

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Symptomausprägung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen

Auszug aus einer Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science (M.Sc.), im Fach Psychologie

Untersuchungsablauf

Für die Untersuchung wurden von einer ADHS betroffene Erwachsene gebeten, einen eigens für diese Untersuchung konstruierten Fragebogen zu ihrer ADHS-Symptomatik auszufüllen. Die größte Anzahl der Studienteilnehmer konnte auf einem deutschlandweiten Symposium für ADHS im Erwachsenenalter, das am 30. bis 31. März 2019 in Hambrücken von ADHS Deutschland e.V. ausgerichtet worden war, erreicht werden.

Voraussetzung für die Teilnahme an der Untersuchung war ein Mindestalter von 21 Jahren sowie die von einem Facharzt oder niedergelassenen Psychotherapeuten gesicherte Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter. Diese Voraussetzungen trafen bei allen UntersuchungsteilnehmerInnen zu.

Untersuchungsinstrument

Der Grund, einen eigenen Fragebogen für die Untersuchung der Forschungsfrage zu erstellen, lag darin, dass ein detailliertes Spektrum an Symptomen und Beeinträchtigungen erhoben werden sollte. Keiner der bisher validierten Fragebögen zur adulten ADHS umfasste alle Symptome, die von Interesse für diese Arbeit waren. Deshalb wurden nach eingehender Recherche der Literatur, die ADHS im Erwachsenenalter zum Forschungsgegenstand hatte, sowie der Diagnosesysteme 69 Items formuliert, die Symptome aus 10 verschiedenen Störungsbereichen erfassen. Bei den Störungsbereichen handelt es sich um Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität, Desorganisiertheit, Affektlabilität, Affektkontrolle, Emotionale Überreagibilität, Schlafstörungen, Selbstwertproblematik und Zwischenmenschliche Schwierigkeiten. Der Fragebogen liegt der Redaktion vor.

Symptombereiche

Neben den drei Kardinalsymptomen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität wurden Symptome zu den Wender-Utah-Kriterien der Desorganisiertheit, Affektkontrolle, Affektlabilität, der emotionalen Überreagibilität (Wender, 1995) sowie Schlafstörungen abgefragt. Die Störungsbereiche Unaufmerksamkeit und Desorganisiertheit umfassten die meisten Items, da diese Bereiche für Erwachsene die größten Beeinträchtigungen bergen. Während Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität mit steigendem Alter abnehmen, kommt es zu einem Zuwachs an Problemen der Unaufmerksamkeit und Desorganisiertheit. Das liegt unter anderem daran, dass meistens das stützende und strukturierende Umfeld der Kindheit wegfällt, das Schwierigkeiten in diesen Bereichen auffangen und kompensieren konnte (Resnick, 2000). Die Schwere der abgefragten Symptome sollten von den UntersuchungsteilnehmerInnen auf einer 5-stufigen Likert-Skala eingeordnet werden.

Überprüfung der Hypothesen

Nachdem die Konstrukte des Fragebogens durch die Reliabilitätsanalyse auf ihre Angemessenheit untersucht worden waren, folgte die Überprüfung der Hypothesen.

Hypothese 1: Frauen weisen eine signifikant höhere Ausprägung affektbezogener Symptome auf als Männer.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden die aus den Symptomskalen gebildeten Variablen „Emotionale Labilität“, „Affektkontrolle“, „emotionale Überreagibilität“ und „Affektive Beeinträchtigungen“ auf Unterschiede zwischen Männern und Frauen untersucht. Hinsichtlich des Symptombereichs „Emotionale Labilität“ zeigten Frauen ($M = 2,68, SD = 0,78$) eine höhere Ausprägung affektbezogener Symptome als Männer ($M = 2,50, SD = 0,95$), $T(58)$

= -1,00, $p = 0,163$. Der Unterschied ist nicht signifikant, zeigt aber einen kleinen Effekt, $d = 0,21$.

Im Symptombereich „Affektkontrolle“ unterscheiden sich Frauen ($M = 3,26$, $SD = 0,80$) und Männer ($M = 3,12$, $SD = 0,81$) nicht, $T(58) = -0,75$, $p = 0,228$.

Auch im Symptombereich „Emotionale Überreagibilität“ unterscheiden Frauen ($M = 3,26$, $SD = 0,80$) und Männer ($M = 3,13$, $SD = 0,88$) sich nicht, $T(58) = -0,58$, $S = 0,282$.

Für den Symptombereich „Affektive Beeinträchtigungen“ weisen Frauen ($M = 3,24$, $SD = 0,63$) eine höhere Ausprägung auf als Männer ($M = 3,10$, $SD = 0,67$), $T(58) = -1,08$, $p = 0,142$. Der Unterschied ist nicht signifikant, zeigt aber einen kleinen Effekt, $d = 0,22$.

Damit konnte die erste Hypothese nicht bestätigt werden. Frauen weisen keine signifikant höheren Ausprägungen hinsichtlich affektiver Symptomatik auf. Jedoch lässt sich eine Tendenz feststellen, dass Frauen sowohl hinsichtlich der emotionalen Labilität, als auch in Bezug auf das Überkonstrukt „Affektive Beeinträchtigungen“ höhere Symptomausprägungen zeigen.

Hypothese 2: Frauen weisen eine signifikant höhere Ausprägung der Symptomatik der Unaufmerksamkeit auf als Männer.

Zur Überprüfung der zweiten Hypothese wurde aus den Mittelwerten der Items, die laut der Reliabilitätsanalyse den Symptombereich der Unaufmerksamkeit am besten repräsentieren, eine neue Variable mit dem Namen „Unaufmerksamkeit“ gebildet. Die Ergebnisse des t-Tests zeigten, dass Frauen ($M = 3,10$, $SD = 0,63$) eine niedrigere Ausprägung der Symptome der Unaufmerksamkeit als Männer ($M = 3,30$, $SE = 0,62$) zeigen. Dieser Unterschied ist nicht signifikant, $T(58) = 1,28$, $p = 0,103$. Jedoch handelt es sich um einen kleinen Effekt, $d = -0,32$. **Die zweite Hypothese**, nach der Frauen eine höhere Ausprägung in Bezug auf Symptome der Unaufmerksamkeit aufweisen sollten, **konnte nicht bestätigt werden**. Sie lieferte das der ursprünglichen Annahme entgegengesetzte Ergebnis, dass Männer eine höhere Ausprägung der Symptomatik der Unaufmerksamkeit aufweisen als Frauen.

Hypothese 3: Frauen weisen eine signifikant höhere Ausprägung der Symptomatik der Desorganisiertheit auf als Männer.

Zur Überprüfung der dritten Hypothese wurde aus den Mittelwerten der reliabelsten Items der Skala „Desorganisiertheit“ eine neue Variable berechnet. Dabei ergab der t-Test, dass Frauen ($M = 3,18$, $SD = 0,69$) eine geringere Ausprägung der Symptome der Desorganisiertheit aufweisen als Männer ($M = 3,34$, $SD = 0,64$). Der Unterschied ist nicht signifikant, $T(58) = 0,96$, $p = 0,170$, zeigt aber einen

kleinen Effekt, $d = 0,24$.

Damit konnte die Hypothese, wonach Frauen eine signifikant höhere Ausprägung an Desorganisiertheit aufweisen als Männer **nicht bestätigt werden**. Männer weisen höhere Werte auf, jedoch ist dieser Unterschied nicht signifikant.

Hypothese 4: Männer weisen eine signifikant höhere Ausprägung der Symptomatik der Hyperaktivität und der Impulsivität auf als Frauen.

Für die Überprüfung der vierten Hypothese wurde eine Variable aus der Skala „Hyperaktivität und Impulsivität“ gebildet. Der t-Test konnte bestätigen, dass Männer ($M = 3,65$, $SD = 0,60$) eine höhere Ausprägung der Symptomatik der Hyperaktivität und Impulsivität haben als Frauen ($M = 3,49$, $SD = 0,56$). Der Unterschied ist nicht signifikant, $T(58) = 1,12$, $p = 0,134$, zeigt aber einen kleinen Effekt, $d = 0,28$.

Somit kann auch die vierte Hypothese **nicht bestätigt werden**: Männer weisen keine signifikant höhere Ausprägung der hyperaktiven und impulsiven Symptomatik auf.

Auch die Variablen „**Zwischenmenschliche Beziehungen**“ und „**Schlafstörungen**“, die aus deren jeweiligen Skalen gebildet worden waren, wurden auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern hin untersucht. Es konnten jedoch **keine Unterschiede** festgestellt werden.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Symptomatik einer adulten Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung aufzudecken. Diese Forschungsfrage wurde gewählt, da es bislang wenige wissenschaftliche Untersuchungen gibt, die sich primär dieser Thematik widmen. Bei den meisten vorliegenden Studien lag der Fokus nicht ausschließlich auf dem Geschlecht als unabhängige Variable. Vielmehr wurde diese häufiger als moderierende Drittvariable neben anderen soziodemografischen Variablen miterhoben. Dennoch konnten in einigen Studien Unterschiede zwischen den Geschlechtern festgestellt werden, insbesondere in den Symptombereichen der Unaufmerksamkeit, von der häufiger Frauen betroffen waren, und der Hyperaktivität und Impulsivität, von der häufiger Männer betroffen waren (Cortese, Faraone, Bernardi, Wang & Blanco, 2016; Rucklidge, 2010; Biederman, Faraone, Moniteaux, Bober & Cadogan, 2004). Zudem scheinen Frauen häufiger unter Symptomen, die mit dem Affekt im Zusammenhang stehen, zu leiden (Williamson & Johnston, 2015, Stein et al., 1995). Im Gegensatz zu den meisten bisherigen wissenschaftlichen Untersuchungen, wurde für die vorliegen-

de Studie eine Stichprobe gewählt, die zu gleichen Teilen aus Männern und Frauen besteht und der Schwerpunkt der Untersuchung galt den Unterschieden zwischen den Geschlechtern. Die auf Unterschiede überprüften Symptombereiche umfassten Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität, Affektive Beeinträchtigungen sowie Desorganisiertheit.

Bei Betrachtung der Ergebnisse gilt grundsätzlich zu bedenken, dass die Stichprobe der Untersuchung mit $N = 60$ klein ist. Mit dieser Stichprobengröße und der Anzahl von 69 Items war es nicht möglich eine Faktorenanalyse durchzuführen, sodass lediglich eine Reliabilitätsanalyse für die Symptombereiche durchgeführt werden konnte. Dabei konnten fünf den Symptombereichen übergeordnete Konstrukte mit guter interner Konsistenz entdeckt werden, nämlich „Unaufmerksamkeit“, „Hyperaktivität und Impulsivität“, „Affektive Beeinträchtigungen“, „Desorganisiertheit“ und „Schlafstörungen“.

Die Reliabilitätsanalyse zeigte, dass die Kategorien, denen die Symptome der ADHS zugeordnet sind, fließend ineinander übergehen. Items, die der Literatur zufolge Symptome des gleichen Störungsbereiches waren und deren Skalen lediglich eine fragwürdige bis akzeptable interne Konsistenz aufwiesen, zeigten in Zusammensetzung mit Items, die einem, laut diagnostischen Kriterien, anderen Störungsbereich angehörten, bessere Reliabilitäten. So zeigte die Skala „Hyperaktivität und Impulsivität“ eine gute Reliabilität, was bei den Skalen, die diese beiden Symptomgruppen separat führten, nicht der Fall war. Das gleiche konnte beim Konstrukt

„Affektive Störungen“ beobachtet werden, dessen Reliabilität ebenfalls deutlich höher ausfiel, als die Reliabilitäten der einzelnen Skalen „Affektlabilität“, „Affektkontrolle“ und „Emotionale Überreagibilität“, aus denen sich das Konstrukt zusammensetzt. Dies deutet darauf hin, dass die einzelnen Symptombereiche sich großflächiger unterscheiden, als bisher angenommen. Vor allem scheinen Merkmale der Hyperaktivität und Impulsivität nicht eindeutig einem Bereich zugeordnet werden zu können.

Dabei konnten die Hypothesen „Frauen weisen eine signifikant höhere Ausprägung affektbezogener Symptome auf als Männer“, „Frauen weisen eine signifikant höhere Ausprägung der Symptomatik der Unaufmerksamkeit auf als Männer.“, „Frauen weisen eine signifikant höhere Ausprägung der Symptomatik der Desorganisiertheit auf als Männer.“ und „Männer weisen eine signifikant höhere Ausprägung der Symptomatik der Hyperaktivität und der Impulsivität auf als Frauen.“, nicht bestätigt werden. Keines der Ergebnisse war signifikant. Es konnten jedoch kleine Effekte für den Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich der Symptombereiche „Affektlabilität“ und dem

übergeordneten Konstrukt „Affektive Beeinträchtigungen“ gefunden werden. In diesen beiden Bereichen zeigten Frauen höhere Werte in der Ausprägung. Für die zweite Hypothese ergab die Datenauswertung ein der ursprünglichen Hypothese und bisherigen Forschungsergebnissen entgegengesetztes Ergebnis: Männer wiesen eine höhere Ausprägung der Symptome der Unaufmerksamkeit auf als Frauen. Der Unterschied war nicht signifikant, zeigte aber einen kleinen Effekt. Ebenso ergab die Überprüfung der dritten Hypothese, nach der Frauen eine signifikant höhere Ausprägung der Symptome der Desorganisiertheit aufweisen, ein dem bisherigen Forschungsstand entgegengesetztes Ergebnis: So zeigen in dieser Untersuchung Männer eine höhere Ausprägung der Desorganisiertheit. Der Unterschied der vierten Hypothese, laut der Männer höhere Werte in der Ausprägung der Hyperaktivität und Impulsivität aufweisen, war ebenfalls nicht signifikant. Die gefundenen Effekte weisen jedoch auf die Tendenz hin, dass Unterschiede in der Symptomausprägung zwischen den Geschlechtern vorliegen und die Hypothesen bei einem größeren Stichprobenumfang durchaus bestätigt werden könnten. Eine weitere mögliche Ursache dafür, dass keine signifikanten Unterschiede gefunden werden konnten, könnte sein, dass einige Items unverständlich formuliert waren oder weitere wichtige Symptome übersehen worden waren. Eine Validierung des Fragebogens an einer größeren Stichprobe könnte diese Vermutung überprüfen.

Rückblickend wäre es sinnvoll gewesen, die komorbiden Störungen, v.a. depressive Erkrankungen, durch separate Fragebögen oder Inventare zu erfassen, da bei der vorliegenden Untersuchung im Nachhinein nicht festzustellen ist, ob bestimmte Symptome nicht besser durch Komorbiditäten erklärt werden können. Generell hätte die mögliche Moderation der Effekte durch Drittvariablen bei der Hypothesenbildung bedacht werden sollen. So ergab die Post-Hoc-Analyse der Daten, dass Drittvariablen wie komorbide Störungen und psychotherapeutische Behandlung die Symptomatik der ADHS moderieren. Durch Moderationsanalysen konnten verschiedene Haupteffekte aufgedeckt werden. So wiesen ADHS-Betroffene, die sich in einer Psychotherapie befinden, eine höhere Symptomausprägung der Unaufmerksamkeit und der Desorganisiertheit auf. Zudem zeigten Betroffene mit einer komorbiden Störung höhere Ausprägungen an Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität, Affektive Beeinträchtigungen und Desorganisiertheit. Zukünftige Fragestellungen bezüglich der Thematik geschlechtsspezifischer Unterschiede könnten der Moderation des Geschlechtereffekts durch andere Variablen gelten.

Zudem wurde von zwei Untersuchungsteilnehmern angemerkt, dass aus der Formulierung des Fragebogens nicht klar genug hervorging, ob die Ausprägung der Symp-

tomatik vor oder nach der Diagnose der ADHS angegeben werden sollte. Deshalb hätte spezifiziert werden sollen, dass das Interesse des Fragebogens den aktuellen Beschwerden galt.

Des Weiteren kann bemängelt werden, dass im Fragebogen der Fokus ausschließlich auf den Beeinträchtigungen der Betroffenen liegt und den Fähigkeiten, die Menschen mit einer ADHS besitzen, keine Aufmerksamkeit geschenkt wird. So ist bei Personen mit einer ADHS, was auch ein Untersuchungsteilnehmer als Rückmeldung gab, häufig eine Kreativität und Ausdauer in bestimmten Bereichen zu finden, die über das hinausgeht, was Menschen ohne ADHS zu leisten im Stande sind. Damit Betroffene diese Talente, sei es beruflich oder im Alltag, entfalten können, muss das öffentliche Bewusstsein für die adulte Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung wachsen.

Ein wichtiges Ergebnis dieser Untersuchung ist, dass bei Frauen signifikant häufiger als bei Männern mindestens eine andere psychische Krankheit diagnostiziert wird, bevor sie die Diagnose ADHS erhalten. Insbesondere ist dies bei depressiven Erkrankungen der Fall, was in Einklang mit dem Ergebnis der ersten Hypothese steht, deren Überprüfung bestätigte, dass Frauen häufiger von affektbezogenen Symptomen betroffen sind. Dies kann zum einen als Indiz dafür gelten, dass eine ADHS bei Frauen und affektive Er-

krankungen sich großflächiger überschneiden als bisher angenommen. Zum anderen könnte dies darauf hinweisen, dass häufig eine unerkannte komorbide affektive Störung vorliegt.

Schließlich ergab die Datenauswertung, dass bei Frauen die Diagnose der ADHS signifikant später erfolgt als bei Männern. So hatten 80% der teilnehmenden Frauen die Diagnose erst nach ihrem 35. Lebensjahr erhalten. Dadurch wird deutlich, dass das mögliche Vorliegen einer ADHS bei Frauen seltener in Betracht gezogen wird als bei Männern. Jedoch waren auch fast 50% der Männer zum Diagnosezeitpunkt über 35. Dies veranschaulicht, dass Maßnahmen ergriffen werden müssen, die zu einer früheren Erkennung der Erkrankung führen, damit Betroffenen ein zu langer Weg bis zur korrekten Diagnose erspart bleibt.

Die vorliegende Arbeit liefert Anhaltspunkte, dass der Thematik der geschlechtsspezifischen Unterschiede bei adulter ADHS in größerem Umfang nachgegangen werden sollte.

AUTORIN | Christina Hartmann, M.Sc.

LEOPOLD-FRANZENS-UNIVERSITÄT INNSBRUCK

Institut für Psychologie

Die vollständige Masterarbeit liegt der Redaktion vor.

ALLGEMEINES

Sie fragen – Experten antworten:

Frage: Was ist bei der Versorgung von Menschen, die an einer adulten ADHS und einer begleitenden Suchterkrankung leiden, zu beachten?

Antwort: Viele Menschen, die von einer ADHS betroffen sind, leiden zeitgleich noch an einer Suchterkrankung. Wobei hier die sogenannten „stoffgebundenen“ Süchte, wie Alkohol, Nikotin, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit zu unterscheiden sind, von „nicht stoffgebundenen Süchten“, wie Kaufsucht, Internetsucht, etc...

Wenn sowohl eine ADHS als auch eine Suchterkrankung vorliegen, müssen beide Erkrankungen behandelt werden, möglichst im gleichen Behandlungsrahmen. Im stationären oder teilstationären bzw. ganztägig ambulanten Rahmen ist dies aber gar nicht so einfach umzusetzen.

In Deutschland ist die Zuständigkeit für die Kostenübernahme bei einer Suchterkrankung aufgrund historischer und abstimmungstechnischer Gründe zwischen der Deutschen Rentenversicherung und den gesetzlichen Krankenkassen, streng getrennt. So übernimmt insbesondere bei den stoffgebundenen Süchten die Krankenkasse die „Entgiftung“ und die anschließend notwendige „Entwöhnung“ findet dann in einer auf Suchttherapie spezialisierten Rehaklinik zulasten der Rentenversicherung statt.

Die stationäre Reha bei ADHS findet oft zulasten der Rentenversicherung in einer Psychosomatischen Fachklinik statt. Problem: Eine Suchterkrankung ist ein Ausschlusskriterium für eine psychosomatische Reha. Wohin also mit einem Betroffenen, bei dem zum Beispiel eine ADHS und eine begleitende Alkoholproblematik vorliegen?

Wenn im Reha-Antrag etwas von Sucht / THC / Al-