

Themenschwerpunkt

Trauma-Erfahrungen und sexueller Missbrauch bei ADHS

Petra Retz-Junginger¹, Angela Arweiler¹ und Wolfgang Retz²

¹Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie, Universität des Saarlandes, Homburg/Saar

²Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz

Zusammenfassung. Ziel der vorgestellten Untersuchung ist die qualitative und quantitative Erhebung kindlicher Traumatisierungen, insbesondere sexuellem Missbrauch bei ADHS-Patienten. Es wurden 125 Personen mit kindlicher ADHS und 195 Kontrollpersonen hinsichtlich traumatisierender Erfahrungen einschließlich sexuellen Missbrauchs mittels standardisierter Fragebögen retrospektiv befragt. Personen mit kindlicher ADHS berichteten durchschnittlich häufiger oder stärker ausgeprägt emotionalen Missbrauch, körperliche Misshandlung, sexuellen Missbrauch, emotionale Vernachlässigung und körperliche Vernachlässigung. Im Vergleich zur Kontrollgruppe berichteten Personen mit kindlicher ADHS häufiger sexuelle Übergriffe mit und ohne Körperkontakt in der Kindheit. Personen mit kindlicher ADHS, die einen sexuellen Missbrauch in der Kindheit beschreiben, schilderten retrospektiv eine stärker ausgeprägte ängstlich-depressive Symptomatik als ADHS-Betroffene ohne Missbrauchserlebnis. Viele erwachsene ADHS-Patienten beschreiben Traumatisierungen. Aufgrund des retrospektiven Ansatzes der vorliegenden Untersuchung kann hieraus allerdings nicht sicher geschlossen werden, dass ADHS einen Risikofaktor für Traumatisierungen einschließlich sexuellen Missbrauchs darstellt. Diesem Thema sollte bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS mehr Aufmerksamkeit geschenkt und Präventionsmaßnahmen entwickelt werden.

Schlüsselwörter: ADHS, Traumatisierung, sexueller Missbrauch, Viktimisierung, Entwicklungsstörungen

Trauma experience and child abuse in ADHD patients

Abstract. Childhood traumatisation is frequently caused by sexual abuse. Goal of our study was the qualitative and quantitative analysis of childhood traumatisation in ADHD patients. We examined 125 adults with childhood ADHD and 195 controls. Traumatic experiences, including sexual abuse, were assessed by standardized questionnaires. ADHD subjects showed significant higher rates in emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect, and physical neglect according to CTQ-subcales as compared to controls. ADHD persons described both more hands-on- and hands-off sexual abuse in childhood. Moreover, ADHD subjects who reported sexual abuse described significant more anxious and depressive symptoms in childhood than non-abused ADHD subjects. Our results suggest a higher risk for ADHD children to become a victim of sexual abuse. Therefore preventive work might be required and therapy should pay attention to potential traumatisation in ADHD patients.

Keywords: ADHD, traumatisation, child sexual abuse, child victimization, developmental disorders

Einleitung

Die Beziehung zwischen der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Traumatisierungen, insbesondere sexuellem Missbrauch, wird kontrovers diskutiert (zur Übersicht Retz-Junginger, Retz, Koch & Rösler, 2014). Ford et al. (1999, 2000) beschrieben eine Häufung von körperlichen Misshandlungen oder sexuellem Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS. Verschiedene Untersuchungsgruppen registrierten hohe Prävalenzraten für ADHS bei missbrauchten und/oder miss-

handelten Kindern (Çengel-Kültür, Cuhadaroglu-Cetin & Gökler, 2007; Merry & Andrews, 1994). Im Gegensatz dazu fanden McLeer, Callaghan, Henry und Wallen (1994) keine signifikant erhöhte ADHS-Prävalenz bei sexuell missbrauchten Kindern im Vergleich zu einer psychiatrischen Kontrollgruppe. Rucklidge, Brown, Crawford und Caplan (2006) konnten in ihrer Studie mit erwachsenen ADHS-Patienten und Kontrollpersonen dagegen aufzeigen, dass Männer und Frauen mit ADHS signifikant häufiger von traumatischen Erfahrungen in der Kindheit berichten als Kontrollpersonen. Zudem war bei Frauen mit

ADHS im Vergleich zu den übrigen drei Untersuchungsgruppen (Frauen ohne ADHS sowie Männer mit und ohne ADHS) signifikant häufiger sexueller Missbrauch in der Kindheit zu registrieren. In der prospektiven Studie von Wozniak et al. (1999) bei männlichen Kindern/Jugendlichen lag keine signifikante Korrelation zwischen dem Vorliegen von ADHS und einer Traumatisierung vor. In einer weiblichen Untersuchungspopulation dagegen schilderten Mädchen mit ADHS häufiger körperlichen oder sexuellen Missbrauch als die Kontrollgruppe (Briscoe-Smith & Hinshaw, 2006). Abweichend zu den Resultaten von Wozniak et al. (1999) lassen ihre Ergebnisse insofern die Annahme des vermehrten Auftretens von Missbrauchsfällen bei ADHS-Betroffenen zu.

Es gibt weiterhin Belege dafür, dass ein Zusammenhang zwischen ADHS und der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) besteht, im Sinne eines erhöhten Risikos von ADHS-Patienten, an einer PTSD zu erkranken (Adler, Kunz, Chua, Rotrosen & Resnick, 2004). Neuere Studienergebnisse weisen darüber hinaus darauf hin, dass Personen mit PTSD eine stärker ausgeprägte ADHS-Symptomatik zeigen (Singer, Humphreys & Lee, 2012). Nach den Ergebnissen von Biederman et al. (2013) führt eine PTSD als komorbide Störung bei ADHS zu einer erhöhten klinischen Symptomatik und geht mit stärker ausgeprägten psychosozialen Dysfunktionen einher. Auf Symptomenebene gibt es Überlappungen zwischen den beiden Störungsbildern, die es zu beachten gibt. In einigen Studien wird daher darauf hingewiesen, dass die nach sexuellem Missbrauch mit einer PTSD assoziierten Verhaltensauffälligkeiten als Symptome einer ADHS fehlgedeutet werden können (McLeer et al., 1994; Rucklidge et al., 2006), was jedoch durch eine regelgerechte diagnostische Abklärung vermieden werden kann (Weinstein, Staffelbach & Biaggio, 2000).

Endo, Sugiyama und Someya (2006) betonen in ihrer Studie, dass von 39 untersuchten missbrauchten Kindern 67 % eine ADHS-Symptomatik zeigten, jedoch nur bei 27 % der Kinder diese Symptomatik bereits vor dem Missbrauchserlebnis vorgelegen hatte. Es gilt insofern zu unterscheiden zwischen einer möglichen reaktiven Symptomatik mit ADHS-ähnlichen Symptomen nach einem traumatischen Ereignis und der Betrachtung eines Krankheitsbildes, nämlich spezifisch ADHS, als möglichen Risikofaktor für traumatische Erfahrungen. Es liegen verschiedene Untersuchungen vor, bei denen zwar ADHS-Symptome erfasst und in Zusammenhang mit traumatischen Lebensereignissen gebracht wurden (Ouyang, Fang, Mercy, Perou & Grosse, 2008; Singer et al., 2012; Sonnbly, Aslund, Leppert & Nielsson, 2011), ohne dass jedoch eine eindeutige diagnostische Einordnung im Sinne einer ADHS erfolgt war. Zu berücksichtigen ist dabei insbesondere, dass die Leitsymptome der ADHS, Aufmerksamkeitsstörungen, Impulsivität und Hyperaktivität, unspezifische Symptome darstellen, die erst durch die zeitliche Kontinuität der Symptomatik, dem Vorliegen der Symptome bereits vor dem 12. Lebensjahr, den verursachenden

Leidensdruck und die Pervasivität in verschiedene Lebensbereiche die Diagnose einer ADHS rechtfertigen.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, Traumatisierungen und insbesondere sexuellen Missbrauch bei ADHS-Patienten zu erfassen und mit Kontrollpersonen zu vergleichen, um Hinweise darauf zu erhalten, ob ADHS einen Risikofaktor für Traumatisierungen und insbesondere für sexuellen Missbrauch darstellt.

Methodik

Stichprobe

Die Untersuchungspopulation umfasste 125 erwachsene Patienten der ADHS-Sprechstunde am Universitätsklinikum des Saarlandes. Die Patientengruppe setzte sich aus 62 Frauen und 63 Männern mit einem Durchschnittsalter von 34.0 Jahren (SD 10.8 Jahre) zusammen. Alle Patienten wurden von erfahrenen Fachärzten/innen für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychologen/innen auf das Vorliegen einer ADHS untersucht. Die Diagnose wurde anhand eingehender Anamnese, neurologischer und neuropsychologischer Untersuchungen sowie Exploration unter Verwendung der ADHS-DC (Rösler, Retz-Junginger, Retz & Stieglitz, 2008) gemäß der DSM-IV Kriterien diagnostiziert. Wenn möglich wurden fremdanamnestic Angaben in die diagnostische Beurteilung mit einbezogen. In die Studie wurden alle Patienten mit einer ADHS in der Kindheit eingeschlossen, unabhängig von der Persistenz der Symptomatik zum Untersuchungszeitpunkt. Es wurden nur solche Patienten zur Studie zugelassen, die in der Selbstbeschreibung der ADHS-Symptomatik in der Kindheit mit der WURS-k (Rösler et al., 2008) einen Summenwert von über 30 Punkten erreichten.

Die Kontrollgruppe wurde aus den an die Universität angeschlossenen Schulen (MTA-Schule, Schule für Logopädie) rekrutiert. Sie umfasste 195 erwachsene Personen ohne ADHS in der Kindheit (130 Frauen und 65 Männer) mit einem durchschnittlichen Alter von 34.1 Jahren (SD 12.6 Jahre). Einschlusskriterien bildeten ein Alter über 18 Jahre, gute Deutschkenntnisse und eine normgerechte intellektuelle Leistungsfähigkeit ($IQ \geq 85$). Die Studie wurde von der Ethikkommission an der Saarländischen Ärztekammer genehmigt. Jeder Teilnehmer wurde über die Ziele der Studie informiert und erteilte sein schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie.

Procedere und eingesetzte Verfahren

Die Teilnehmer füllten zwei Erhebungsbögen zum Thema Misshandlung und Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ; Bernstein & Fink, 1998) und zu sexuellen Übergriffen im Kindes- und Jugendalter (Erhebungsbogen nach Schötensack, Elliger, Gross & Nissen, 1992) aus. Darüber hinaus ka-

Tabelle 1

Intelligenz, Alter sowie WURS-k und ADHS-SB Summenwert der beiden Untersuchungsgruppen

	ADHS Lifetime (n = 125)		Kontrollgruppe (n = 195)		t-Test (p)
	M	SD	M	SD	
IQ	105.3	13.9	110.1	16.0	0.010*
Alter	34.0	10.8	34.1	12.6	0.907
WURS-k	45.2	11.3	10.1	7.8	0.000**
ADHS-SB (Summe 1–18)	32.1	9.7	8.0	7.2	0.000**

Anmerkung. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, * $p < .05$, ** $p < .01$

men diagnostische Skalen zur ADHS (Selbstbeurteilungsbogen zur ADHS; ADHS-SB; Rösler et al., 2008) und die deutsche Kurzform der Wender-Utah-Rating Scale (WURS-k; Rösler et al., 2008) zur retrospektiven Erfassung der kindlichen ADHS-Symptomatik, jeweils Bestandteil der Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE) zum Einsatz. Die intellektuelle Leistungsfähigkeit wurde mit dem Mehrfachwahl Wortschatztest (MWT-B; Lehrl, 2005) ermittelt. Die Datenerfassung erfolgte anonymisiert. Allen an der Untersuchung Mitwirkenden wurde das Angebot eines Beratungsgesprächs mit Benennung eines konkreten Ansprechpartners gemacht, falls durch das Thema der Untersuchung der Bedarf nach einem stützenden Gespräch oder Informationen bestand. Die demographischen Daten der Probanden wurden standardisiert erfasst.

Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 19. Dem Datenniveau angepasst wurden t-Tests oder der Mann-Whitney-U-Test (non parametrisch) bzw. der Kruskal-Wallis-Test durchgeführt. Die Odds Ratio wurde als Angabe des Risikoverhältnisses ermittelt.

Ergebnisse

Untersuchungspopulation

Der durchschnittliche IQ, das Durchschnittsalter, der WURS-k Summenwert und der Summenwert des ADHS-SB (Item 1–18) der ADHS-Patienten und Kontrollpersonen sind Tabelle 1 zu entnehmen. Es ergab sich kein signifikanter Altersunterschied zwischen den Untersuchungsgruppen (t-Test, $p = 0.9$), jedoch ein signifikanter Gruppenunterschied in Bezug auf die intellektuelle Leistungsfähigkeit (t-Test, $p = 0.01$) mit einem höheren IQ der Kontrollgruppe.

Die Patientengruppe erreichte auf dem Selbstbeurteilungsbogen zur ADHS (ADHS-SB) einen Durchschnittswert von 32.1 (SD 9.7). Unter Anwendung der DSM-IV-

Kriterien war bei 97 Patienten von einer Persistenz der Symptomatik auszugehen. Dabei waren 47 Patienten dem kombinierten Subtyp zuzuordnen (♀:♂ 27:20), 39 dem unaufmerksamen Subtyp (♀:♂ 18:21) und 11 dem hyperaktiven Subtyp (♀:♂ 9:2). 28 Patienten erfüllten die diagnostischen Kriterien für eine teilremittierte ADHS.

ADHS und Trauma

Mit dem CTQ wurden getrennt für beide Gruppen und getrennt nach Geschlecht emotionaler Missbrauch, körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung und körperliche Vernachlässigung erfasst (Tabelle 2).

Eine Analyse mittels Kruskal-Wallis-Test ergab signifikante Gruppenunterschiede zwischen Patienten mit ADHS im Vergleich zu den Kontrollpersonen mit jeweils höheren Werten auf allen durch den CTQ erfassten Skalen bei der Gruppe der ADHS-Patienten. ADHS-Patientinnen erzielten höhere Werte als männliche ADHS-Patienten und diese wiederum erzielten höhere Werte als weibliche Kontrollprobanden. Die niedrigsten Werte waren bei männlichen Kontrollprobanden zu registrieren.

Gruppenvergleiche (Mann-Whitney-U-Tests) ergaben für den Vergleich von weiblichen ADHS-Patientinnen mit weiblichen Kontrollpersonen signifikante Ergebnisse auf allen erfassten Skalen mit jeweils höheren Werten für die ADHS-Patientinnen ($p < .01$). Vergleicht man männliche ADHS-Patienten mit männlichen Kontrollprobanden so lassen sich auch hier auf allen Skalen höhere Werte für ADHS-Patienten finden ($p < .01$). Lediglich die Skala «Physische Vernachlässigung» wird im Vergleich der männlichen Probanden nicht signifikant ($p = 0.12$). Bei einem Vergleich der männlichen mit den weiblichen ADHS-Patienten lassen sich nur auf der Skala «sexueller Missbrauch» signifikante Unterschiede finden, mit höheren Werten für die weiblichen Patienten ($p < .05$). Betrachtet man die Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Kontrollprobanden so ergeben sich signifikante Unterschiede auf der Skala «physische Vernachlässigung» mit höheren Werten für die männlichen Kontrollpersonen ($p < .05$), und auf der Skala «sexueller Missbrauch» mit höheren Werten für die weiblichen Kontrollpersonen ($p < .05$).

Tabelle 2

Gruppenvergleich (kindliche ADHS vs. Kontrollgruppe und Geschlecht) über die 5 Skalen des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

CTQ-Skalen	Kontrollgruppe				ADHS Lifetime				Kruskall-Wallis-Test
	weiblich n = 130		männlich n = 65		weiblich n = 62		männlich n = 63		
	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	
Emotionaler Missbrauch	7.09	(3.12)	6.41	(1.69)	11.82	(5.87)	10.06	(4.87)	0.000
Körperliche Misshandlung	5.55	(2.06)	5.47	(1.30)	7.43	(4.30)	6.53	(2.69)	0.000
Sexueller Missbrauch	5.27	(1.28)	5.00	(0.00)	6.52	(3.40)	5.60	(1.83)	0.000
Emotionale Vernachlässigung	7.92	(3.99)	7.95	(3.20)	13.60	(5.62)	12.3	(5.13)	0.000
Körperliche Vernachlässigung	6.73	(2.26)	7.58	(2.46)	8.59	(3.11)	8.51	(3.22)	0.000

Anmerkung: *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung

ADHS und sexueller Missbrauch

Dem Erhebungsbogen nach Schötensack et al. (1992) wurde die Darstellung von Hands-on- (Übergriffshandlungen mit Körperkontakt) und Hands-off-Delikten (Handlungen ohne direkten Körperkontakt z.B. exhibitionistische Handlungen von Tätern) entnommen. 28 Personen der ADHS-Gruppe berichteten von Hands-on-Delikten im Vergleich zu 16 Probanden der Kontrollgruppe. Auch bei Hands-off-Delikten schilderten mehr ADHS-Betroffene

solche Handlungen (N = 27 vs. N = 12, siehe Tab. 3). Die ermittelte Odds Ratio beträgt für Hands-on-Delikte 3.229 bei einem 95 % Vertrauensintervall von [1.666; 6.261] und bei Hands-off-Delikten beträgt die ermittelte Odds Ratio 4.202 [2.039; 8.657].

Bei Berücksichtigung des Geschlechts ergibt sich mit einer Odds Ratio von 3.351 [1.662; 6.758] erwartungsgemäß ein erhöhtes Risiko für das weibliche Geschlecht, mit ADHS Opfer eines sexuellen Missbrauchs zu sein (siehe Tabelle 4).

Von den 57 Personen, die einen sexuellen Missbrauch in der Kindheit beziehungsweise Jugend beschreiben, sind 80.7 % weiblich (siehe Tab. 5). Die Gruppe der ADHS-Betroffenen und Kontrollgruppe, die jeweils einen Missbrauch in der Kindheit und/oder Jugend beschreiben, unterscheiden sich nicht in ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit (IQ 104.6 vs. 113.0, t-Test *p* = 0.083).

Von den 125 Probandinnen und Probanden mit kindlicher ADHS berichteten 36 ein Missbrauchserlebnis in ihrer Kindheit. Beim Vergleich der Personen mit kindlicher ADHS und einer Missbrauchserfahrung im Kindes- und Jugendalter und Personen mit kindlicher ADHS ohne Missbrauchserfahrung (n = 89) findet sich bei Betrachtung der 5 Faktoren der WURS-k ein signifikanter Unterschied im

Tabelle 3

Häufigkeit von Hands-on- und Hands-off-Delikten bei Probanden mit und ohne kindlicher ADHS

Erhebungsbogen nach Schötensack	ADHS (n = 125)	Kontrollgruppe (n = 195)
Hands-on-Delikte	28 (22.4 %)	16 (8.2 %)
Hands-off-Delikte	27 (21.6 %)	12 (6.1 %)

Tabelle 4

Kindesmissbrauch in Abhängigkeit vom Geschlecht

	Frauen (n = 192)	Männer (n = 128)
CSA + (n = 57)	46 (80.7 %)	11 (19.3 %)
CSA - (n = 263)	146 (55.5 %)	117 (44.5 %)

Anmerkung: CSA+ = sexueller Missbrauch beschrieben, CSA- = sexueller Missbrauch verneint

Tabelle 5

Sexuelle Übergriffe gegenüber Männern und Frauen mit und ohne kindliche ADHS (n = 57)

	ADHS Lifetime (n = 36)	Kontrollgruppe (n = 21)	Gesamt
Männer	10 (90.9 %*)	1 (9.1 %*)	11 (19.3 %**)
Frauen	26 (56.5 %*)	20 (43.5 %*)	46 (80.7 %**)

Anmerkung: *Basis der %-Werte = Gesamtheit der betroffenen Männer (n = 11) bzw. Frauen (n = 46), **Basis der %-Werte = Gesamtstichprobe (n = 57)

Tabelle 6

Faktoren der WURS-k bei Personen mit kindlichem ADHS, die einen sexuellen Missbrauch beschreiben, im Vergleich zu ADHS-Patienten, die keinen Missbrauch angeben

Faktoren der WURS-k	ADHS/CSA+	ADHS/CSA-
Aufmerksamkeitsstörungen/Überaktivität	20.6	20.9
Impulsivität	9.6	9.1
Ängstlich-depressive Symptomatik	10.2	7.5
Protestverhalten	5.9	5.9
Soziale Adaptation	1.5	1.1

Anmerkung: CSA+ = sexueller Missbrauch beschrieben, CSA- = sexueller Missbrauch verneint, WURS-k = Kurzversion der Wender Utah Rating Scale

Bereich der ängstlich-depressiven Symptomatik (Mann-Whitney-Test, $p = 0.005$). Probanden mit kindlicher ADHS, die einen sexuellen Übergriff im Kindesalter angeben, beschreiben sich retrospektiv als signifikant ängstlicher und depressiver als Personen mit kindlichem ADHS, die keinen sexuellen Übergriff erlebt haben (siehe Tab. 6).

Diskussion

Die bisher publizierten Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen ADHS und Traumatisierungen, insbesondere zu sexuellem Missbrauch, sind aufgrund der unterschiedlichen Untersuchungsmethoden kaum vergleichbar. In der vorliegenden Querschnittsuntersuchung schilderten Personen mit kindlicher ADHS signifikant stärker ausgeprägt belastende Erfahrungen in der Kindheit und dies in verschiedenen Bereichen, die standardisiert mit dem CTQ erfasst wurden. Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung mit den Resultaten von Rucklidge et al. (2006), in deren Untersuchung ADHS-Patienten ebenfalls auf allen 5 Skalen des CTQ höhere Werte als die Kontrollgruppe erzielt hatten. Übereinstimmend mit den Ergebnissen von Rucklidge et al. (2006) erreichten auch in unserer Untersuchung die weiblichen ADHS-Patienten im Vergleich zu männlichen ADHS-Betroffenen wie auch männlichen und weiblichen Kontrollpersonen signifikant höhere Werte auf der Skala «sexueller Missbrauch» des CTQ.

Bei der differenzierten retrospektiven Erfassung sowohl von Hands-on- als auch Hands-off-Delikten haben mehr ADHS-Patienten als Kontrollpersonen sexuelle Übergriffe angegeben. Damit stützen unsere Ergebnisse die Resultate anderer Arbeitsgruppen (Briscoe-Smith & Hinshaw, 2006; Rucklidge et al., 2006), die jeweils einen höheren Anteil von sexuell missbrauchten Personen innerhalb der Gruppe der ADHS-Patienten gefunden haben. In Übereinstimmung mit Rucklidge et al. (2006) findet man die höchste Rate an Schilderungen sexuell übergriffigen Verhaltens bei Frauen mit kindlicher ADHS. Hierbei ist die niedrigere Prävalenz für sexuellen Missbrauch bei Jungen im Vergleich zu Mädchen zu berücksichtigen (Putnam, 2003; Schötensack et al., 1992).

Der Hypothese folgend, dass ADHS neben zahlreichen weiteren Faktoren einen Risikofaktor für sexuellen Missbrauch darstellen könnte, wurde die retrospektive Selbstbeschreibung der ADHS-Patienten und -Patientinnen in Bezug auf die 5 Faktoren der WURS-k betrachtet. Es zeigte sich, dass sich Personen mit kindlicher ADHS, die angeben, Opfer eines sexuellen Übergriffs geworden zu sein, retrospektiv vermehrt als ängstlich und depressiv beschrieben im Vergleich zu Personen mit kindlicher ADHS, die nicht Opfer sexuellen Missbrauchs geworden sind. Die vorliegende Querschnittsuntersuchung schränkt die Interpretierbarkeit dieses Ergebnisses jedoch ein. Die Ergebnisse könnten dafür sprechen, dass Kinder mit ADHS und einer ängstlich-depressiven Symptomatik leichter Opfer von Missbrauchshandlungen werden können. Bei der Interpre-

tation der Ergebnisse muss aber berücksichtigt werden, dass die Erfahrung eines sexuellen Übergriffs möglicherweise Folgen auf die Ängstlichkeit und Stimmungslage haben kann und die Probanden sich deshalb retrospektiv vermehrt ängstlich-depressiv einschätzen.

Die vorliegende Studie wurde als Querschnittsuntersuchung mit retrospektivem Ansatz konzipiert. Hieraus ergeben sich Einschränkungen in der Interpretierbarkeit der Ergebnisse insbesondere hinsichtlich möglicher kausaler Zusammenhänge. Die Studie kann keine endgültigen Erklärungen zu der Frage liefern, wie sich ADHS und Trauma gegenseitig bedingen und welche Mechanismen hier wirksam sind. Die Ergebnisse stützen aber die Hypothese, dass ADHS, vor allem in Verbindung mit internalisierenden Störungen, einen Risikofaktor für sexuellen Missbrauch darstellen könnte. Auch hinsichtlich der Frage, ob die erhöhte Inzidenz traumatisierender Ereignisse in der Kindheit von ADHS-Betroffenen durch eine erhöhte Bereitschaft erklärt werden könnte, derartige Erlebnisse zu offenbaren, lässt sich nicht beantworten. Es ist letztlich nicht auszuschließen, dass sich ADHS-Patienten beispielsweise aus einem Bedürfnis heraus, Erklärungen für ihre Probleme in der Alltagsbewältigung zu finden, insgesamt kritischer mit ihrer Vorgeschichte auseinandersetzen als Menschen ohne ADHS. Allerdings könnte auch ein prospektives Design das Problem der Validität der Angaben der Probanden nicht lösen, da gerade sexuelle Traumatisierungen in der Regel in einem privaten Bereich stattfinden, der sich objektiven Beobachtungen entzieht.

Schlussfolgerungen

Unsere Resultate weisen in die Richtung eines erhöhten Risikos für Kinder mit ADHS für verschiedene Formen kindlicher Traumatisierungen einschließlich sexuellen Missbrauchs. Die vorliegenden Ergebnisse lassen dabei keine Aussagen über die zugrundeliegenden Wirkmechanismen zu. Die Ergebnisse der Studie zeigen aber, dass die Thematik bei vielen ADHS-Patienten präsent ist und daher bei der Behandlung von Personen mit ADHS mit einbezogen werden sollte. Neben der therapeutischen Aufarbeitung der Traumatisierung sollten dabei auch präventive Maßnahmen im Blickfeld behalten werden.

Literatur

- Adler, L. A., Kunz, M., Chua, H. C., Rotrosen, J. & Resnick, S. G. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): Is ADHD a vulnerability factor? *Journal of Attention Disorders*, 8, 11–16.
- Bernstein, D. P. & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire. A retrospective self-report*. Orlando: The Psychological Corporation.
- Biederman, J., Petty, C. R., Spencer, T. J., Woodworth, K. Y., Bhide, P., Zhu, J. & Faraone, S. V. (2013). Examining the nature of the comorbidity between pediatric attention defi-

- cit/hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128, 78–87.
- Briscoe-Smith, A. M. & Hinshaw, S. P. (2006). Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: behavioral and social correlates. *Child Abuse & Neglect*, 30, 1239–1255.
- Çengel-Kültür, E., Cuhadaroglu-Cetin, F. & Gökler, B. (2007). Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *Turkish Journal of Pediatrics*, 49, 256–262.
- Endo, T., Sugiyama, T. & Someya, T. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder and dissociative disorder among abused children. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 434–438.
- Ford, J. D., Racusin, R., Daviss, W. B., Ellis, C., Thomas, J., Rogers, K. & Sengupta, A. (1999). Trauma exposure among children with oppositional defiant disorder and attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 786–789.
- Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleischer, A. & Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment*, 5, 205–217.
- Lehrl, S. (2005). *Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest MWT-B*. Balingen: Spitta.
- McLeer, S. V., Callaghan, M., Henry, D. & Wallen, J. (1994). Psychiatric disorders in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 875–879.
- Merry, S. N. & Andrews, L. K. (1994). Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 313–319.
- Ouyang, L., Fang, X., Mercy, J., Perou, R. & Grosse, S. D. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: a population-based study. *Journal of Pediatrics*, 153, 851–856.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 269–278.
- Retz-Junginger, P., Retz, W., Koch, A.-K. & Rösler, M. (2014). ADHS und sexueller Missbrauch. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 62, 175–181.
- Rösler, M., Retz-Junginger, P., Retz, W. & Stieglitz R.-D. (2008). *Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE)*. Göttingen: Hogrefe.
- Rucklidge, J. J., Brown, D. L., Crawford, S. & Kaplan, B. J. (2006). Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 9, 631–641.
- Schötensack, K., Elliger, T., Gross, A. & Nissen, G. (1992). Prevalence of sexual abuse of children in Germany. *Acta Paedopsychiatrica*, 55, 211–216.
- Singer, M. J., Humphreys, K. L. & Lee, S. S. (2012). Coping self-efficacy mediates the association between child abuse and ADHD in adulthood. *Journal of Attention Disorders*. Online first, DOI 10.1177/1087054712465337.
- Sonnby, K., Aslund, C., Leppert, J. & Nilsson, K. W. (2011). Symptoms of ADHD and depression in a large adolescent population: Co-occurring symptoms and associations to experiences of sexual abuse. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 315–322.
- Weinstein, D., Staffebach, D. & Biaggio, M. (2000). Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clinical Psychological Review*, 20, 359–378.
- Wozniak, J., Crawford, M. H., Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Taylor, A. & Blier, H. K. (1999). Antecedents and complications of trauma in boys with ADHD: Findings from a longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 48–55.

PD Dr. Dipl.-Psych. Petra Retz-Junginger

Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie
Universität des Saarlandes
66421 Homburg/Saar
Deutschland
Tel.: +49 06841-1626350
Fax: +49 06841-1626355
petra.retz-junginger@uks.eu