach an alles, was mit der Schule zusammenhängt (Hausaufgaben, mündliche Mitarbeit, Klassenarbeiten, bestimmte Fächer...). Was würdest Du Dir wünschen, was sich verändern soll?

Hinweis für VL: es geht um schulische Leistung/Kompetenz.

Wenn das Kind nur „Mathe“ sagt, fragt man: Was genau meinst Du? Wie kann ich mir Deinen Wunsch vorstellen?

ACHTUNG!!! KEINE SUGGESTIVFRAGEN (z.B.: Du willst also besser in Mathe werden, oder?)!!!

Am besten: Neutralität, Wertfreiheit, Offene Fragen (z.B.: Was für einen Wunsch hast du?)

ENTER

Folie: Für wie wahrscheinlich hältst Du es...

Für wie wahrscheinlich hältst Du es, dass Dein Wunsch, also...(wird angezeigt) in Erfüllung geht?

Es ist wichtig, dass die Kinder die Codierung verstehen, also welche Zahl, was bedeutet. Man geht mit dem Punkt auf die 1 und fängt an zu erklären:

Hier siehst du verschiedene Zahlen. Auf den Bildschirm deuten

1 würde bedeuten, es ist gar nicht wahrscheinlich...*Wunsch...*(Beispiel: besser in Mathe zu werden)

Man geht mit dem Punkt auf die 2:

2 würde bedeuten, es ist ein bisschen wahrscheinlich...*Wunsch...*(Beispiel: besser in Mathe zu werden)

Man geht mit dem Punkt auf die 3:

3 würde bedeuten, es ist ein bisschen weniger als mittel wahrscheinlich...*Wunsch...*(Beispiel: besser in Mathe zu werden)

Man geht mit dem Punkt auf die 4:

4 würde bedeuten, es ist mittel wahrscheinlich... *Wunsch...*(Beispiel: besser in Mathe zu werden)

Man geht mit dem Punkt auf die 5:

5 würde bedeuten, es ist ein bisschen mehr als mittel wahrscheinlich... *Wunsch...*(Beispiel: besser in Mathe zu werden)

Man geht mit dem Punkt auf die 6:

6 würde bedeuten, es ist ziemlich wahrscheinlich... *Wunsch...*(Beispiel: besser in Mathe zu werden)

Man geht mit dem Punkt auf die 7:

7 würde bedeuten, es ist sehr wahrscheinlich... *Wunsch...*(Beispiel: besser in Mathe zu werden).

Du kannst jede Zahl sagen.

Für wie wahrscheinlich hältst Du es nun?

Unter Umständen noch mal wiederholen, wenn das Kind das nicht versteht

ENTER

Folie: Wie wichtig ist es dir...

Wie wichtig ist es Dir, dass Dein Wunsch, also...in Erfüllung geht?

Hier ist es genauso wie vorhin. Du kannst eine von diesen Zahlen wählen.

Man geht mit dem Cursor hoch und runter.

Auf die 1:

1 würde wieder bedeuten, es ist gar nicht wichtig...*Wunsch...*(Beispiel: besser in Mathe zu werden)

Man geht mit dem Punkt auf die 4:

4 würde bedeuten, es ist mittel wichtig... *Wunsch...*(Beispiel: besser in Mathe zu werden)

Man geht mit dem Punkt auf die 7:

7 würde bedeuten, es ist sehr wichtig... *Wunsch...*(Beispiel: besser in Mathe zu werden).

Für wie wichtig hältst Du es nun?

(Erklärung: Es geht einfach darum, dass das Kind sich von der Voreinstellung, der 4, nicht beeinflussen lässt. Man sollte mit dem Cursor einfach alles mal durchmachen.)

Nun stell Dir vor, Dein Wunsch, also...(Beispiel besser in Mathe zu sein) geht in Erfüllung.

ENTER

Folie: Bitte nenne mir nun 4 schöne Sachen, die passieren...

Bitte nenne mir nun vier schöne Sachen, die passieren, wenn Dein Wunsch, also ...(wird angezeigt) in Erfüllung geht

Also wenn ich..., würde folgendes passieren:

Bei...soll der Wunsch noch mal entsprechend des Satzbaus wiederholt werden. Also, wenn die Kinder den Wunsch haben, besser in Mathe zu werden, dann sagt man:

Also: wenn ich besser in Mathe bin, würde folgendes passieren:

(Antwortbeispiel Kind: Ich hätte mehr Berufschancen, Mama lobt mich...)auch so eintragen

Zusatz:

Die Kinder sollen 4 Aspekte nennen. Wenn ihnen nach dem 3. nichts mehr einfällt, kann man den 4. auch weglassen. Evtl. nachfragen: Was fällt Dir denn noch ein, was passieren könnte, wenn Dein Wunsch in Erfüllung geht?“

Leider geht ein Wunsch ja nicht immer in Erfüllung.

ENTER***Folie: Bitte nenne mir nun 4 Sachen, die Deinem Wunsch...***

Bitte nenne mir nun 4 Sachen, die Deinem Wunsch im Wege stehen.

Also: Ich schaffe es nicht,...(wird angezeigt), weil...

Auch hier gilt, möglichst 4 Aspekte, der 4. kann aber auch weggelassen werden, wenn dem Kind absolut gar nichts mehr einfällt.

Folie: Wenn Dein Wunsch...

Wenn Dein Wunsch, also...(wird angezeigt) nicht in Erfüllung geht, wie enttäuscht bist Du dann?

Hier ist es genauso wie vorhin. Du kannst eine von diesen Zahlen wählen.

Man geht mit dem Cursor hoch und runter.

Wie enttäuscht bist Du dann also?

Jetzt möchte ich gerne noch etwas mehr über Deinen Wunsch zu den Leistungen in der Schule wissen.

Zunächst einmal sollst Du Dir eine von den Sachen auswählen, die wir vorhin zusammen aufgeschrieben haben, als es um die Schule ging.

Erinnerst Du Dich noch? Das waren die schönen Sachen, die passieren, wenn Dein Wunsch in Erfüllung geht und die Sachen, die Deinem Wunsch im Weg stehen.

Wähle die Sache, die Dir am leichtesten in den Kopf kommt!

ENTER

Nächste Folie

Um die schönen Sachen und die Hindernisse zu sehen, kannst du jederzeit die Taste mit dem BLAUEN Punkt drücken.

Ich zeig Dir das mal kurz. *Auf den Punkt drücken. Seite erscheint.*

Siehst Du, hier erscheinen nun alle Sachen, die wir vorhin zusammen aufgeschrieben haben.

Hier oben (*mit dem Finger darauf deuten*) sind die schönen Sachen, hier unten (*mit dem Finger darauf deuten*) sind die Hindernisse, also das, was Deinem Wunsch im Wege steht.

Nun wähle die Sache aus, die Dir am leichtesten in den Kopf kommt. Ich schreibe auf, was Du Dir ausgesucht hast.

Beispiel: wenn das Kind aussucht: „weil ich faul bin“, schreibt man auf: „Ich bin faul.“

ENTER

Folie: *Aspekt, der oben steht bitte vorlesen (Beispiel: ich bin faul)*

Jetzt geht es darum, Bilder im Kopf kommen zu lassen.

Damit das besser geht, mach nun bitte die Augen zu und lehne Dich zurück. Denk nun bitte über... (*Aspekt, der oben steht bitte vorlesen*) nach.

Versuche, Dir ganz genau vorzustellen, wie es ist und was passiert, wenn... *bitte den Aspekt noch mal sagen. Also, wenn das Kind als Aspekt genannt hat „weil ich faul bin“, sagst Du: ... du faul bist. Was machst Du dann? Was denkst du dann? Was fühlst Du dann?*

Zusatz (falls sie nicht verstehen)

Stell Dir alles, was dazu gehört so stark und lebhaft wie möglich vor. Lass die Bilder im Kopf dazu einfach kommen und hab keine Angst davor, Deinen Gedanken freien Lauf zu lassen. Erzähle mir einfach, was Du siehst.

Ich schreibe alles, was Dir in den Kopf kommt auf ein Blatt Papier.

Aufschreiben auf dafür vorgesehenen Zettel (Fantasie 1)

Zusatz:

Wenn sie nicht verstehen, was sie tun sollen, dann sag: Du sollst nun einfach zu „ich bin faul“ (als Beispiel) Bilder kommen lassen. Was kommt Dir dazu in den Kopf? Was siehst du?

Fällt Dir noch was ein? Nein? Dann kannst Du die Augen wieder aufmachen.

Nun sollst Du Dir noch eine von den Sachen auswählen, die wir vorhin zusammen aufgeschrieben haben, als es um die Schule ging: also die schönen Sachen, die passieren, wenn Dein Wunsch in Erfüllung geht und die Sachen, die Deinem Wunsch im Weg stehen. Wähle die Sache, die Dir **jetzt** am leichtesten in den Kopf kommt!

ENTER

Nächste Folie

Um die schönen Sachen und die Hindernisse zu sehen, kannst du wie vorhin jederzeit die Taste mit dem BLAUEN Punkt drücken.

Nun wähle die Sache aus, die Dir **jetzt** am leichtesten in den Kopf kommt. Ich schreibe auf, was Du Dir ausgesucht hast.

Beispiel: wenn das Kind aussucht: „weil ich faul bin“, schreibt man auf: „Ich bin faul.“

ENTER

Folie: *Aspekt, der oben steht bitte vorlesen (Beispiel: ich bin faul)*

Jetzt geht es noch mal darum, Bilder im Kopf kommen zu lassen.

Deshalb mach nun bitte die Augen wieder zu und lehne Dich zurück. Denk nun bitte über... (*Aspekt, der oben steht bitte vorlesen*) nach.

Versuche, Dir ganz genau vorzustellen, wie es ist und was passiert, wenn...*bitte den Aspekt noch mal sagen. Also, wenn das Kind als Aspekt genannt hat „weil ich faul bin“, sagst Du: ... du faul bist. Was machst Du dann? Was denkst Du dann? Was fühlst Du dann?*

Zusatz(falls sie es nicht verstehen):

Stell Dir alles, was dazu gehört so stark und lebhaft wie möglich vor. Lass die Bilder im Kopf dazu einfach kommen und hab keine Angst davor, Deinen Gedanken freien Lauf zu lassen. Erzähle mir einfach, was Du siehst.

Ich schreibe alles, was Dir in den Kopf kommt auf ein Blatt Papier.

Zusatz:

Wenn sie nicht verstehen, was sie tun sollen, dann sag: Du sollst nun einfach zu „ich bin faul“(als Beispiel) Bilder kommen lassen. Was kommt Dir dazu in den Kopf? Was siehst du?

Fällt Dir noch was ein? Nein? Dann kannst Du die Augen wieder aufmachen.

Nun sollst Du Dir **noch** eine von den Sachen auswählen, die wir vorhin zusammen aufgeschrieben haben, als es um die Schule ging: also die schönen Sachen, die passieren, wenn Dein Wunsch in Erfüllung geht und die Sachen, die Deinem Wunsch im Weg stehen. Wähle die Sache, die Dir **jetzt** am leichtesten in den Kopf kommt!

ENTER

Nächste Folie

Um die schönen Sachen und die Hindernisse zu sehen, kannst du wie vorhin jederzeit die Taste mit dem BLAUEN Punkt drücken.

Nun wähle die Sache aus, die Dir **jetzt** am leichtesten in den Kopf kommt. Ich schreibe auf, was Du Dir ausgesucht hast.

Beispiel: wenn das Kind aussucht: „weil ich faul bin“, schreibt man auf: „Ich bin faul.“

ENTER

Folie: *Aspekt, der oben steht bitte vorlesen(Beispiel: ich bin faul)*

Jetzt geht es noch mal darum, Bilder im Kopf kommen zu lassen.

Deshalb mach nun bitte die Augen wieder zu und lehne Dich zurück. Denk nun bitte über...(*Aspekt, der oben steht bitte vorlesen*) nach.

Versuche, Dir ganz genau vorzustellen, wie es ist und was passiert, wenn...*bitte den Aspekt noch mal sagen. Also, wenn das Kind als Aspekt genannt hat „weil ich faul bin“, sagst Du: ...* du faul bist. Was machst Du dann? Was denkst Du dann? Was fühlst Du dann?

Zusatz (falls sie nicht verstehen):

Stell Dir alles, was dazu gehört so stark und lebhaft wie möglich vor. Lass die Bilder im Kopf dazu einfach kommen und hab keine Angst davor, Deinen Gedanken freien Lauf zu lassen. Erzähle mir einfach, was Du siehst.

Ich schreibe alles, was Dir in den Kopf kommt auf ein Blatt Papier.

Zusatz

Wenn sie nicht verstehen, was sie tun sollen, dann sag: Du sollst nun einfach zu „ich bin faul“(als Beispiel) Bilder kommen lassen. Was kommt Dir dazu in den Kopf? Was siehst du?

Fällt Dir noch was ein? Nein? Dann kannst Du die Augen wieder aufmachen.

Nun sollst Du Dir **noch eine letzte** von den Sachen auswählen, die wir vorhin zusammen aufgeschrieben haben, als es um die Schule ging: also die schönen Sachen, die passieren, wenn Dein Wunsch in Erfüllung geht und die Sachen, die Deinem Wunsch im Weg stehen.

Wähle die Sache, die Dir **jetzt** am leichtesten in den Kopf kommt!

ENTER

Nächste Folie

Um die schönen Sachen und die Hindernisse zu sehen, kannst du wie vorhin jederzeit die Taste mit dem BLAUEN Punkt drücken.

Nun wähle die Sache aus, die Dir **jetzt** am leichtesten in den Kopf kommt. Ich schreibe auf, was Du Dir ausgesucht hast.

Beispiel: wenn das Kind aussucht: „weil ich faul bin“, schreibt man auf: „Ich bin faul.“

ENTER

Folie: *Aspekt, der oben steht bitte vorlesen(Beispiel: ich bin faul)*

Jetzt geht es noch mal darum, Bilder im Kopf kommen zu lassen.

Deshalb mach nun bitte die Augen wieder zu und lehne Dich zurück. Denk nun bitte über...(Aspekt, der oben steht bitte vorlesen) nach.

Versuche, Dir ganz genau vorzustellen, wie es ist und was passiert, wenn...*bitte den Aspekt noch mal sagen. Also, wenn das Kind als Aspekt genannt hat „weil ich faul bin“, sagst Du: ... du faul bist. Was machst Du dann? Was denkst Du dann? Was fühlst Du dann?*

Zusatz (falls sie nicht verstehen):

Stell Dir alles, was dazu gehört so stark und lebhaft wie möglich vor. Lass die Bilder im Kopf dazu einfach kommen und hab keine Angst davor, Deinen Gedanken freien Lauf zu lassen. Erzähle mir einfach, was Du siehst.

Ich schreibe alles, was Dir in den Kopf kommt auf ein Blatt Papier.

Zusatz:

Wenn sie nicht verstehen, was sie tun sollen, dann sag: Du sollst nun einfach zu „ich bin faul“(als Beispiel) Bilder kommen lassen. Was kommt Dir dazu in den Kopf? Was siehst du?

Fällt Dir noch was ein? Nein? Dann kannst Du die Augen wieder aufmachen.

ENTER

Folie: *Wie energievoll...*

Wie energievoll fühlst Du Dich jetzt in diesem Augenblick?

Hier ist es genauso wie vorhin. Du kannst eine von diesen Zahlen wählen.

Man geht mit dem Cursor hoch und runter.

Wie energievoll fühlst Du Dich nun?

ENTER

Folie: Wie schlimm...

Wie schlimm wäre es für Dich, wenn Dein Wunsch, also...(wird angezeigt) nicht in Erfüllung gehen würde?

Hier ist es genauso wie vorhin. Du kannst eine von diesen Zahlen wählen.

Man geht mit dem Cursor hoch und runter.

Wie schlimm wäre es nun?

ENTER

Folie: Wenn Dein Wunsch...

Wenn Dein Wunsch, also...(wird angezeigt) nicht in Erfüllung geht, wie enttäuscht bist Du dann?

Hier ist es genauso wie vorhin. Du kannst eine von diesen Zahlen wählen.

Man geht mit dem Cursor hoch und runter.

Wie enttäuscht wärest Du nun?

ENTER

Folie: Wie sehr hängt die Erfüllung...

Wie sehr hängt die Erfüllung Deines Wunsches von Dir selbst ab?

Wie sehr hängt die Erfüllung Deines Wunsches von anderen Sachen oder anderen Personen ab?

Hier ist es genauso wie vorhin. Du kannst eine von diesen Zahlen wählen.

Man geht mit dem Cursor hoch und runter. Man geht auf die 1:

1 würde zum Beispiel bedeuten, die Erfüllung Deines Wunsches hängt sehr von Dir ab.


Man geht auf die 4:

4 würde zum Beispiel bedeuten, die Erfüllung Deines Wunsches hängt teilweise von Dir und teilweise nicht von Dir ab.

Man geht auf die 7:

7 würde zum Beispiel bedeuten, die Erfüllung Deines Wunsches hängt sehr von anderen Sachen oder anderen Personen ab.

So, nun ist das Computerspiel zu Ende.

Anhang D: Computerprogramm zur Messung von Zukunftsdenkstilen

The screenshot shows a window titled "Social Psychology Study" with a blue title bar. The main content area is white and contains the text "Willkommen zu unserem Experiment!" in a bold, black, serif font, centered. Below this text, there is a label "Code:" followed by a small, empty rectangular input field.

Willkommen zu unserem Experiment!

Code:



The screenshot shows the same "Social Psychology Study" window. The main content area is white and contains the text "Nun geht es um die Schule..." in a bold, black, serif font, centered. At the bottom of the window, there is a line of text "Druecke die Enter Taste..." in a smaller, black, serif font.

Nun geht es um die Schule...

Druecke die Enter Taste...

Social Psychology Study

Dein persönlicher Wunsch zu Leistungen in der Schule

Was würdest Du gerne daran verändern wie Du so in der Schule bist?

Wunsch: Ich würde verändern, .

Social Psychology Study

Für wie **wahrscheinlich** hältst du es, dass Dein Wunsch, also
dass ich besser werde, in Erfüllung geht?

gar nicht wahrscheinlich 1 ☐

2 ☐

3 ☐

mittel wahrscheinlich 4 ☒

5 ☐

6 ☐

sehr wahrscheinlich 7 ☐

Social Psychology Study

Wie **wichtig** ist es Dir, dass Dein Wunsch, also
dass ich besser werde, in Erfüllung geht?

gar nicht wichtig 1 ☐
2 ☐
3 ☐
mittel wichtig 4 ☒
5 ☐
6 ☐
sehr wichtig 7 ☐

Social Psychology Study

Schöne Sachen

Bitte nenne mir nun **4** schöne Sachen, die passieren,
wenn Dein Wunsch, also **dass ich besser werde**, in Erfüllung geht.

Also: Wenn ich..., würde folgendes passieren:

Druecke die Enter Taste...

Social Psychology Study

Schöne Sachen

Bitte nenne mir nun **4** schöne Sachen, die passieren,
wenn Dein Wunsch, also **dass ich besser werde**, in Erfüllung geht.

Also: Wenn ich..., würde folgendes passieren:

1.
2. _____
3. _____
4. _____

Social Psychology Study

Hindernisse

Bitte nenne mir nun **4** Sachen, die Deinem Wunsch im Wege stehen.

Also: Ich schaffe es nicht, dass ich besser werde, weil...

Druecke die Enter Taste...

Social Psychology Study

Hindernisse

Bitte nenne mir nun 4 Sachen, die Deinem Wunsch im Wege stehen.

Also: Ich schaffe es nicht, dass ich besser werde, weil...

1.
2. _____
3. _____
4. _____

Social Psychology Study

Wenn Dein Wunsch, also **dass ich besser werde**, nicht in Erfüllung geht, wie **enttäuscht** bist Du dann?

sehr enttäuscht 1 ☐

2 ☐



3 ☐

mittel enttäuscht 4 ☒

5 ☐



6 ☐

gar nicht enttäuscht 7 ☐

 Social Psychology Study 

Um die schönen Sachen und die Hindernisse zu sehen, kannst du *jederzeit* die Taste mit dem BLAUEN Punkt drücken.

Sache:

 Social Psychology Study 

Also: Wenn ich..., würde folgendes passieren:

1.
2.
3.
4.

Also: Ich schaffe es nicht, dass ich besser werde, weil...

1.
2.
3.
4.

Social Psychology Study

Wie **energievoll** fühlst du dich jetzt in diesem Augenblick?

gar nicht energievoll 1 ☐

2 ☐

3 ☐

mittel energievoll 4 ☒

5 ☐

6 ☐

sehr energievoll 7 ☐

Social Psychology Study

Wie **schlimm** wäre es für dich, wenn dein Wunsch, also **dass ich besser werde**, nicht in Erfüllung gehen würde?

sehr schlimm 1 ☐

2 ☐

3 ☐

mittel schlimm 4 ☒

5 ☐

6 ☐

gar nicht schlimm 7 ☐

Social Psychology Study

Wenn Dein Wunsch, also **dass ich besser werde** nicht in Erfüllung geht,
wie **enttäuscht** bist Du dann?

sehr enttäuscht 1 ☐

2 ☐

3 ☐

mittel enttäuscht 4 ☒

5 ☐

6 ☐

gar nicht enttäuscht 7 ☐

Social Psychology Study

Wie sehr hängt die Erfüllung Deines Wunsches von **Dir selbst** ab?
Wie sehr hängt die Erfüllung Deines Wunsches von
anderen Sachen oder anderen Personen ab?

sehr von mir 1 ☐

2 ☐

3 ☐

teilweise von mir und teilweise nicht von mir 4 ☒

5 ☐

6 ☐

sehr von anderen Sachen oder anderen Personen 7 ☐



Anhang E: Originalinstruktion Computerprogramm

1. Willkommen zu unserer Studie!

Wir, von der Forschungsstelle für Motivationspsychologie an der Universität Hamburg, interessieren uns für Ihre Anliegen, Gedanken und Vorstellungen.

Bitte geben Sie in das unten stehende Feld einen mindestens 3-stelligen Code aus Zahlen und Buchstaben ein.

Beispiel: ws33

Bitte drücken Sie [RETURN], um mit dem Test zu beginnen.

2. Nun geht es um Ihre persönlichen Anliegen.

Bitte lesen Sie die Anweisungen ausführlich durch und bearbeiten Sie eine Seite nach der anderen.

Wichtig! Es müssen ALLE Felder ausgefüllt werden.

3. Welches Anliegen, in dem es darum geht eine **Leistung** zu erbringen, beschäftigt Sie zur Zeit am meisten?

4. Für wie **wahrscheinlich** halten Sie es, dass Ihr Anliegen in Erfüllung geht?

Benutzen Sie den Mauszeiger oder die Pfeiltasten, um eine Antwort auszuwählen

5. Wie **wichtig** ist es Ihnen, dass Ihr Anliegen in Erfüllung geht?

Benutzen Sie den Mauszeiger oder die Pfeiltasten, um eine Antwort auszuwählen

6. Bitte nennen Sie nun **4** positive Folgen, die Sie mit der Erfüllung Ihres Anliegens verbinden.

7. Bitte nennen Sie nun **4** Hindernisse, die der Erfüllung Ihres Anliegens entgegenstehen.

8. Wie **enttäuscht** wären Sie, wenn Ihr Anliegen nicht in Erfüllung gehen würde?

Benutzen Sie den Mauszeiger oder die Pfeiltasten, um eine Antwort auszuwählen.

9. Nun möchten wir gerne noch etwas mehr über Ihr **Leistungs-Anliegen** erfahren.

- 10.** Übertragen Sie nun **einen** der von Ihnen auf Seite E oder F genannten Aspekte Ihres **Leistungs-Anliegens** auf diese Seite und malen Sie sich in Ihren Gedanken die Ereignisse und Erlebnisse, die Sie mit diesem Aspekt verbinden, so intensiv wie möglich aus.

Stellen Sie sich die relevanten Ereignisse und Erlebnisse so lebhaft wie möglich vor.

Lassen Sie die geistigen Bilder zu diesem Aspekt einfach kommen und scheuen Sie sich nicht, Ihren Gedanken freien Lauf zu lassen.

Wählen Sie den Aspekt, der Ihnen am leichtesten in den Sinn kommt.

Um Seite E zu sehen, können Sie jederzeit F1 drücken.

Um Seite F zu sehen, können Sie jederzeit F2 drücken.

- 11.** Denken Sie nun bitte über diesen Aspekt nach. Stellen Sie sich die relevanten Ereignisse und Erlebnisse so lebhaft wie möglich vor.

Lassen Sie die geistigen Bilder zu diesem Aspekt einfach kommen und scheuen Sie sich nicht, Ihren Gedanken freien Lauf zu lassen.

Schreiben Sie, was Ihnen in den Sinn kommt, in das unten stehende Feld. Tippfehler spielen keine Rolle.

- 12.** Übertragen Sie nun **einen weiteren** der von Ihnen auf Seite E oder F genannten Aspekte Ihres **Leistungs-Anliegens** auf diese Seite und malen Sie sich in Ihren Gedanken die Ereignisse und Erlebnisse, die Sie mit diesem Aspekt verbinden, so intensiv wie möglich aus.

Stellen Sie sich die relevanten Ereignisse und Erlebnisse so lebhaft wie möglich vor.

Lassen Sie die geistigen Bilder zu diesem Aspekt einfach kommen und scheuen Sie sich nicht, Ihren Gedanken freien Lauf zu lassen.

Wählen Sie den Aspekt, der Ihnen am leichtesten in den Sinn kommt.

Um Seite E zu sehen, können Sie jederzeit F1 drücken.

Um Seite F zu sehen, können Sie jederzeit F2 drücken.

Sie können einen Aspekt von der gleichen Seite wie zuvor wählen oder auch von der anderen.

- 13.** Denken Sie nun bitte über diesen Aspekt nach. Stellen Sie sich die relevanten Ereignisse und Erlebnisse so lebhaft wie möglich vor.

Lassen Sie die geistigen Bilder zu diesem Aspekt einfach kommen und scheuen Sie sich nicht, Ihren Gedanken freien Lauf zu lassen.

Schreiben Sie, was Ihnen in den Sinn kommt, in das unten stehende Feld. Tippfehler spielen keine Rolle.

- 14.** Übertragen Sie nun **einen weiteren** der von Ihnen auf Seite E oder F genannten Aspekte Ihres **Leistungs-Anliegens** auf diese Seite und malen Sie sich in Ihren Gedanken die Ereignisse und Erlebnisse, die Sie mit diesem Aspekt verbinden, so intensiv wie möglich aus.

Stellen Sie sich die relevanten Ereignisse und Erlebnisse so lebhaft wie möglich vor.

Lassen Sie die geistigen Bilder zu diesem Aspekt einfach kommen und scheuen Sie sich nicht, Ihren Gedanken freien Lauf zu lassen.

Wählen Sie den Aspekt, der Ihnen am leichtesten in den Sinn kommt.

Um Seite E zu sehen, können Sie jederzeit F1 drücken.

Um Seite F zu sehen, können Sie jederzeit F2 drücken.

Sie können einen Aspekt von der gleichen Seite wie zuvor wählen oder auch von der anderen.

- 15.** Denken Sie nun bitte über diesen Aspekt nach. Stellen Sie sich die relevanten Ereignisse und Erlebnisse so lebhaft wie möglich vor.

Lassen Sie die geistigen Bilder zu diesem Aspekt einfach kommen und scheuen Sie sich nicht, Ihren Gedanken freien Lauf zu lassen.

Schreiben Sie, was Ihnen in den Sinn kommt, in das unten stehende Feld. Tippfehler spielen keine Rolle.

- 16.** Übertragen Sie nun **einen weiteren** der von Ihnen auf Seite E oder F genannten Aspekte Ihres **Leistungs-Anliegens** auf diese Seite und malen Sie sich in Ihren Gedanken die Ereignisse und Erlebnisse, die Sie mit diesem Aspekt verbinden, so intensiv wie möglich aus.

Stellen Sie sich die relevanten Ereignisse und Erlebnisse so lebhaft wie möglich vor.

Lassen Sie die geistigen Bilder zu diesem Aspekt einfach kommen und scheuen Sie sich nicht, Ihren Gedanken freien Lauf zu lassen.

Wählen Sie den Aspekt, der Ihnen am leichtesten in den Sinn kommt.

Um Seite E zu sehen, können Sie jederzeit F1 drücken.

Um Seite F zu sehen, können Sie jederzeit F2 drücken.

Sie können einen Aspekt von der gleichen Seite wie zuvor wählen oder auch von der anderen.

17. Denken Sie nun bitte über diesen Aspekt nach. Stellen Sie sich die relevanten Ereignisse und Erlebnisse so lebhaft wie möglich vor.

Lassen Sie die geistigen Bilder zu diesem Aspekt einfach kommen und scheuen Sie sich nicht, Ihren Gedanken freien Lauf zu lassen.

Schreiben Sie, was Ihnen in den Sinn kommt, in das unten stehende Feld. Tippfehler spielen keine Rolle.

18. Wie **energievoll** fühlen Sie sich jetzt in diesem Augenblick?

Benutzen Sie den Mauszeiger oder die Pfeiltasten, um eine Antwort auszuwählen

19. Wie **schlimm** wäre es für Sie, wenn Ihr Anliegen nicht in Erfüllung gehen würde?

Benutzen Sie den Mauszeiger oder die Pfeiltasten, um eine Antwort auszuwählen

20. Wie **enttäuscht** wären Sie, wenn Ihr Anliegen nicht in Erfüllung gehen würde?

Benutzen Sie den Mauszeiger oder die Pfeiltasten, um eine Antwort auszuwählen

21. Inwieweit hängt die Erfüllung Ihres Anliegens von **äußeren** Umständen ab?

Benutzen Sie den Mauszeiger oder die Pfeiltasten, um eine Antwort auszuwählen

22. Bitte drücken Sie die RETURN-Taste.

Anhang F: Instruktion Manipulation Check

Kursiv gedruckt sind Hinweise für die Versuchsleiterin, nicht-kursiv sind die Instruktionen, welche die Kinder so wörtlich erhielten.

Instruktion:

Nun bitte ich dich, noch ein paar Fragen auf dem Papier zu beantworten.

Fragebogen Manipulation Check vorlegen

Bei den nächsten Fragen wollen wir wieder die Anonymität sicherstellen. Weißt du was Anonymität bedeutet? Das bedeutet, dass ich nicht wissen darf was du auf die folgenden Fragen antwortest. Wir haben hier eine Box (*zeigen*) und sammeln darin alle Antworten. Am Ende wissen wir nicht, welches Kind was geantwortet hat. Du kannst also ganz offen und ehrlich antworten. Damit ich nicht sehen kann, was du ankreuzt, drehe ich mich um und lese Dir die Fragen vor. Du kannst dann auf deinem Zettel ankreuzen und ihn dann am Schluss in die Box werfen.

1. Beispiel erklären:

1. Frage vorlesen: Fiel es Dir leicht, Dich auf die Fragen zu konzentrieren?

Wie Du siehst, gibt es Zahlen von 0 bis 9. Ganz links steht „leicht“, ganz rechts steht „schwer“. 0 steht für „ganz leicht“, 9 steht für „ganz schwer“. 4 oder 5 heißt mittel-leicht/mittelschwer. Du kannst alle Zahlen ankreuzen. Auch hier gibt es keine richtigen und falschen Antworten.

Anhang G: Manipulation Check

VPnummer/Code: /

Datum:

VL:

Gruppe: ☐ KG ☐ ADHS

M-Check Fragebogen zum Experiment

1. Fiel es Dir leicht, Dich auf die Fragen zu konzentrieren?

Leicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *Schwer*

2. Wie stark hast Du Dich auf die Fragen konzentriert?

Stark 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *Schwach*

3. Fandest Du das Experiment anstrengend?

Nicht anstrengend 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *Anstrengend*

4. Wie leicht ist Dir ein Wunsch zu Deinen Leistungen in der Schule eingefallen?

Leicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *Schwer*

5. Wie leicht sind Dir schöne Sachen eingefallen, die passieren, wenn Dein Wunsch in Erfüllung geht?

Leicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *Schwer*

6. Wie leicht sind Dir Sachen eingefallen, die Deinem Wunsch im Wege stehen?

Leicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *Schwer*

7. Wie gut konntest Du Dir die Bilder im Kopf vorstellen?

Gut 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *Schlecht*

8. Hat Dir das Experiment Spaß gemacht?

Ja 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *Nein*

9. Hast Du das Experiment ernst genommen?

Ja 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *Nein*

10. Hast Du nur wegen dem Geld mitgemacht?

Ja 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *Nein*

Anhang H: Instruktion Self-Perception Profile for Children (SPPC)

Kursiv gedruckt sind Hinweise für die Versuchsleiterin, nicht-kursiv sind die Instruktionen, welche die Kinder so wörtlich erhielten.

Instruktion:

So, nun kommt noch etwas zum Ausfüllen.

SPPC vorlegen.

Schreibe oben erstmal Deinen Namen, Dein Alter und das Datum rein.

Der Versuchsleiter liest dem Kind/den Kindern nur die erste Frage laut vor, die anderen Fragen soll es allein beantworten.

Hier auf diesen beiden Seiten stehen Sätze, die beschreiben wie Kinder sein können. Mich interessiert wie Du bist. Ich habe hier eine ganze Menge Fragen, die Du mir beantworten sollst. Es gibt keine richtige oder falsche Antwort und weil jedes Kind anders ist, gibt es eben ganz unterschiedliche Antworten.

Hier links sind Kinder beschrieben und hier rechts sind Kinder beschrieben. Lese Dir zuerst beides durch; dann überlege Dir, ob Du eher so bist wie die Kinder auf der linken Seite, oder ob Du eher so bist wie die Kinder auf der rechten Seite (*deuten*).

Beispiel vorlesen und dann wiederholen:

-also, Du spielst in Deiner Freizeit lieber draußen?

bzw.

-also, Du schaust lieber fern?

Gut jetzt hast Du Dich also entschieden, welche Kinder eher so sind wie Du. Jetzt sollst Du Dich entscheiden, ob das, was diese Kinder tun, für Dich nur so ungefähr stimmt, oder ob es für Dich ganz genau stimmt. Wenn Du Dich entschieden hast, mache bitte ein Kreuz in das

richtige Kästchen. Wenn es für Dich nur so ungefähr stimmt, mache ein Kreuz hier (*zeigen*). Wofür hast Du Dich entschieden? (*Kreuz machen lassen*).

Gut, das war das Beispiel. Jetzt kommen andere Sätze, die Du allein lesen sollst. Für jeden Satz entscheidest Du Dich also zuerst, ob die Kinder auf der linken Seite (*zeigen*) oder die Kinder auf der rechten Seite (*zeigen*) eher so sind wie Du. Dann entscheidest Du Dich, welches Kästchen Du ankreuzen möchtest. Für jeden Satz darfst Du also nur ein Kästchen ankreuzen, nämlich das Kästchen, das angibt, was für Dich stimmt.

Kind füllt Fragebogen aus.

Anhang I: Self-Perception Profile for Children (SPPC)**Selbstkonzeptskala (Harter) für Kinder ab 3. Klasse**

VPNR:	Name:	Datum:	Alter: (Monate)	VL:
-------	-------	--------	--------------------	-----

Beispiel

	stimmt ganz genau	stimmt so ungefähr				stimmt so ungefähr	stimmt ganz genau
			Einige Kinder würden in ihrer Freizeit lieber draußen spielen	ABER	Andere Kinder würden lieber fernsehen		

	stimmt ganz genau	stimmt so ungefähr				stimmt so ungefähr	stimmt ganz genau
1.			Einige Kinder glauben, dass sie ihre Hausaufgaben sehr <u>gut</u> machen.	ABER	Andere Kinder machen sich <u>Sorgen</u> , ob sie ihre Hausaufgaben richtig machen.		
2.			Einige Kinder glauben, dass sie <u>genauso</u> <u>schlau</u> sind, wie andere Kinder in ihrem Alter.	ABER	Andere Kinder sind sich nicht so sicher und <u>fragen</u> sich, ob sie wirklich genauso schlau sind wie andere Kinder in ihrem Alter.		

	stimmt ganz genau	stimmt so ungefähr				stimmt so ungefähr	stimmt ganz genau
3.			Einige Kinder sind ziemlich <u>langsam</u> bei ihren Schulaufgaben.	ABER	Andere Kinder können ihre Schulaufgaben <u>schnell</u> machen.		
4.			Einige Kinder <u>vergessen</u> oft, was sie gelernt haben.	ABER	Andere Kinder können sich an das, was sie gelernt haben, <u>leicht</u> erinnern.		
5.			Einige Kinder sind <u>sehr gut</u> bei Klassenarbeiten.	ABER	Andere Kinder sind <u>nicht sehr gut</u> bei Klassenarbeiten.		
6.			Einige Kinder haben <u>Schwierigkeiten</u> , in der Schule die richtigen Antworten zu finden.	ABER	Andere Kinder finden die richtigen Antworten <u>fast immer</u> .		

Anhang J: Elternfragebogen**FRAGEBOGEN FÜR ELTERN**

1. Buch- stabe des Vornamens des Kindes	1. Buch- stabe des Nachnamens des Kindes	Geburtstag des Kindes	Geburtsmonat des Kindes

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt am

		.			.	2	0	0	6
--	--	---	--	--	---	---	---	---	---

Von folgendem Erziehungsberechtigtem☐ Mutter ☐ Vater ☐ anderem: _____

Liebe Eltern!

Auf den folgenden Seiten werden Ihnen einige Fragen zum Verhalten und zur Entwicklung Ihres Kindes gestellt. Dieser Fragebogen wird sowohl zur Beurteilung von Kindern, als auch von Jugendlichen eingesetzt. Wir möchten Sie daher bitten, alle Fragen zu beantworten, auch wenn Ihnen einige Fragen dem Alter des Kindes nicht angemessen erscheinen.

Alle Angaben werden selbstverständlich **vertraulich** behandelt und **anonym** ausgewertet.

Wenn Sie nun oder während des Ausfüllens noch Fragen haben sollten, können Sie diese jederzeit der Versuchsleiterin stellen!

Sie können jetzt beginnen, den Fragebogen auszufüllen.

I. CBCL

I. Nennen Sie bitte die Sportarten, die Ihr Kind am liebsten ausübt. <input type="checkbox"/> keine a. _____ b. _____ c. _____	Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind mit dieser Sportart, verglichen mit Gleichaltrigen?				Wie gut beherrscht Ihr Kind diese Sportart, verglichen mit Gleichaltrigen?				
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Weniger <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gleich viel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Weniger gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gleich gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	besser <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
II. Nennen Sie bitte die Lieblingsaktivitäten, Hobbies oder Spiele Ihres Kindes. <input type="checkbox"/> keine a. _____ b. _____ c. _____	Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind damit, verglichen mit Gleichaltrigen?				Wie gut beherrscht Ihr Kind diese Aktivität, verglichen mit Gleichaltrigen?				
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Weniger <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gleich viel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mehr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Weniger gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gleich gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	besser <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
III. Gehört Ihr Kind irgendwelchen Organisationen, Vereinen oder Gruppen an? <input type="checkbox"/> keine a. _____ b. _____ c. _____	Wie aktiv ist Ihr Kind dort, verglichen mit Gleichaltrigen?								
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Weniger aktiv <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gleich aktiv <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	aktiver <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
IV. Welche Arbeiten oder Pflichten übernimmt Ihr Kind innerhalb oder außerhalb des Haushalts? <input type="checkbox"/> keine a. _____ b. _____ c. _____	Wie gut verrichtet Ihr Kind diese Arbeiten oder Pflichten, verglichen mit Gleichaltrigen?								
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Weniger gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gleich gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	besser <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
V. 1. Wie viele Freunde hat Ihr Kind? (bitte Geschwister nicht mitzählen)					<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> einen <input type="checkbox"/> zwei bis drei <input type="checkbox"/> vier oder mehr				
2. Wie oft pro Woche unternimmt Ihr Kind etwas mit seinen Freunden außerhalb der Schulstunden?					<input type="checkbox"/> weniger als einmal <input type="checkbox"/> ein- bis zweimal <input type="checkbox"/> dreimal oder häufiger				
VI. Verglichen mit Gleichaltrigen: (<input type="checkbox"/> Einzelkind)					Schlechter <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Etwa gleich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Besser <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
a. Wie verträgt sich Ihr Kind mit den Geschwistern? b. Wie verträgt sich Ihr Kind mit anderen Kinder/Jugendlichen? c. Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber den Eltern? d. Wie spielt oder arbeitet Ihr Kind alleine?									
VII. 1. Gegenwärtige Schulleistungen					Ungenügend <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Unter-durchschnittlich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Durchschnittlich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Überdurchschnittlich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
a. Lesen, Deutsch b. Sachkunde, Geschichte oder Sozialkunde c. Rechnen oder Mathematik d. Naturwissenschaften e. Andere Fächer _____ _____ _____									

<p>2. Besucht Ihr Kind eine Sonderschule bzw. hat es eine besondere Art der Beschulung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte genaue Beschreibung:</p>
<p>3. Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche und warum:</p>
<p>4. Sind bei Ihrem Kind schon einmal Lernschwierigkeiten oder andere Probleme in der Schule aufgetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte beschreiben:</p> <p>Wann fingen diese Probleme an?</p> <p>Haben diese Probleme aufgehört? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann:</p>
<p>Hat Ihr Kind eine Krankheit, körperliche oder geistige Beeinträchtigung oder Behinderung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, bitte beschreiben:</p>
<p>Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind die meisten Sorgen?</p>
<p>Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind am besten?</p>

Es folgt nun eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,2. beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genauso oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0.

0 = nicht zutreffend**1 = etwas/manchmal zutreffend****2 = genau/häufig zutreffend**

1. Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter.	0	1	2
2. Leidet unter Heuschnupfen oder anderen Allergien; bitte beschreiben:	0	1	2
3. Streitet oder widerspricht viel.	0	1	2
4. Hat Asthma.	0	1	2
5. Bei Jungen: verhält sich wie ein Mädchen. Bei Mädchen: verhält sich wie ein Junge.	0	1	2
6. Entleert den Darm außerhalb der Toilette, kotet ein.	0	1	2
7. Gibt an, schneidet auf.	0	1	2
8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen.	0	1	2
9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los; bitte beschreiben:	0	1	2
10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv.	0	1	2
11. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig.	0	1	2
12. Klagt über Einsamkeit.	0	1	2
13. Ist verwirrt oder zerstreut.	0	1	2
14. Weint viel.	0	1	2
15. Ist roh zu Tieren oder quält sie.	0	1	2
16. Ist roh oder gemein zu anderen oder schüchtert sie ein.	0	1	2
17. Hat Tagträume oder ist gedankenverloren.	0	1	2
18. Verletzt sich absichtlich oder versucht Selbstmord.	0	1	2
19. Verlangt viel Beachtung.	0	1	2
20. Macht seine/ihre eigenen Sachen kaputt.	0	1	2
21. Macht Sachen kaputt, die den Eltern, Geschwistern oder anderen gehören.	0	1	2
22. Gehorcht nicht zu Hause.	0	1	2
23. Gehorcht nicht in der Schule.	0	1	2
24. Isst schlecht.	0	1	2
25. Kommt mit anderen Kindern/Jugendlichen nicht aus.	0	1	2

26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn er/sie sich schlecht benommen hat.	0	1	2
27. Ist leicht eifersüchtig.	0	1	2
28. Isst oder trinkt Dinge, die nicht zum Essen oder Trinken geeignet sind; bitte beschreiben (keine Süßigkeiten angeben):	0	1	2
29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen (Schule ausgenommen); bitte beschreiben:	0	1	2
30. Hat Angst, in die Schule zu gehen.	0	1	2
31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun.	0	1	2
32. Glaubt, perfekt sein zu müssen.	0	1	2
33. Fühlt oder beklagt sich, dass niemand ihn/sie liebt.	0	1	2
34. Glaubt, andere wollen ihm/ihr etwas antun.	0	1	2
35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen.	0	1	2
36. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt zu Unfällen.	0	1	2
37. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien.	0	1	2
38. Wird viel gehänselt.	0	1	2
39. Hat Umgang mit anderen, die in Schwierigkeit geraten.	0	1	2
40. Hört Geräusche oder Stimmen, die nicht da sind; bitte beschreiben:	0	1	2
41. Ist impulsiv oder handelt, ohne zu überlegen.	0	1	2
42. Ist lieber allein als mit anderen zusammen.	0	1	2
43. Lügt, betrügt oder schwindelt.	0	1	2
44. Kaut Fingernägel.	0	1	2
45. Ist nervös oder angespannt.	0	1	2
46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen (betrifft nicht die unter 10 erwähnte Zappeligkeit); bitte beschreiben:	0	1	2
47. Hat Alpträume.	0	1	2
48. Ist bei anderen Kinder/Jugendlichen nicht beliebt.	0	1	2
49. Leidet an Verstopfung.	0	1	2
50. Ist zu furchtsam oder ängstlich.	0	1	2
51. Fühlt sich schwindelig.	0	1	2

52. Hat zu starke Schuldgefühle.	0	1	2
53. Isst zuviel.	0	1	2
54. Ist immer müde.	0	1	2
55. Hat Übergewicht.	0	1	2
56. Hat folgenden Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen:			
a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen)	0	1	2
b) Kopfschmerzen	0	1	2
c) Übelkeit	0	1	2
d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind); bitte beschreiben	0	1	2

e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme	0	1	2
f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe	0	1	2
g) Erbrechen	0	1	2
h) Andere Beschwerden; bitte beschreiben	0	1	2

57. Greift andere körperlich an.	0	1	2
58. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt sich an Körperstellen; bitte beschreiben:	0	1	2
59. Spielt in der Öffentlichkeit an den eigenen Geschlechtsteilen.	0	1	2
60. Spielt zuviel an den eigenen Geschlechtsteilen.	0	1	2
61. Ist schlecht in der Schule.	0	1	2
62. Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt.	0	1	2
63. Ist lieber mit älteren Kindern oder Jugendlichen als mit Gleichaltrigen zusammen.	0	1	2
64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen.	0	1	2
65. Weigert sich zu sprechen.	0	1	2
66. Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang; bitte beschreiben:	0	1	2
67. Läuft von zu Hause weg.	0	1	2
68. Schreit viel.	0	1	2
69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich.	0	1	2
70. Sieht Dinge, die nicht da sind; bitte beschreiben:	0	1	2
71. Ist befangen oder wird leicht verlegen.	0	1	2
72. Zündelt gerne oder hat schon Feuer gelegt.	0	1	2
73. Hat sexuelle Probleme; bitte beschreiben:	0	1	2

74. Produziert sich gern oder spielt den Clown.	0	1	2
75. Ist schüchtern oder zaghaft.	0	1	2
76. Schläft weniger als die meisten Gleichaltrigen.	0	1	2
77. Schläft tagsüber und / oder nachts mehr als die meisten Gleichaltrigen; bitte beschreiben:	0	1	2
78. Schmiert oder spielt mit Kot.	0	1	2
79. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte beschreiben:	0	1	2
80. Starrt ins Leere.	0	1	2
81. Stiehlt zu Hause.	0	1	2
82. Stiehlt anderswo.	0	1	2
83. Hortet Dinge, die er/sie nicht braucht; bitte beschreiben:	0	1	2
84. Verhält sich seltsam oder eigenartig; bitte beschreiben:	0	1	2
85. Hat seltsame Gedanken oder Ideen; bitte beschreiben:	0	1	2
86. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar.	0	1	2
87. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel.	0	1	2
88. Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt.	0	1	2
89. Ist misstrauisch.	0	1	2
90. Flucht oder gebraucht obszöne (schmutzige) Wörter.	0	1	2
91. Spricht davon sich umzubringen.	0	1	2
92. Redet oder wandelt im Schlaf; bitte beschreiben:	0	1	2
93. Redet zuviel.	0	1	2
94. Hänzelt andere gerne.	0	1	2
95. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament.	0	1	2
96. Denkt zuviel an Sex.	0	1	2
97. Bedroht andere.	0	1	2
98. Lutscht am Daumen.	0	1	2
99. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht.	0	1	2
100. Hat Schwierigkeiten mit dem Schlafen; bitte beschreiben:	0	1	2
101. Schwänzt die Schule (auch einzelne Schulstunden).	0	1	2
102. Zeigt zuwenig Aktivität, ist zu langsam oder träge.	0	1	2
103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen.	0	1	2
104. Ist ungewöhnlich laut.	0	1	2

105.	Trinkt Alkohol, nimmt Drogen oder missbraucht Medikamente; bitte beschreiben:	0	1	2
106.	Richtet mutwillig Zerstörung an.	0	1	2
107.	Nässt bei Tag ein.	0	1	2
108.	Nässt im schlaf ein.	0	1	2
109.	Quengelt oder jammert.	0	1	2
110.	Bei Jungen: Möchte lieber ein Mädchen sein. Bei Mädchen: Möchte lieber ein Junge sein.	0	1	2
111.	Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf.	0	1	2
112.	Macht sich zu viele Sorgen.	0	1	2
113.	Bitte beschreiben Sie hier Probleme Ihres Kindes, die bisher noch nicht erwähnt wurden.	0	1	2

II. SPPC-ELTERN

Es folgt nun eine Liste von Sätzen, die Verhaltensweisen und Charaktereigenschaften von Kindern ganz allgemein beschreiben. Lesen Sie sich zunächst die beiden Sätze in jeder Zeile durch und entscheiden Sie dann, welche von den entgegengesetzten Beschreibungen auf **Ihr Kind** am ehesten zutrifft. Dabei kann noch zwischen den Ausprägungen „stimmt ganz genau“ und „stimmt so ungefähr“ unterschieden werden. Entscheiden Sie, indem Sie ein Kreuz setzen.

	stimmt ganz genau	stimmt so ungefähr				stimmt so ungefähr	stimmt ganz genau
1.			Einige Kinder glauben, dass sie ihre Hausaufgaben sehr <u>gut</u> machen.	ABER	Andere Kinder machen sich <u>Sorgen</u> , ob sie ihre Hausaufgaben richtig machen.		
2.			Einige Kinder glauben, dass sie <u>genauso schlau</u> sind, wie andere Kinder in ihrem Alter.	ABER	Andere Kinder sind sich nicht so sicher und <u>fragen</u> sich, ob sie wirklich genauso schlau sind wie andere Kinder in ihrem Alter.		
3.			Einige Kinder sind ziemlich <u>langsam</u> bei ihren Schulaufgaben.	ABER	Andere Kinder können ihre Schulaufgaben <u>schnell</u> machen.		

	stimmt ganz genau	stimmt so ungefähr				stimmt so ungefähr	stimmt ganz genau
4.			Einige Kinder <u>vergessen</u> oft, was sie gelernt haben.	ABER	Andere Kinder können sich an das, was sie gelernt haben, <u>leicht</u> erinnern.		
5.			Einige Kinder sind <u>sehr gut</u> bei Klassenarbeiten.	ABER	Andere Kinder sind <u>nicht sehr gut</u> bei Klassenarbeiten.		
6.			Einige Kinder haben <u>Schwierigkeiten</u> , in der Schule die richtigen Antworten zu finden.	ABER	Andere Kinder finden die richtigen Antworten <u>fast immer</u> .		

III. FBB-HKS

Es folgt nun noch eine Liste von Beschreibungen, die bei Kindern und Jugendlichen auftreten können. Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung zuerst die Zahl an, die angibt, wie zutreffend die Beschreibung für das Kind/den (die) Jugendliche(n) ist und danach die Zahl, die angibt, wie problematisch Sie dieses Verhalten erleben.

	Wie <u>zutreffend</u> ist die Beschreibung?				Wie <u>problematisch</u> erleben Sie das Verhalten?			
	Gar nicht	Ein wenig	Weitgehend	Besonders	Gar nicht	Ein wenig	Ziemlich	Sehr
01. Beachtet bei den Schularbeiten, bei anderen Tätigkeiten oder bei der Arbeit häufig Einzelheiten nicht oder macht häufig Flüchtigkeitsfehler.	0	1	2	3	0	1	2	3
02. Hat bei Aufgaben oder Spielen oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit längere Zeit aufrechtzuerhalten (dabei zu bleiben).	0	1	2	3	0	1	2	3
03. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere sie/ihn ansprechen.	0	1	2	3	0	1	2	3
04. Kann häufig Aufträge von anderen nicht vollständig durchführen und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz häufig nicht zu Ende bringen.	0	1	2	3	0	1	2	3
05. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.	0	1	2	3	0	1	2	3
06. Hat eine Abneigung gegen Aufgaben, bei denen sie/er sich länger konzentrieren und anstrengen muss (z.B. Hausaufgaben). Vermeidet diese Aufgaben oder macht sie nur widerwillig.	0	1	2	3	0	1	2	3
07. Verliert häufig Gegenstände, die sie/er für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).	0	1	2	3	0	1	2	3
08. Lässt sich oft durch seine Umgebung (äußere Reize) leicht ablenken.	0	1	2	3	0	1	2	3
09. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich (z.B. vergisst Schulsachen oder Kleidungsstücke).	0	1	2	3	0	1	2	3

10. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht häufig auf dem Stuhl herum.	0	1	2	3	0	1	2	3
11. Steht oft im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.	0	1	2	3	0	1	2	3
12. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.	0	1	2	3	0	1	2	3
13. Läuft häufig herum oder klettert permanent, wenn es unpassend ist.	0	1	2	3	0	1	2	3
14. Beschreibt ein häufig auftretendes starkes Gefühl der inneren Unruhe (besonders bei Jugendlichen).	0	1	2	3	0	1	2	3
15. Zeigt durchgängig eine extreme Unruhe, die durch die Umgebung oder durch Aufforderungen nicht dauerhaft beeinflussbar ist.	0	1	2	3	0	1	2	3
16. Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oft, als wäre sie/er angetrieben.	0	1	2	3	0	1	2	3
17. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor Fragen zu Ende gestellt sind.	0	1	2	3	0	1	2	3
18. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist (z.B. bei Spielen oder in einer Gruppe).	0	1	2	3	0	1	2	3
19. Unterbricht oder stört andere häufig (z.B. platzt in die Unterhaltung oder Spiele anderer hinein).	0	1	2	3	0	1	2	3
20. Redet häufig übermäßig viel.	0	1	2	3	0	1	2	3

Beantworten Sie bitte abschließend noch folgende Fragen, wenn zumindest eines der auf der vorherigen Seite beschriebenen Verhaltensprobleme für Ihr Kind zutrifft.

	Wie <u>zutreffend</u> ist die Beschreibung?			
	Gar nicht	Ein wenig	Weitgehend	Besonders
A1. Die beschriebenen Verhaltensprobleme sind insgesamt sehr belastend.	0	1	2	3
A2. Die beschriebenen Verhaltensprobleme beeinträchtigen die schulische oder berufliche Leistungsfähigkeit erheblich.	0	1	2	3
A3. Die beschriebenen Verhaltensprobleme beeinträchtigen die Beziehungen zu Erwachsenen (Eltern, Erziehern, Lehrern) erheblich.	0	1	2	3
A4. Die beschriebenen Verhaltensprobleme beeinträchtigen die Beziehungen zu anderen Kindern bzw. Jugendlichen erheblich.	0	1	2	3
B1. Die beschriebenen Verhaltensprobleme treten in der Familie auf.	0	1	2	3
B2. Die beschriebenen Verhaltensprobleme treten im Kindergarten bzw. in der Schule auf.	0	1	2	3
B3. Die beschriebenen Verhaltensprobleme treten außerhalb der Familie und des Kindergartens bzw. der Schule auf (z.B. in Freizeitgruppen oder wenn das Kind zu Besuch ist).	0	1	2	3
B4. Die beschriebenen Verhaltensprobleme haben vor dem Alter von 7 Jahren begonnen.	0	Stimmt nicht	1	stimmt
B5. Die beschriebenen Verhaltensprobleme bestehen seit mindestens 6 Monaten.	0	Stimmt nicht	1	stimmt

Diagnose

Bitte kreuzen Sie das entsprechende an:

Hat ihr Kind eine ADHS-Diagnose? Ja Nein

Wenn ja, wissen Sie, was für eine Diagnose ihr Kind genau hat (ADS, ADHS; Impulsivität, Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit)?

Von wem wurde die Diagnose erstellt?

Wissen Sie, welche Tests verwendet wurden, um die Diagnose zu erstellen?

**Adresse, an welche Auswertungen und Gesamtergebnisse der Studie
geschickt werden sollen:**

Name, Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	

Interesse an weiteren Studien:

- ☐ Ja, ich habe Interesse an weiteren Studien teilzunehmen und bin damit einverstanden, dass ich zu diesem Zweck von der Projektleiterin Dr. C. Gawri-
low (Dipl. Psych.) bzw. deren MitarbeiterInnen kontaktiert werde.
- ☐ Nein, ich habe kein Interesse an weiteren Studien teilzunehmen.

Unterschrift

Optional:
Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass der Elternbriefauswertungsbrief an den behandelnden Kinderarzt _____ als Kopie weitergeleitet wird.

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank
für Ihre Teilnahme
und das Ausfüllen des Fragebogens !

Anhang K: Berechnung der Hypothesen 3a-c mit dem Notendurchschnitt zum 1. Zeitpunkt als Kovariate

Alle nachfolgenden Korrelationen und Regressionen wurden unter Einbezug der entsprechenden Notendurchschnitte zum 1. Zeitpunkt gerechnet.

- **Hypothese 3a:** Bei den Kindern der Kontrollgruppe sagen positive Erfolgserwartungen einen guten Notendurchschnitt vorher im Gegensatz zu Kindern mit ADHS.

Zusammenhang zwischen Notendurchschnitt und Erfolgserwartung. Der Zusammenhang zwischen der Erfolgserwartung und den Notendurchschnitten (Zeugnis 2 einfach, Zeugnis 2 HF) des Sommerzeugnisses (Zeitpunkt 2) wurde anhand von Pearson Korrelationen berechnet. Bei der ADHS-Gruppe gab es keine signifikante Korrelation zwischen der Erfolgserwartung und den Notendurchschnitten (Zeugnis 2 einfach: $r = .283$, $p = .307$; Zeugnis 2 HF: $r = .191$, $p = .495$, *ns*). Bei der Kontrollgruppe waren ebenfalls keine signifikante Korrelation zwischen der Erfolgserwartung und den Notendurchschnitten zu finden (Zeugnis 2 einfach: $r = .170$, $p = .617$; Zeugnis 2 HF: $r = .282$, $p = .401$, *ns*).

Beim Vergleich der beiden Korrelationen zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen der ADHS- und der Kontrollgruppe in Bezug auf den Zusammenhang der Erfolgserwartung und des Notendurchschnittes (Zeugnis 2 einfach: $z = 0.274$, $p = .394$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $z = 0.224$, $p = .413$). Der Zusammenhang zwischen positiver Erfolgserwartung und gutem Notendurchschnitt war für die Kontrollgruppe nicht stärker als für die ADHS-Gruppe.

Prädiktion der Erfolgserwartung für Notendurchschnitte. Zusätzlich zu den Korrelationen wurden Regressionen gerechnet. Bei der ADHS-Gruppe war die Erfolgserwartung kein signifikanter Prädiktor für die Notendurchschnitte zum 2. Zeitpunkt (Zeugnis 2 einfach: $B = 0.034$, $t(13) = 1.063$, $p = .307$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $B = 0.021$, $t(13) = 0.703$, $p = .495$, *ns*). Bei der Kontrollgruppe sagte die Erfolgserwartungsvariable die Notendurchschnitte für den 2. Zeitpunkt ebenfalls nicht signifikant vorher (Zeugnis 2 einfach: $B = 0.035$, $t(9) = 0.518$, $p = .617$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $B = 0.074$, $t(9) = 0.882$, $p = .401$, *ns*).

Die Unterschiede der Steigungen zur Prädiktion der Zeugnisnoten 2 einfach ($B(\text{diff}) = -0.027$) und 2 HF ($B(\text{diff}) = 0.019$) waren nicht signifikant $t(23) = -0.394$, $p = .349$, *ns* bzw. $t(23) = 0.260$, $p = .400$, *ns*. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen der ADHS- und der Kontrollgruppe in Bezug auf die Vorhersage der Erfolgserwartung auf die

Notendurchschnitte gezeigt und somit diese Hypothese nicht bestätigt werden. In Abbildung 8 werden die Regressionslinien der ADHS- und der Kontrollgruppe in Bezug auf die Prädiktorfähigkeit der Erfolgserwartung auf den Notendurchschnitt Zeugnis 2 HF abgebildet.

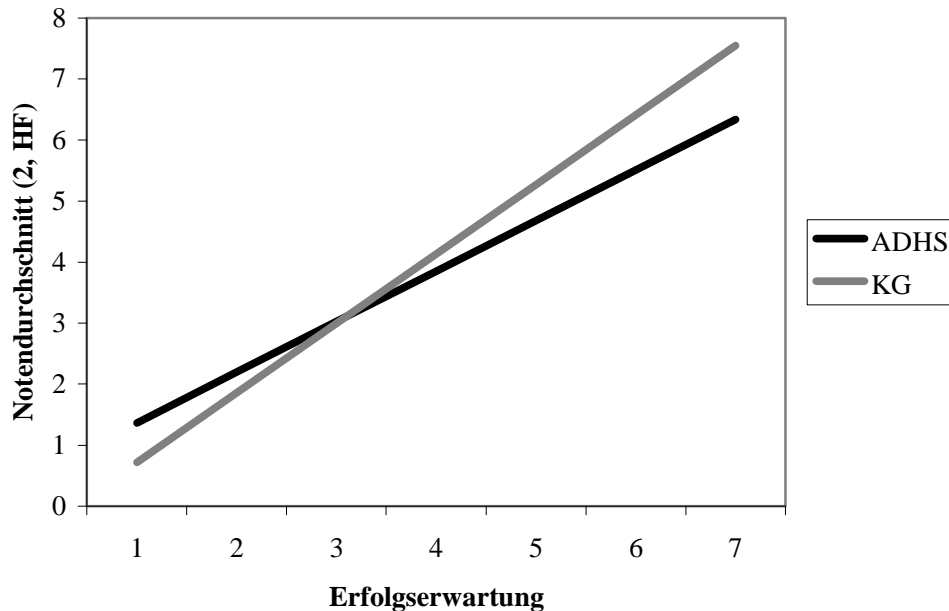


Abbildung 8. *Regressionslinien der ADHS- und Kontrollgruppe in Bezug auf die Prädiktorfähigkeit der Erfolgserwartung auf den Notendurchschnitt Zeugnis 2 HF*

- **Hypothese 3b:** Bei den Kindern der Kontrollgruppe sagen positive Erfolgserwartungen einen guten Notendurchschnitt vorher im Gegensatz zu Kindern mit ADHS sowie hohen Aggressionswerten (ADHS + Aggr) und im Gegensatz zu Kindern mit ADHS sowie niedrigen Aggressionswerten (ADHS – Aggr).

Zusammenhang zwischen Notendurchschnitt und Erfolgserwartung. Pearson Korrelationen dienten dazu, den Zusammenhang von Notendurchschnitten und Erfolgserwartung zu bestimmen. Bei der ADHS + Aggr Gruppe gab es keine signifikante Korrelation zwischen der Erfolgserwartung und den Notendurchschnitten des Sommerzeugnisses (Zeugnis 2 einfach: $r = .101$, $p = .829$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $r = .160$, $p = .733$, *ns*). Die Ergebnisse der Kontrollgruppe waren dieselben wie unter Hypothese 3a beschrieben: auch hier gab es keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Erfolgserwartung und Notendurchschnitten des Sommerzeugnisses (Zeugnis 2 einfach: $r = .170$, $p = .617$; Zeugnis 2 HF: $r = .282$, $p = .401$, *ns*). Bei der ADHS – Aggr Gruppe jedoch waren signifikante Zusammenhänge zwischen der Erfolgserwartung und dem Zeugnis 2 einfach ($r = .860$, $p = .013$) zu finden: je wahrscheinlicher sie es

betrachteten, dass ihr Wunsch in Erfüllung geht, desto schlechter war ihr Notendurchschnitt im Sommerzeugnis sowie. Zwischen der Erfolgserwartung und dem Zeugnis 2 HF ($r = .171$, $p = .714$, ns) jedoch gab es keine signifikanten Zusammenhänge.

Beim Vergleich der Korrelationen zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der ADHS – Aggr und der Kontrollgruppe in Bezug auf den Zusammenhang der Erfolgserwartung und des Notendurchschnittes (Zeugnis 2 einfach: $z = 2.013$, $p = .022$). Der Zusammenhang zwischen positiver Erfolgserwartung und schlechtem Notendurchschnitt war für die ADHS – Aggr stärker als für die Kontrollgruppe. Der Unterschied bei Zeugnis 2 HF jedoch wurde nicht signifikant ($z = 0.195$, $p = .422$, ns). Der Unterschied der Zusammenhänge zwischen der Gruppe ADHS + Aggr und der Kontrollgruppe waren ebenfalls nicht signifikant (Zeugnis 2 einfach: $z = 0.127$, $p = .453$, ns ; Zeugnis 2 HF: $z = 0.217$, $p = .417$, ns).

Prädiktion der Erfolgserwartung für Notendurchschnitte. Anschließend wurden Regressionen gerechnet. Bei der Gruppe ADHS + Aggr war die Erfolgserwartungsvariable kein signifikanter Prädiktor für den Notendurchschnitt (Zeugnis 2 einfach: $B = 0.023$, $t(5) = 0.227$, $p = .829$, ns ; Zeugnis 2 HF: $B = 0.035$, $t(5) = 0.361$, $p = .733$, ns). Bei der Gruppe ADHS – Aggr jedoch sagte die Erfolgserwartung die Durchschnittsnoten des Zeugnisses 2 einfach voraus (Zeugnis 2 einfach: $B = 0.074$, $t(5) = 3.771$, $p = .013$). Jedoch sagte sie nicht die Durchschnittsnote Zeugnis 2 HF voraus ($B = 0.011$, $t(5) = 0.388$, $p = .714$, ns). Wie bereits in Hypothese 3a beschrieben, stellte in Bezug auf die Kontrollgruppe die Erfolgserwartung keinen signifikanten Prädiktor für das Winterzeugnis dar (Zeugnis 2 einfach: $B = 0.035$, $t(9) = 0.518$, $p = .617$, ns ; Zeugnis 2 HF: $B = 0.074$, $t(9) = 0.882$, $p = .401$, ns).

Beim Vergleich der Gruppen ADHS + Aggr und der Kontrollgruppe waren die Unterschiede der Steigungen zur Prädiktion der Zeugnisnoten 2 einfach ($B(\text{diff}) = -0.011$) und 2 HF ($B(\text{diff}) = -0.003$) nicht signifikant $t(15) = -0.188$, $p = .427$ bzw. $t(15) = -0.049$, $p = .481$ ns . Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen der ADHS + Aggr und der Kontrollgruppe in Bezug auf die Vorhersage der Erfolgserwartung auf die Notendurchschnitte gezeigt und somit diese Hypothese nicht bestätigt werden. Beim Vergleich der Gruppen ADHS – Aggr und der Kontrollgruppe ließen sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den Steigungen zur Prädiktion der Zeugnisnoten 2 einfach ($B(\text{diff}) = -0.028$) und 2 HF ($B(\text{diff}) = 0.078$) finden: $t(15) = -0.375$, $p = .360$, ns bzw. $t(15) = 0.803$, $p = .217$, ns . Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen der ADHS + Aggr und der Kontrollgruppe in Bezug auf die Vorhersage der Erfolgserwartung auf die Notendurchschnitte gezeigt und somit diese Hypothese nicht bestätigt werden. Es stellte sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen der ADHS – Aggr-Gruppe und der Kontrollgruppe in Bezug auf die

Vorhersage der Erfolgserwartung auf die Notendurchschnitte heraus und die Hypothese konnte für diesen Gruppenunterschied ebenfalls nicht bestätigt werden. In Abbildung 9 werden die Regressionslinien der drei Gruppen abgebildet.

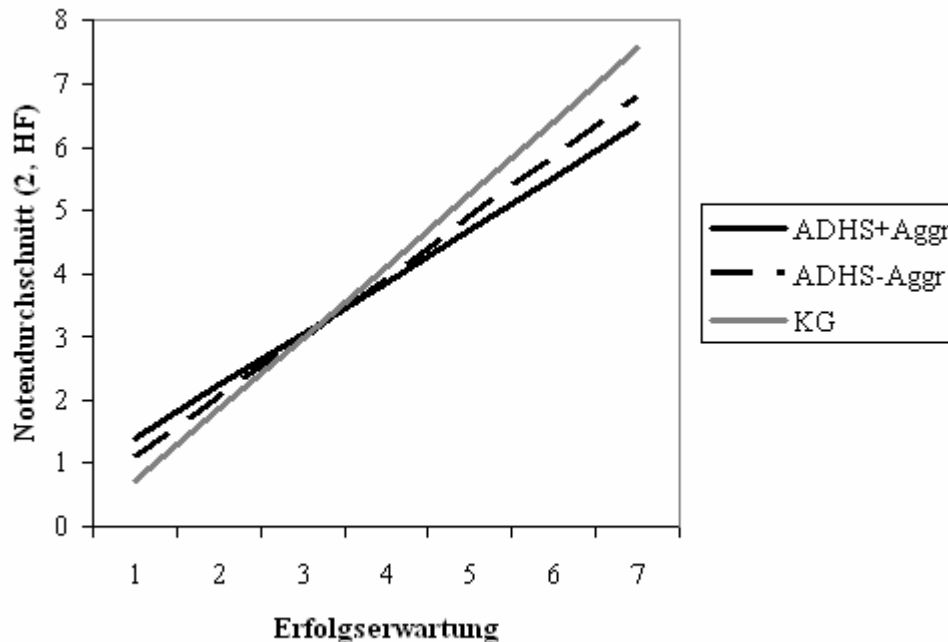


Abbildung 9. *Regressionslinien der ADHS + Aggr, der ADHS – Aggr und Kontrollgruppe in Bezug auf die Prädiktorfähigkeit der Erfolgserwartung auf den Notendurchschnitt Zeugnis 2 HF*

- **Hypothese 3c:** Bei den Kindern der Kontrollgruppe sagen positive Erfolgserwartungen einen guten Notendurchschnitt vorher im Gegensatz zu Kindern mit ADHS sowie schlechten akademischen Leistungen (ADHS + SAL) und im Gegensatz zu Kindern mit ADHS ohne schlechte akademische Leistungen (ADHS – SAL).

Zusammenhang zwischen Notendurchschnitt und Erfolgserwartung. Anhand von Pearson Korrelationen wurden Zusammenhänge zwischen der Erfolgserwartung und den Notendurchschnitten berechnet. Bei der ADHS + SAL Gruppe gab es keine signifikante Korrelation zwischen der Erfolgserwartung und den Notendurchschnitten des Sommerzeugnisses (Zeugnis 2 einfach: $r = -.124$, $p = .921$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $r = -.878$, $p = .318$, *ns*). Bei der ADHS – SAL Gruppe waren ebenfalls keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Erfolgserwartung und den Notendurchschnitten zu finden (Zeugnis 2 einfach: $r = .312$, $p =$

.351, *ns*; Zeugnis 2 HF: $r = .252$, $p = .454$, *ns*). Bei der Kontrollgruppe zeigte sich wie bereits bei Hypothese 3a beschrieben ebenfalls keine signifikante Korrelation zwischen der Erfolgserwartung und den Sommerzeugnisnoten (Zeugnis 2 einfach: $r = .170$, $p = .617$; Zeugnis 2 HF: $r = .282$, $p = .401$, *ns*).

Beim Vergleich der Korrelationen zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen der ADHS – SAL und der Kontrollgruppe in Bezug auf den Zusammenhang der Erfolgserwartung und des Notendurchschnittes (Zeugnis 2 einfach: $z = 0.322$, $p = .375$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $z = 0.051$, $p = .480$, *ns*). Der Unterschied der Zusammenhänge zwischen ADHS + SAL und der Kontrollgruppe war ebenfalls nicht signifikant (Zeugnis 2 einfach: $z = 0.279$, $p = .390$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $z = 1.100$, $p = .126$, *ns*).

Prädiktion der Erfolgserwartung für Notendurchschnitte. Regressionen dienten dazu, die Erfolgserwartung als Prädiktorvariable für die Notendurchschnitte zu untersuchen. Bei der Gruppe ADHS + SAL sagte die Erfolgserwartung nicht signifikant die Notendurchschnitte des Sommerzeugnisses vorher (Zeugnis 2 einfach: $B = -0.008$, $t(1) = -0.125$, $p = .921$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $B = -0.042$, $t(1) = -1.833$, $p = .318$, *ns*). Bei der ADHS – SAL Gruppe war die Erfolgserwartung ebenfalls kein signifikanter Prädiktor für die Notendurchschnitte (Zeugnis 2 einfach: $B = 0.044$, $t(9) = 0.984$, $p = .351$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $B = 0.033$, $t(9) = 0.782$, $p = .454$, *ns*). In Bezug auf die Kontrollgruppe stellte die Erfolgserwartung ebenfalls keinen signifikanten Prädiktor für die Notendurchschnitte des Winterzeugnisses dar (Zeugnis 2 einfach: $B = 0.035$, $t(9) = 0.518$, $p = .617$, *ns*; Zeugnis 2 HF: $B = 0.074$, $t(9) = 0.882$, $p = .401$, *ns*).

Beim Vergleich der Gruppen ADHS + SAL und der Kontrollgruppe waren die Unterschiede der Steigungen zur Prädiktion der Zeugnisnoten 2 einfach ($B(\text{diff}) = 0.016$) und 2 HF ($B(\text{diff}) = 0.050$) nicht signifikant $t(11) = 0.340$, $p = .370$, *ns* bzw. $t(11) = 0.880$, $p = .200$, *ns*. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen der ADHS + SAL und der Kontrollgruppe in Bezug auf die Vorhersage der Erfolgserwartung auf die Notendurchschnitte gezeigt und somit diese nicht Hypothese bestätigt werden. Beim Vergleich der Gruppen ADHS – SAL und der Kontrollgruppe ließen sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den Steigungen zur Prädiktion der Zeugnisnoten 2 einfach ($B(\text{diff}) = -0.035$) und 2 HF ($B(\text{diff}) = 0.008$) finden: $t(19) = -0.450$, $p = .329$, *ns* bzw. $t(19) = 0.092$, $p = .464$, *ns*. Es stellte sich demnach kein signifikanter Unterschied zwischen der ADHS – SAL Gruppe und der Kontrollgruppe in Bezug auf die Vorhersage der Erfolgserwartung auf die Notendurchschnitte heraus und die Hypothese konnte für diesen Gruppenunterschied nicht bestätigt werden. Der Unterschied zwischen der Gruppe ADHS + SAL und der Kontrollgruppe in Bezug auf oben

genannte Variablen war ebenfalls nicht signifikant und somit konnte die Hypothese für diesen Gruppenunterschied auch nicht bestätigt werden. In Abbildung 10 werden die Regressionslinien der drei Gruppen abgebildet.

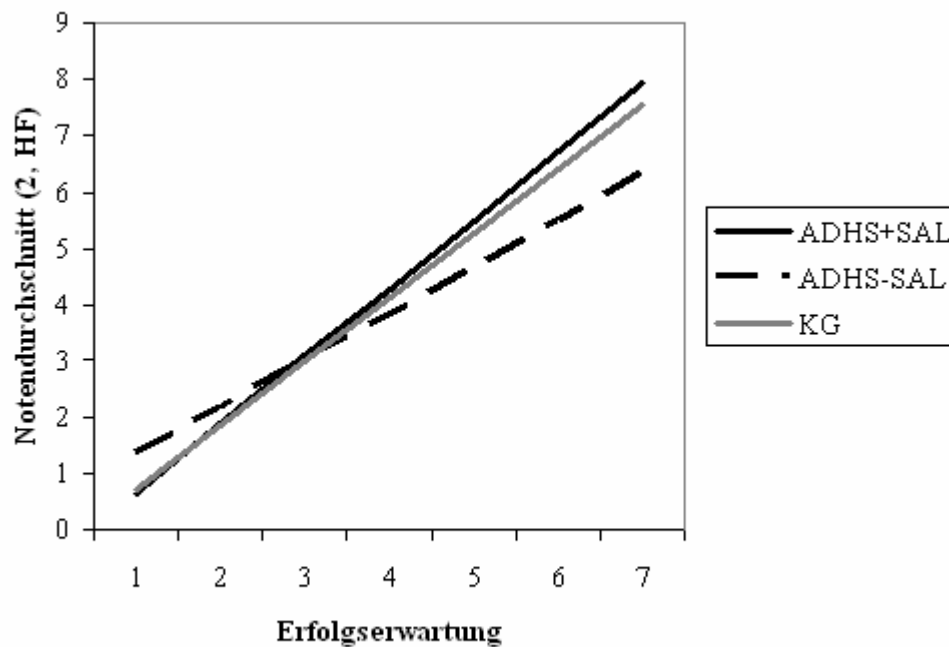


Abbildung 10. Regressionslinien der ADHS + SAL, der ADHS – SAL und Kontrollgruppe in Bezug auf die Prädiktorfähigkeit der Erfolgserwartung auf den Notendurchschnitt Zeugnis 2 HF