

**Auszüge aus der**

**Abschlussarbeit**

**zur Zertifizierung als Gesundheitsbildnerin**

**A. Claudia Brüggemann-Karlstedt**

**Solingen, Februar 2009**

## **Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom bei Mädchen und Frauen**

**Geschlechtsspezifische Besonderheiten in Diagnose und Therapie**

Planung einer Informationsveranstaltung für Frauen

# Gliederung

1. Begründung des Themas
  - 1.1. Wer soll informiert werden?
  - 1.2. Was ist das Ziel der Informationsveranstaltung?
  
2. Ablauf der Veranstaltung
  - 2.1. Ankommen und Einführung ins Thema
    - 2.1.0. Hinweise zur Durchführung
      - 2.1.1. Thematischer Einstieg mit der Bildergalerie
      - 2.1.2. Kurzvortrag: Was ist ADS?
    - 2.2. Erfahrungsaustausch
      - 2.2.0. Hinweise zur Durchführung
        - 2.2.1. Wie zeigt sich ADS im Alltag von Erwachsenen?
      - 2.3. Kurzvortrag zu Diagnose und Behandlung von ADS
        - 2.3.0. Hinweise zur Durchführung
          - 2.3.1. Wie wird ADS diagnostiziert?
          - 2.3.2. Was sind häufige komorbide Störungen?
          - 2.3.3. Wie kann ADS behandelt werden?
          - 2.3.4. Wie wirkt Methylphenidat?
        - 2.4. Pause mit Gelegenheit zum Kennen lernen eines Selbsteinschätzungsbogens für Frauen
          - 2.4.0. Hinweise zur Durchführung
        - 2.5. Kurzvortrag zu Besonderheiten von ADS bei Mädchen und Frauen
          - 2.5.0. Hinweise zur Durchführung
            - 2.5.1. ADS bei Mädchen und Frauen
            - 2.5.2. Häufig beobachtete Anzeichen
            - 2.5.3. Diagnose bei Mädchen und Frauen
            - 2.5.4. Weibliche Hormone und ADS
            - 2.5.5. Meilensteine hormoneller Umstellung auf dem Lebensweg von Mädchen und Frauen
        - 2.6. Erfahrungsaustausch zur Frage: Nehme ich hormonabhängige Unterschiede meiner Befindlichkeit wahr?
          - 2.6.0. Hinweise zur Durchführung
            - 2.6.1. Privacy
            - 2.6.2. Kennen lernen von Möglichkeiten der Selbstbeobachtung
        - 2.7. Auswertung
          - 2.7.0. Hinweise zur Durchführung
            - 2.7.1. Auswertungsrunde
  
    3. Ablaufplan für die Organisation der Veranstaltung
  
    4. Ausblick
  
    5. Literaturangaben
  
    6. Anlagen

## 2.1.2. Kurzvortrag: Was ist ADS?

### Der Begriff

ADHS = Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitäts-Störung

ADDH = attention deficit disorder with hyperactivity

ADHD = attention deficit hyperactivity disorder

Diese Begriffe heben das Merkmal der Hyperaktivität hervor.

Tatsächlich befassten sich bisher die meisten Forschungen zum Thema ADS mit hyperaktiven 12 jährigen Jungen. (5)

### ADS = Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom

Der Begriff ADS beschreibt das zugrunde liegende Problem:

- Steuerung der Aufmerksamkeit
- Halten der Aufmerksamkeit

### Der Begriff ADS umfasst die verschiedenen Ausprägungen

- ADS des eher hyperaktiven Typs
- ADS des eher unaufmerksamen, verträumten Typs
- ADS des kombinierten Typs

### ADS ist:

- keine Frage der Intelligenz.

Von vielen bekannten Persönlichkeiten wissen wir heute, dass sie trotz oder gerade wegen ihres ADS Besonderes in ihrem Leben geschafft haben.

(Hinweis auf die Bildergalerie)

- keine Modekrankheit.

Bereits 1844 wurde ADS typisches Verhalten von dem Frankfurter Nervenarzt, Dr. Heinrich Hoffmann beschrieben – der verträumte Hans Guck in die Luft, das impulsive Paulinchen oder der motorisch hyperaktive Zappelphilipp sind Figuren in seinem Buch vom Struwwelpeter.



## Folie 1

- nicht selten.

Etwa 3-5% (300.000 - 500.000) der Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind von ADHS betroffen. Deutlich höher ist die Zahl der Kinder, bei denen eine Abklärung wegen dieser Fragestellung erforderlich wird und die eine weniger starke Symptom-Ausprägung haben. Andere Schätzungen liegen zwischen 2-17%! (6)

- keine Kinderkrankheit.

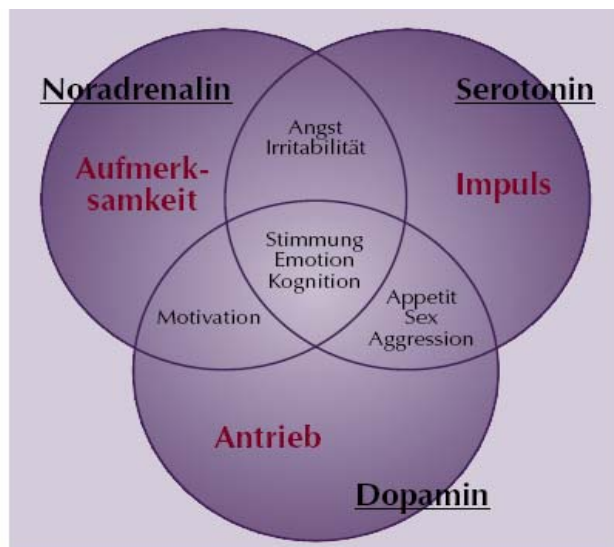
Nach konservativen Schätzungen liegt die Zahl der erwachsenen Betroffenen bei 1% und somit gehört ADS nach Definition der WHO zu den häufigen Erkrankungen im Erwachsenenalter. (7)

- in der Regel ererbt.

Man schätzt, dass das Syndrom in 80% der Fälle genetisch bedingt ist. (8) Aber manche genetische Disposition wird wohl erst im Zusammenwirken mit ungünstigen Umweltfaktoren zum klinischen Erscheinungsbild.

- eine neurobiologische Besonderheit im Gehirn.

- o Das vordere rechtsseitige Stirnhirn ist kleiner ( präfrontaler Cortex, Nucleus caudatus, Globus pallidus).
- o Es ist eine abweichende Hirnstoffwechselaktivität nachweisbar (im Bereich von Thalamus, Mandelkern, limbischem System und Präfrontallappen).



Folie 2 (9)

### 2.2.1. Wie zeigt sich ADS im Alltag von Erwachsenen?

ADS wirkt:

- auf die Aufmerksamkeit
- auf die Impulse
- auf den Antrieb.

Jede/r kennt von sich selbst mehr oder weniger häufige ADS-typische Verhaltensweisen. Das heißt noch nicht, dass Sie an einem ADS leiden!

Eine „Störung“ wird daraus erst durch

- den Ausprägungsgrad,
- den Grad der psychischen und sozialen Beeinträchtigungen und
- wenn die Symptome nicht oder nur unzureichend mit bereits vorhandenen Ressourcen aufgefangen werden können.

## Von welchen Verhaltensweisen reden wir hier?

Kriterien des Aufmerksamkeitsdefizits im DSM-IV (sechs oder mehr der neun Symptome von Unaufmerksamkeit müssen während der letzten sechs Monate ständig in einem nicht mit dem Entwicklungsstand zu vereinbarenden Ausmaß vorhanden gewesen sein) mit Beispielen für die bei Erwachsenen zu erwartenden Symptome (10)

<b>Symptome des Aufmerksamkeitsdefizits nach DSM IV</b>	<b>Symptomwandel im Erwachsenenalter</b>
Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten	Mangelnde Konzentration beim Durchlesen schriftlich fixierter Aufgaben und Arbeitsanweisungen; bei mündlicher Auftragserteilung Unfähigkeit, so lange konzentriert zu bleiben, bis die Handlungsanweisung verinnerlicht ist
Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten	Subjektiv langweilige Aufgaben wie Routinearbeiten am Arbeitsplatz, regelmäßige Arbeitsabläufe oder uninteressant erscheinende Aufträge lösen eine erhöhte Ablenkbarkeit aus und führen damit zum Wechsel der Tätigkeit, wichtige und unwichtige Dinge sind gleichrangig.
Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen	Erwachsene sind häufig mit eigenen Gedanken beschäftigt, oft noch von Vorkommnissen beeindruckt, bei denen scheinbar etwas schlecht gelungen ist, und haben deshalb kein Ohr für die Umgebung.
Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen	Erwachsene erfassen die Aufgabenstellung nur unvollständig und fühlen sich schnell von zu erledigender Arbeit überfordert; weil keine Gliederung der Arbeit vorgenommen werden kann, wechseln sie deshalb zu anderer "interessant" erscheinender Tätigkeit.
Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen	Erwachsene erfassen die Aufgabenstellung nur unvollständig und fühlen sich schnell von zu erledigender Arbeit überfordert; weil keine Gliederung der Arbeit vorgenommen werden kann, wechseln sie deshalb zu anderer "interessant" erscheinender Tätigkeit.
Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren	Mangelhafter Überblick bei der Organisation von Arbeiten, Wichtig und Unwichtig werden bei der Planung von Arbeitsabläufen nicht beachtet.
Vermeidet häufig, hat eine	Mangelnde Fähigkeit zur Gliederung von Arbeitsabläufen führt

Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern

zu schnell eintretenden Überforderungsgefühlen, häufiger Stimmungswechsel verhindert konstante Arbeitsleistung, dies bedingt eine oft zu beobachtende Selbstentwertung.

Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt

Unfähigkeit, sich an Handlungen zurückzuerinnern (z. B. : Wo habe ich meinen Schlüssel abgelegt?), bei starker Reizoffenheit; Verlust der Fähigkeit geplant vorzugehen, keine Erinnerung an Ausgangssituationen, damit verbunden der Eindruck, sich ständig in einer unvorhergesehenen Situation zu befinden.

Lässt sich öfter durch äußere Reize leicht ablenken

Hohe Ablenkbarkeit bei großer Reizoffenheit durch schlecht steuerbare Konzentration und Fokussierung auf die Gesprächs- oder Arbeitssituation.

Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich

Häufig vorhandenes Gefühl, an vorzeitigem "Alzheimer" zu leiden, weil der Tagesablauf als eine Aneinanderreihung von unvorhersehbaren Ereignissen wahrgenommen wird und damit die eigentlich geplanten Vorhaben in Vergessenheit geraten.

(10) Folie 3

Kriterien der Hyperaktivität und Impulsivität im DSM-IV (sechs oder mehr der neun Symptome müssen während der letzten sechs Monate ständig in einem nicht mit dem Entwicklungsstand zu vereinbarenden Ausmaß vorhanden gewesen sein) mit Beispielen für die bei Erwachsenen zu erwartenden Symptome (10)

<b>Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität nach DSM IV</b>	<b>Symptomwandel im Erwachsenenalter</b>
Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum	Erwachsene wippen mit den Füßen, lassen häufig das ganze Bein zittern, trommeln mit den Fingern auf Tischplatten oder Armlehnen von Stühlen, gelegentlich verknoten sie ihre Beine oder schlingen sie um Stuhlbeine, um die motorische Unruhe zu kontrollieren, sie schlagen beim Sitzen ein Bein unter und haben oft Probleme mit Nägelkauen.
Steht in der Klasse oder in anderen Situationen, in denen Sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf	Erwachsene vermeiden Langstreckenflüge, weil sie die erzwungene körperliche Ruhe nicht ertragen; Restaurant-, Theater- und Kinobesuche führen zu großer innerer Anspannung, weil wenig Gelegenheit zu Bewegung existiert.
Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)	Erwachsene lieben Berufe mit der Möglichkeit sich zu bewegen; sie sind häufig in Außendienstpositionen mit wechselnden Gesprächspartnern oder Orten zu finden, sie verzichten ungern auf ihr Handy, sie brauchen viele Reizquellen, sie möchten sich durch Außenreize stimulieren.
Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen	Erwachsene treiben gerne Sportarten, die mit Risiko verbunden sind, wie Drachenfliegen, Bungee-Jumping oder Motorradfahren; die extreme Reizsituation führt zu einer intensiven Konzentrationsleistung, was von den Betroffenen als angenehm erlebt wird.
Ist häufig "auf Achse" oder handelt oftmals, als wäre er / sie "getrieben"	Hektisches Rennen vermittelt ein Gefühl von Lebendigkeit, deshalb auch der Versuch, ständig mehrere Arbeiten gleichzeitig zu bewältigen; das Hasten von Arbeit zu Arbeit entlastet von starker innerer Unruhe.
Redet häufig übermäßig viel	Die Sprechweise ist oft schnell und undeutlich, wird von der Umgebung häufiger als aggressiv erlebt, Gesprächspartner kommen kaum zu Wort, da der Betroffene schnell auf ein Thema hyperfokussiert ist, "Smalltalk" wird als langweilig empfunden.
Platzt häufig mit den Antworten	Die überbordenden Ideen müssen schnell formuliert werden,



heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist

bevor sie vergessen sind, es fehlt wie bei Kindern das "Stop - Listen - Go".

Kann nur schwer warten, bis er / sie an der Reihe ist

Die andauernde innere Spannung äußert sich in Ungeduld gegenüber der Langsamkeit anderer, betroffene Mütter leiden unter der langsamen Auffassungsgabe ihrer Kinder bei den Hausaufgaben; Schlangestehen oder Stau beim Autofahren führen zu aggressiven Verhaltensweisen.

Unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein)

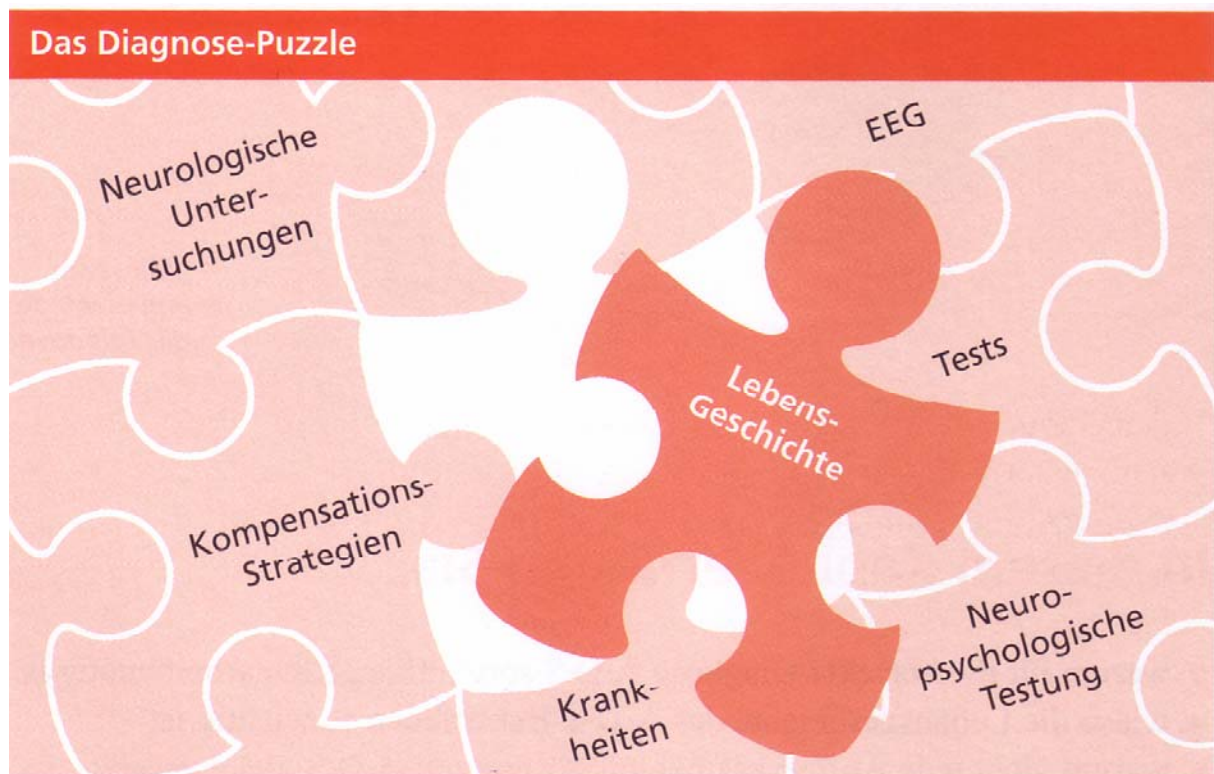
Mischt sich ungefragt in Gespräche ein. Wenn ein Betroffener selbst nicht handeln soll, kommt in ihm schnell eine innere Unruhe auf, die dazu verleitet, die Arbeit selbst zu übernehmen. Beispiel: die tüchtige Mutter, deren Tochter keine Chance erhält, eigene Fertigkeiten zu entwickeln.

(10) Folie 4

## **2.2. Kurzvortrag zu Diagnose und Behandlung von ADS**

### **2.2.1. Wie wird ADS diagnostiziert?**

Es gibt keinen Test, der für sich allein genommen, feststellen kann, ob ein Mensch ADS hat oder nicht! Die Besonderheit ist nicht, wie andere Erkrankungen, in Blut oder Urin nachweisbar.



(11) Folie 7

Seit 2003 gibt es Leitlinien zur Diagnose und Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter. Hier sind die Mindestanforderungen für eine valide Diagnosestellung formuliert. (2)

### **Wichtigster Diagnose-Puzzlestein ist Ihre Lebensgeschichte :**

- mit ihren Höhen und Tiefen  
(z. B. Schullaufbahn, berufliche oder familiäre Entwicklung, Freundschaften...).
- Ihre früheren und aktuellen Lebensbedingungen und
- ihre Arbeits- und Handlungsstrategien (= Kompensationsstrategien) können dabei
  - o verschärfend oder
  - o ausgleichend

auf eine ADS Problematik wirken.

### **Die neuropsychologischen Untersuchungen**

- Intelligenz- und Aufmerksamkeitstests  
(Menschen mit ADS haben oft ein sehr gezacktes Begabungs- und Leistungsprofil)
- international anerkannte und gebräuchliche Klassifikationssysteme für psychische Störungen:

- DSM IV Fragebogen (Diagnostisches Statistisches Manual psychologischer Störungen der American Psychiatric Association von 1996)
- oder: ICD-10 (internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) der WHO (1991).

### **Weitere Untersuchungen, Tests und das EEG**

werden eingesetzt um

- andere Erkrankungen auszuschließen, die mit typischen Anzeichen von ADS einhergehen können,
- Testergebnisse zu bestätigen (z. B. Interview mit wichtigen Vertrauenspersonen und/oder Eltern, um die Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung zu vergleichen)
- ADS gegenüber komorbiden Störungen abzugrenzen.

### **2.3.2. Was sind häufige komorbide Störungen?**

Man spricht von komorbiden Störungen, wenn neben der zugrundeliegenden Krankheit oder Störung gleichzeitig weitere Erkrankungen oder Störungen existieren.

Mehr als 50% der erwachsenen ADS-Betroffenen haben eine oder sogar mehrere Begleiterkrankungen! (12)

Häufigkeit von Komorbiditäten bei ADS:

Depressionen 20– 30%

Angststörungen 20– 30%

Bipolare Störungen 15– 20%

Verhaltensstörungen 30– 50%

Oppositionelles Verhalten 30– 60%

Teilleistungsstörungen 20– 30%

Zwangsstörungen 10– 30%

Suchtmittelabusus (vor allem Nikotin, Alkohol, Cannabis) 50%

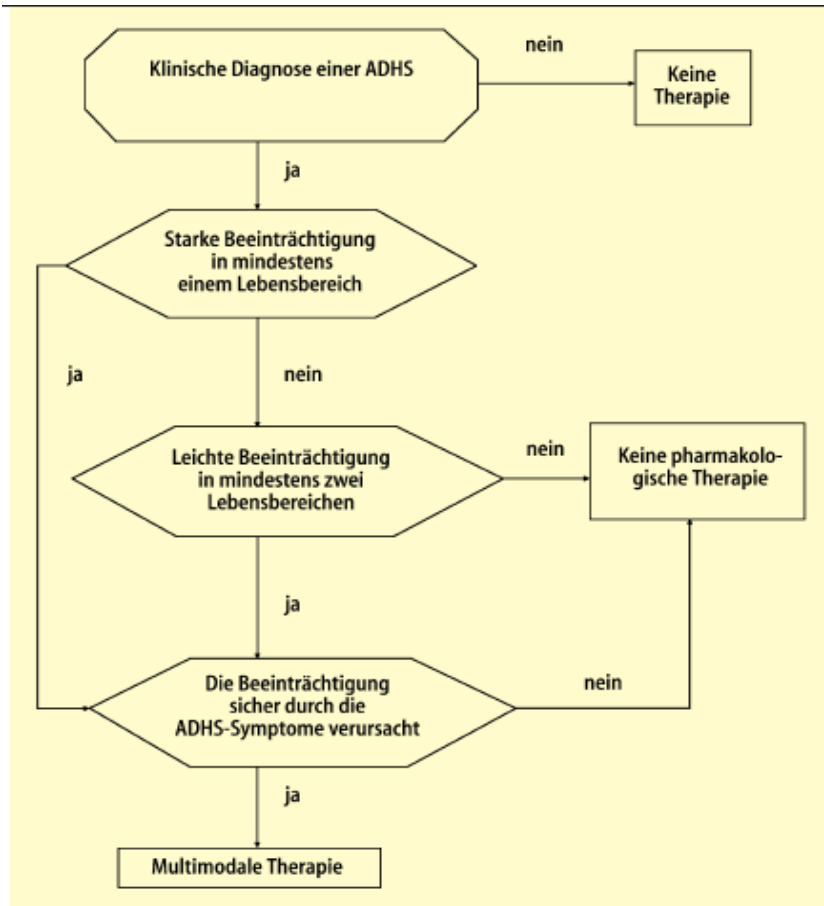
[Es] finden sich bei Frauen vor allem affektive Störungen, insbesondere Depressionen, Angststörungen und Essstörungen.

Genauere Forschungsergebnisse über die Verteilung bei Frauen und Männern stehen noch aus. (13)

Begleiterkrankungen türmen sich oft wie die Spitze eines Eisbergs auf das ADS. Sie werden oft als alleinige Haupterkrankung wahrgenommen und behandelt!

### 2.3.3. Wie kann ADS behandelt werden?

Nicht jedes ADS muss behandelt werden!



(15) Folie 7

#### Multimodale Therapie

umfasst die

- Information der betroffenen Person und ihres Umfelds,
- Maßnahmen/Trainingsprogramme, die helfen sollen, ein neues Verhalten aufzubauen und
- Behandlung mit Medikamenten.

Häufig sind entsprechende Trainingsprogramme für Erwachsene aufgrund der ADS-Symptomatik ohne vorherige medikamentöse Behandlung nicht erfolgversprechend.

### **2.3.4. Wie wirkt Methylphenidat?**

Methylphenidat gehört in die Gruppe der Stimulanzien und fällt unter das Betäubungsmittelgesetz.

Es ist der Wirkstoff der am häufigsten verordneten Medikamente bei ADS (Ritalin, Equasym, Concerta, Medikinet). (16)

Wird das Medikament nach gewissenhafter Diagnostik in angemessener Dosierung eingenommen

- sind meist keine gravierenden Nebenwirkungen oder etwa Schädigungen zu befürchten
  - o während der Wirkdauer kann es zu Appetitmangel kommen, sehr selten kommt es zu einer Erhöhung des Blutdrucks
- gibt es keine Hinweise auf Abhängigkeit
  - o im Gegenteil sinkt für Menschen mit ADS das Risiko für Suchterkrankungen unter der Behandlung
- hat es in über 70% der Fälle einen positiven Effekt auf die ADS-Symptomatik. (17)

### **Methylphenidat ist kein Aufputsch- oder Beruhigungsmittel!**

Es sorgt für einen Ausgleich im Neurotransmittersystem von Menschen mit ADS.

Neurotransmitter sind chemische Botenstoffe, die an den Nervenenden elektrische Impulse auslösen.

Mit diesen elektrischen Impulsen werden Informationen von einer Nervenzelle im Gehirn an die nächste weitergegeben.

Bei idealer Dosierung von Methylphenidat können Dopamin und Noradrenalin ihre Aufgaben so erfüllen, wie bei Menschen ohne ADS.

### **2.5.1. ADS bei Mädchen und Frauen**

Mädchen sind von ADS genauso betroffen wie Jungen, aber:

- biologische Unterschiede in der Entwicklung und
- interkulturell unterschiedliche Erwartungshaltungen führen dazu,
- dass sich die Symptome bei Mädchen oft anders äußern und
- nicht als Anzeichen von ADS verstanden werden („Jungen explodieren, Mädchen implodieren“).

### **2.5.2. Häufig beobachtete Anzeichen**

- Neigung zu Selbstanschuldigungen,
- niedriges Selbstwertgefühl,
- häufig traurig oder ängstlich
- je höher der IQ, desto mehr wird psychischer Stress intern ausgetragen
- Schwierigkeiten werden nach außen nicht zugegeben
- orale Verhaltensweisen: Daumenlutschen, Nägelbeißen, übermäßiges Essen (danach oft wieder Spucken), Rauchen
- gravierende Verstärkung von Stimmungslabilität in der Pubertät
- intensiveres Schmerzerleben, hypersensibel oft mit unklaren Krankheitszeichen
- ausgeprägtes prämenstruelles Syndrom,
- heftigste Reaktionen auf zugeführte Hormone (Pille)
- hohes Risiko, viel zu früh, sexuell aktiv zu werden
- Mädchen vom kombinierten Typ erscheinen oft
  - o übereloquent, übersozial,
  - o überreagibel, immer beschäftigt,
  - o mit speziellen Charismen,
  - o chaotisch
- Mädchen vom eher unaufmerksamen Typ erscheinen
  - o tagträumerisch, lethargisch
  - o im Leistungsbereich eher passiv,
  - o schnell entmutigt,
  - o eher scheu/ängstlich,
  - o schnell vollständig überwältigt.
  - o haben bisweilen Schwierigkeiten, sich gewandt und flüssig auszudrücken

(19) Folie 8

### 2.5.3. Diagnose bei Mädchen und Frauen

- Ein Diagnosekriterium für ADS ist das Bestehen der Störung bereits im Kindesalter. Kleine Mädchen mit ADS fallen oft nicht ausreichend störend auf, um diagnostiziert zu werden.
- Die Diagnose wird mit zunehmendem Alter u. U. schwieriger, weil:
  - o Mädchen typische
    - Bewältigungs-
    - Vermeidungs- und
    - Kompensationsstrategien entwickeln.
  - o Bei 50% der Betroffenen wird die Diagnose durch überlagernde Komorbiditäten erschwert. (Folie 6)
  - o Mit dem Eintritt in die Pubertät, bzw. bereits mit den hormonellen Vorbereitungen darauf, wird die Diagnose bei Mädchen schwieriger, denn geschlechtsspezifische hormonelle Schwankungen beeinflussen die Intensität der Symptome.  
Die weiblichen Sexualhormone Östrogen und Progesteron stehen in Wechselwirkung mit den Neurotransmittern Dopamin und Serotonin. Diese Zusammenhänge sind aus vielfältigen Erfahrungsberichten bekannt aber noch nicht erforscht! (20) (Folie 2)

### 2.5.4. Weibliche Hormone und ADS

Situationen hormoneller Umstellungen

- markieren Meilensteinen auf dem Lebensweg (Menarche, Zyklus, Schwangerschaft, Wechseljahre, Menopause),
- verlangen jedem Mädchen und jeder Frau mehr oder minder viel Energie ab, können zur Chance oder zur Krise werden.
- Mädchen und Frauen mit ADS scheinen größere hormonelle Schwankungen als Nicht-Betroffene zu haben.
- Hormonelle Umstellungen bedeuten für Mädchen und Frauen mit ADS meist eine Verschlimmerung der Symptome.
- Mädchen und Frauen, die Methylphenidat einnehmen, erleben in Abhängigkeit zu ihren hormonellen Schwankungen, dass das Medikament in der vertrauten Dosierung mal mehr, mal weniger, mitunter vielleicht gar nicht mehr wirkt. (21)

## 2.5.5. Meilensteine hormoneller Umstellungen

Mädchen und Frauen mit ADS erleben hormonelle Umstellungen meist intensiver, heftiger und oft problematischer als andere:

- **Menarche und Zyklus**
  - o überdurchschnittlich viele Mädchen und Frauen mit ADS haben ein starkes prämenstruelles Syndrom.
  
- **Pubertät und Adoleszenz,**
  - o die Umbauarbeiten im Präfrontallhirn und anderen Hirnregionen – übrigens genau die Bereiche, die bei Menschen mit ADS abweichend funktionieren – führen zu Einschränkungen
    - im planvollen Handeln,
    - im Absehen von Konsequenzen,
    - in der Wahrnehmung von Gefühlen Anderer,
    - im Empfinden von Belohnungen (d. h. Teenagerinnen müssten z. B. von einer höheren Klippe springen als Ältere, um den gleichen Kick zu empfinden).
    - Das führt zu verstärkter ADS-Symptomatik mit einer vermehrten Risikobereitschaft bei verminderter Einsicht in die Konsequenzen!

(22)



**Risikozeit 14 bis 17**

- ADHS Entwicklungsrückstand
- Wollen nicht „AnDerS“ sein sondern dazugehören
- Experimentieren
- Hohe eigene Ansprüche / Peer Druck
- Sexuelle Neugier
- Dysphorie
- Bisherige Kompensation über Fleiss bzw. Lernen ohne grösseren Aufwand klappt nicht mehr



(23) Folie 9



- **Hormonelle Schwankungen im Zyklus**
  - zyklische Veränderungen des Befindens und der Stimmung,
    - überdurchschnittliches Risiko für frühe sexuelle Aktivität und
    - Teenagerschwangerschaft,
    - erhöhtes Risiko für Unzufriedenheit in und Scheitern der Partnerbeziehung.
  
- **Schwangerschaft,**
  - oft Minderung der ADS Symptomatik wegen des hohen Östrogenspiegels bzw. des Ausbleibens der zyklischen Hormonschwankungen in der Schwangerschaft;
  - es wird aber auch von gleichbleibender oder verschärfter Symptomatik durch die veränderte Lebenssituation berichtet. (24)
  
- **Umstellung nach der Schwangerschaft/Stillzeit,**
  - hormonelle Umstellung und
  - vielfältige, gravierende Veränderungen durch das Leben mit einem Kind;
  - ADS wird i.d.R. vererbt, so dass es möglich ist, dass die ADS-Symptome des Babys erhöhte Anforderungen für die Mutter/die Partnerschaft/die Familie/Geschwister bedeuten.
  
- **Eintritt in die Wechseljahre und Ende der Fruchtbarkeit,**
  - die natürliche Östrogenproduktion lässt merklich nach, Wechseljahrsbeschwerden treten stärker auf,
  - sich ändernde Lebensumstände ( Kinder ziehen aus, Frau und/oder Partner scheiden aus dem Berufsleben aus) ...können zu Krisen führen. (25)

## 4. Ausblick

Bei der Vorbereitung zu der vorliegenden Arbeit habe ich Informationen und Eindrücke mit Betroffenen und Fachfrauen und – männern ausgetauscht.

Dabei bin ich bei der Frage nach der zyklus-/hormonabhängigen Ausprägung der ADS-Symptomatik und der zyklus-/hormonabhängigen Wirkung von Methylphenidat vielfach auf völlige Ratlosigkeit gestoßen.

Hierzulande fand ich die aktuellsten Erkenntnisse zu dieser speziellen Fragestellung im web4health, bei Dr. Martin Winkler (ADHS Diagnostik bei Erwachsenen, multimodale Therapie bei ADHS für Erwachsene an der Klinik Lüneburger Heide Bad Bevensen (bei Lüneburg)). Allerdings kam auch von ihm der Hinweis, dass die Erforschung geschlechtsspezifischer Unterschiede in Diagnose und Behandlung von ADS in Deutschland noch ganz am Anfang steht.

Anders sieht es z. B. in den USA aus, wo Kathleen Nadeau und Patricia Quinn bereits 1997 ein Institut ausschließlich zur Erforschung des Genderaspekts bei ADS gegründet haben! ( <http://www.ncgiadd.org/> )

Für unsere Situation in Deutschland ergeben sich m. E. folgende Notwendigkeiten im Hinblick auf den Genderaspekt in Diagnose und Behandlung von ADS:

- Forschung und Weiterbildung auf dem Gebiet der Medizin und Psychiatrie an den Universitäten.
- Entwicklung, Förderung und Etablierung effizienter Diagnose –und Therapiestrategien
  - o z. B. Ausbau des Coaching – Angebots für Frauen mit ADS
  - o Einbeziehung der Erkenntnisse der geschlechtsspezifischen Forschungen in Diagnoseinstrumente (DSM V soll 2011 oder 2012 DSM IV ablösen. In diesem diagnostischen und statistischen Manual psychischer Erkrankungen sollen dann geschlechtsspezifische und altersadaptierte diagnostische Kriterien berücksichtigt werden!)
- Zulassung von Methylphenidat für die erweiterte Indikation „ADS bei Erwachsenen“, so dass die Krankenkassen die Kosten für das Medikament übernehmen.
  - o Es gibt wenige Studien zur Wirksamkeit von Methylphenidat bei Erwachsenen. Das liegt u. a. daran, dass es sich um eine seit den 1940er Jahren angewandte Medikation handelt, die für Kinder längst zugelassen ist.

Für die Pharmaindustrie bringen „neue“ Studien zu „alten“ Medikamenten keine Vorteile!

- Vorteile könnten jedoch die Krankenkassen und letztlich die Beitragszahler/innen durch die Übernahme der Kosten für die medikamentöse Therapie von ADS im Erwachsenenalter durchaus haben. Die direkten Medikamentenkosten sind nämlich gering im Vergleich zu den Kosten, die durch die Behandlung von Begleiterkrankungen und Folgeerkrankungen entstehen (erhöhtes Unfallrisiko, erhöhtes Suchtrisiko, vermehrte Krankenhauskosten, psychiatrischer Therapiebedarf.....).
- Vorteile hätten auch all diejenigen, die sich die medikamentöse Behandlung ab dem 18. Lebensjahr bisher nicht mehr leisten konnten. Gerade in dieser Zeit stehen die jungen Menschen am Übergang von Schule zu Ausbildung bzw. Berufsarbeit. Ein Wegfall der Medikation kann schwerwiegende Folgen für die Lebensqualität und die gesamte weitere Entwicklung in allen Lebensbereichen haben.
- Vorteile hätten auch Familien, in denen nicht selten bereits ein oder beide Elternteile die Medikation bezahlen müssen. Wenn ein betroffenes Kind volljährig wird kommen so leicht mehr als 150 € im Monat für die ADS Medikation zusammen.
- Vernetzung von Versorgungsstrukturen (ärztlich und therapeutisch)
  - sowohl aus der Forschung als auch aus dem Bereich der Versorgung von Betroffenen
  - Zusammenarbeit und Abstimmung von Fachleuten verschiedener Fachrichtungen
  - Einbeziehung von Selbsthilfeverbänden und Beratungsstellen
- **Last but not least: Information der Betroffenen!**
  - Nach der Erkenntnis, dass es nur wenige Fachleute gibt, die zur Klärung der speziellen Fragestellung dieser Arbeit beitragen konnten, stellte ich mir die Frage, inwieweit es vertretbar ist, Frauen auf ihre mögliche Betroffenheit aufmerksam zu machen, wenn die Versorgung des möglicherweise entstehenden Bedarfs nicht gewährleistet ist.
  - M.E. übertrifft der potentielle Gewinn an Selbstbewusstsein, Lebensqualität, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit, der durch das Verständnis für ADS und, falls erforderlich, auch durch die Behandlung von ADS, erzielt werden kann, die Belastung durch lange Wartezeiten und häufig weite Wege bis zu einer kompetenten Diagnose und Behandlung um ein Vielfaches! (31)

- Informierte Frauen mit ADS können außerdem durch die Dokumentation ihrer Erfahrungen selbst dazu beitragen, dass eine bessere Versorgungssituation entsteht.
- Deshalb halte ich es für sinnvoll, diese Informationsveranstaltung für Frauen anzubieten und zu erproben, ob Frauen mit ADS, sich auf eine kontinuierliche und konsequente Selbstbeobachtung einlassen.
- Falls Bereitschaft und Interesse seitens der Frauen besteht, muss die weitere Zusammenarbeit – in Vernetzung mit Fachleuten verschiedener relevanter Bereiche – ermöglicht werden.
- Deshalb möchte ich zum einen die geplante Informationsveranstaltung anbieten und zum anderen die vorliegende Arbeit , wenigstens auszugsweise, bei Menschen bekannt machen, die Mädchen und Frauen mit ADS weiterhelfen:
  - Ärzt/innen
  - Therapeut/innen
  - Mitarbeiter/innen in Beratungsstellen für Erziehungsfragen, für Gesundheitsfragen...

„Die meisten Menschen, die von AD(H)S erfahren, haben einen langen Leidensweg hinter sich. Ständig das Gefühl zu haben, „irgendwie anders“ zu sein, und dies nicht erklären zu können, hat viele Betroffene in die unglaublichsten Lebenssituationen gebracht, die mit Sicherheit viele Bücher füllen würden. Wenn eine Betroffene erfährt, dass sie ADS/ADHS hat, ist es meist wie ein Erwachen. Plötzlich ist sie in der Lage, das Lebenspuzzle zu einem vollständigen Bild zusammzusetzen. Viele Verletzungen und Fehlentscheidungen werden schmerzhaft bewusst und nach dem Erwachen setzt meist eine Art von Depression ein mit der Frage: Warum habe ich das alles nicht früher gewusst?

Dieser Prozess dauert bei jeder Betroffenen unterschiedlich lange und löst mannigfache Reaktionen aus. ...Grundsätzlich kann hier aber nur eines gelten: DEN BLICK NACH VORN und aus Erlebtem und Erfahrungen Rückschlüsse ziehen, die helfen, einen neuen Weg in die Zukunft zu ebnen. „ (32)

- (1) Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter  
Johanna Krause und Doris Ryffel- Rawak  
in: psycho 26 (2000) Nr. 4, 209-223  
<http://www.hyperaktiv.de/forschung/therapie.pdf>  
(Zugriff 08.02.09)
- (2) D. Ebert, Freiburg · J.Krause, Ottobrunn · C. Roth-Sackenheim, Andernach (Hrsg.)\*  
ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines  
Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN  
(<http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/leitlinien/leitlinienadhs-erwachsenen.pdf> )
- (3) ADHS Self-Rating Scale für Frauen  
Kathleen Nadeau, Ph. D. und Patricia Quinn, M.D.  
(<http://www.advance.com/resources/Articles/Checklist2.htm>)
- (4) Hinweise auf mögliches oder diagnostiziertes ADS bei Prominenten finden sich im  
Internet an vielen Stellen, z. B. bei  
[http://de.wikipedia.org/wiki/Benutzer:Hattakiri/Pers%C3%B6nlichkeiten\\_mit\\_ADHS](http://de.wikipedia.org/wiki/Benutzer:Hattakiri/Pers%C3%B6nlichkeiten_mit_ADHS)
- (5) vergl. The Center A resource for Women and Girls with AD/HD  
<http://www.ncgiadd.org/research/index.html> Zugang 03.02.09  
(Impact of gender and age on executive functioning:  
Do girls and boys with and without attention deficit hyperactivity disorder differ  
neuropsychologically in preteen and teenage years?  
Dev Neuropsychol. 2005; 27(1):79-105 (ISSN: 8756-5641)  
Seidman LJ; Biederman J; Monuteaux MC; Valera E; Doyle AE; Faraone SV  
Pediatric Psychopharmacology Unit, Psychiatry Service, Massachusetts General  
Hospital, Boston, MA 02114, USA. [larry\\_seidman@hms.harvard.edu](mailto:larry_seidman@hms.harvard.edu))
- (6) Stellungnahme der Bundesärztekammer zur „Aufmerksamkeitsdefizit-  
/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“ – Langfassung – 26.08.2005  
( <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/ADHSLang.pdf> )
- (7) Retz, Wolfgang; Pajonk, Frank-Gerald; Rösler, Michael: Eine Aufgabe für die  
psychiatrische Forschung und Krankenversorgung - Die Aufmerksamkeitsdefizit-  
/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter  
<http://www.thieme-connect.com/ejournals/pdf/psychoneuro/doi/10.1055/s-2003-44520.pdf>
- (8) Neuropsychiatrische Nachrichten in Neuro-Online.de – Neurologie Psychiatrie  
Depressionen Schizophrenie [http://www.neuro-online.de/news/navigation\\_id,150,artikel\\_id,120338,\\_psmand,8.html](http://www.neuro-online.de/news/navigation_id,150,artikel_id,120338,_psmand,8.html) Zugang  
18.04.08)
- (9) siehe (1) S. 210  
Folie 2 Wirkkreise von ADS
- (10) siehe (6) Tabellen 4a und 4b  
Folien 3 und 4
- (11) Dr. med. Dieter Claus, Dr. med. Elisabeth Aust-Claus, Dr. Dipl.-Psych. Petra-  
Marina Hammer. Das ADS-Erwachsenen-Buch, Aufmerksamkeits-Defizit-  
Syndrom: Neue Konzentrations- und Organisationshilfen für Ihr Berufs- und  
Privatleben, 130, Ratingen: Oberstebink Verlag GmbH, 2006)

Folie 5 Diagnosepuzzle

- (12) siehe (10) Seite 96
- (13) <http://www.fbinkert.ch/ads/ADHFrau.pdf>  
Dr. med. Doris Ryffel-Rawak,  
Manuskript ADHS bei Frauen, Mai 2003 Zugriff 03.02.2009
- (14) siehe (10) Seite 100  
Folie 6 Komorbiditäten Eisbergmodell
- (15) siehe (2) Seite 943  
Folie 7 Diagnose-Therapie-Schaubild
- (16) siehe (1)
- (17) siehe (10) Seite 321
- (18) Self Rating Scale für Frauen von Nadeau und Quinn  
<http://www.addvance.com/resources/Articles/Checklist2.htm>  
Anlage 2 Selbsteinschätzungsbogen für Frauen
- (19) Cordula Neuhaus, Hyperaktive Jugendliche und ihre Probleme  
Erwachsen werden mit ADS Was Eltern tun können, 35f, Berlin, Urania-Ravensburger  
2000)
- (20) ADHS und Pubertät bei Teenagerinnen, Die Superpubertät oder: Die  
Lücke zwischen Theorie und Praxis  
<http://dr.martin.winkler.googlepages.com/adhsundpubertaet> , Zugriff 04.02.09  
und auch (13)
- (21) Dr. Martin Winkler, Stimulanzen und die Pille,  
in <http://web4health.info/de/answers/adhd-ritalin-pill.htm> Zugriff 04.02.09
- (22) Vergl. Harald Willenbrock, Biologische Umbauarbeiten, Wie die Pubertät den  
Körper verändert, in Geo Wissen Pubertät Nr. 41 Mai 2008
- (23) siehe (20)  
Folie 9 Risikozeit 14 –17
- (24) Dr. Martin Winkler in: Stimulanzen und Schwangerschaft  
<http://web4health.info/de/answers/adhd-stimulant-pregnant.htm> (Zugriff 06.02.2009)
- (25) vergl. u. a. Nadeau in  
Menopause and Mid-life Transitions for Women with ADD  
<http://www.addvance.com/help/women/transitions.html> Zugriff 06.02.2009  
vergl. u. a. Quinn in  
Hormones and ADD in Women  
<http://www.addvance.com/help/women/hormones.html> Zugriff 06.02.2009
- (26) siehe (20)
- (27) Beobachtungsblatt „Schlechte Laune?“ Vom Mädchen zur Frau,  
Schmetterlinge im Bauch, Materialien zur Mädchenarbeit Dr. Ursula Sottong, Petra  
Klann, Hubert Schulze Hobeling Verlag: Malteser Werke gGmbH Köln, 1999 S.51

- (28) Beobachtungsblatt für das ganze Jahr gestaltet in Anlehnung an:  
die Menstruationstabelle in, FAQ! Sexualität & Fortpflanzung  
von George Hook, Arbeitsblätter und Folienvorlagen für den Biologieunterricht  
2007, Verlag an der Ruhr
- (29) Zyklusblatt der Arbeitsgruppe NFP  
[http://www.nfp-online.de/uploads/media/Deutschland\\_06.pdf](http://www.nfp-online.de/uploads/media/Deutschland_06.pdf) (Zugriff 07.02.09)
- (30) siehe (11) Seite 164ff
- (31) vergleiche die Fallbeispiele in (1)
- (32) Frei nach Hellowell aus dem Buch: Zwanghaft Zerstreut  
(zitiert in den Tipps für Menschen mit ADHS)  
dort allerdings in der männlichen Form: der Betroffene  
<http://www.tokol.de/content/view/150/546/> Zugriff 07.02.09