

# ADHS BEI FRAUEN

SELBSTBEWUSSTER UND ERFOLGREICHER IM ALLTAG  
EIN WISSENSCHAFTLICHES PRAXISHANDBUCH  
ADHS BEI FRAUEN VERSTEHEN UND MEISTERN



JEAN-MAURICE CECILIA-MENZEL

# Inhaltsverzeichnis

## Eine Randnotiz zum Sprachgebrauch

## Vorwort und Danksagung

## Geschlechtsspezifische Unterschiede der ADHS

## Ursprung der ADHS

### Definitionen

### Die Diagnose

### Genetischer Ursprung von ADHS

#### Dopamin-Belohnungsweg

#### Noradrenalin-Neurotransmission bei ADHS

#### Gestörte Neurotransmission und Auftreten von ADHS Symptomen

### Medikamente

#### Stimulierende Medikamente – Amphetamin und Methylphenidat

#### Nicht-stimulierende Medikamente – Am Beispiel Atomoxitin

### Neuroanatomische Merkmale von ADHS

#### ADHS vor genetischem Hintergrund

#### Umweltbedingte Ursachen von ADHS

#### Exposition gegenüber Alkohol und Tabak während der Schwangerschaft

#### Ernährungsbedingte Faktoren

#### Psychosoziale Risikofaktoren

#### Schlussfolgerung

## Verlauf der ADHS

### ADHS bei Kindern/Jugendlichen

### ADHS in der Fortpflanzungszeit

### ADHS in der Schwangerschaft

### Darstellung von ADHS im Schulalter

### Erscheinungsbild von ADHS im Jugend- und Erwachsenenalter

## Symptome der ADS

### Unterschiede in der Symptomatik

### Schlussfolgerung

## Folgen der ADHS

## Komorbiditäten der ADHS

Autismus-Spektrum-Störung

Lernstörungen

Tic-Störung

Depressionen

Ängste

Bipolare Störung

Oppositionelles Trotzverhalten

Substanzmissbrauch

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Straffälligkeit und ADHS

Schlussfolgerung

## Häufigkeit der ADHS

## Therapiemöglichkeiten

Multimodaler therapeutischer Ansatz bei ADHS

Pharmakologische Behandlung

Nahrungsergänzungsmittel zur Behandlung von ADHS

Psychosoziale Behandlung

Integrative Medizin

Neurofeedback

## Ressourcen und Fähigkeiten im Zusammenhang mit ADHS

Resilienz und positive soziale Fähigkeiten

Kreativität

Hyperfokussierung

## Psychosozialer Ansatz “Mit ADHS nicht bloß überleben, sondern denn Alltag in vollen Zügen genießen - Das Reframing in Vivo”

Autonomie

Diversität

Bestätigung und Kompetenzerleben

Weg vom haben, hin zum sein!

Let's get physical

Suchen und finden Sie Ihre Berufung

Auf großen Lego's baut man Existenzen, Makro und Mesoebene

## Konklusion

[Quellenverzeichnis](#)

[Disclaimer](#)

## Eine Randnotiz zum Sprachgebrauch

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text vorwiegend die weibliche Form gewählt. Nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben, sofern nicht genderspezifisch gekennzeichnet, auf Angehörige beider Geschlechter. Auf eine Gegenüberstellung und vergleichsweise Betrachtung femininer und maskuliner ADHS, verweise ich im Verlauf des Textes, immer dann, wenn es relevant ist. Des Weiteren sollten Sie und ich uns darüber einig sein, was wir unter der Abkürzung „ADHS“ verstehen. Unabhängig des Akronyms finden Sie die verschiedensten Ausformulierungen für den Begriff. Teilweise wird er als Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, hyperkinetische Störung, mit oder ohne hyperaktivem Syndrom oder sonst wie übersetzt. Um Missverständnissen vorzubeugen und damit die Leser/innen meinen Ausführungen flüssig folgen kann, möchte ich meine Auslegung der ADHS kurz schildern. Ich verstehe darunter die Aufmerksamkeitsstörung mit oder ohne hyperaktivimpulsiven Symptomen. Die Differenzierung nach einem anderem Subtyp, wie wir ihn im Sprachgebrauch vorfinden, wenn wir etwa von einer ADS ohne dem H dazwischen sprechen wird damit obsolet, dass ich grundlegend von beiden sprach-gebräuchlich geprägten Typen spreche und eine genauere Differenzierung-sofern notwendig für das Verständnis – im jeweiligen Absatz hervorhebe. Wenn ich also im weiteren Verlauf von der ADHS und der/dem „ADHSler/in“ spreche, meine ich damit sämtliche Subtypen und sonstige Manifestationen, die sich aus einem Syndrom der Kernsymptome zusammensetzten.

# Vorwort und Danksagung

Dieses Buch ist als Leitfaden für weibliche Betroffene einer ADHS gedacht. Ich hoffe, dass es Ihnen hilft, die ADHS besser zu verstehen und mit dieser umzugehen, sowohl im schulischen als auch im beruflichen- und Privatsetting. Wird eine ADHS diagnostiziert, stehen die Betroffenen vor einer Vielzahl von Herausforderungen und Hindernissen. Besondere Schwierigkeiten ergeben sich für Frauen, die an einer ADHS leiden. Wieso die Krankheit nicht nur geschlechtsneutral beschrieben werden sollte, erkläre ich in den nächsten Kapiteln. Die ADHS kann auf sämtlichen Ebenen des Lebens wirken, im Verhalten und der Konzentration bis hin zur sozialen Entwicklung und dem emotional-motivationalen Erleben. Dieses Buch enthält wichtige Informationen über diese psychische Auffälligkeit, einschließlich praktischer Strategien zur Linderung der Symptome dieser Erkrankungen und zur Verbesserung der alltäglichen Kompetenzen. Es liefert Erkenntnisse darüber, wie die ADHS sich bei Frauen im Kindes, Jugend und Erwachsenenalter manifestiert. Wieso sie häufig unentdeckt bleibt und warum eine signifikante Unterbehandlung weiblicher Patienten, trotz ständiger neuer Forschungsergebnisse, global persistiert. Darüber hinaus, erfahren Sie, ob es genetische Unterschiede oder mikrostrukturelle Differenzen in den Gehirnen von betroffenen Frauen und Männern gibt. Ich werde auch diverse Langzeitstudien vorstellen, die sich mit den kognitiven Leistungen dieser Frauen auseinandersetzen und aufzeigen, wie ADHS-Symptome bei Frauen im Kindesalter, in der Pubertät, während der Fortpflanzungszeit und in der Menopause Einfluss nehmen. Abschließend stelle ich die andersartige emotionale Dynamik im Vergleich mit anderen, das Temperament betreffenden psychischen Auffälligkeiten vor. Ferner dient die Arbeit auch als Nachschlagewerk für alle, die fundierte Informationen über diese Störungen suchen. Wenn Sie auf der Suche nach wirksamen Werkzeugen für den Umgang mit ADHS bei Frauen sind, dann ist dieses Werk in den richtigen Händen gelandet.

Mein besonderer Dank gilt meinen Eltern, deren Anregungen für die Gestaltung des Buches von wesentlicher Bedeutung waren. Schließlich möchte ich mich bei allen Hilfesuchenden bedanken, die ihre Geschichten mit mir geteilt haben.

# Geschlechtsspezifische Unterschiede der ADHS

Die ADHS gehört zu den häufigsten diagnostizierten psychischen Auffälligkeiten weltweit. Forschungen zu Folge entwickeln etwa 5 % aller Kinder diese lebensbestimmende Entwicklungsstörung. Die Häufigkeit der Diagnosestellung wird überschattet von der signifikanten Dominanz bei diagnostizierten Jungen, gegenüber Mädchen. Bei der Auswertung psychiatrischer Befunde in einer Langzeitstudie über elf Jahre, zeigt sich ein Verhältnis von 2:1 bis 10:1 mehr Diagnosen, beim männlichen Geschlecht (Danielson et al., 2018). Aber tritt die Krankheit, häufiger bei Männern auf, als etwa bei Frauen? Die obigen Zahlen, möchten diesen Bild vermitteln, sollten allerdings keinesfalls zu diesem Fehlschluss anregen. Sie verdeutlichen lediglich, ein Stigmata-behaftetes Krankheitsbild, wie wir es nach wie vor, in den Köpfen der Eltern und vieler Kliniker wieder findet. Auch in meiner Praxis erlebe ich diesen Entwicklungsstand, noch zehn Jahre nach Veröffentlichung, dieser brisanten Studienergebnisse. Im letzten Jahr hatte ich 13 Jungen und 1 Mädchen in einer ADHS-indizierten Neurofeedbacktherapie (ein alternativmedizinisches Heilverfahren, welches in späteren Kapiteln erläutert wird). Im Erwachsenenalter relativiert sich die Prävalenz-Größe auf 2:1 bis 1,6:1 (Felt et al., 2014). Zum Glück entwickeln viele Frauen mit dem Erwachsenwerden eine ausreichende Selbstwirksamkeit, um sich ein Problem in ihrem Leben einzugestehen und suchen sich eigenständig Hilfe. Sie gehen dem Verdacht auf eigene Verantwortung nach, informieren sich über Symptome und erwirken eine diagnostische Abklärung bei einem geeigneten Therapeuten. Häufig, wie die Auswertung der Fremdanamnesen ausgefüllt durch die Eltern meiner Patientinnen zeigt, entgegen der familiären Annahme, etwas könnte mit Ihrem Kind nicht stimmen. Wieso dürfen Jungs und Männer eine ADHS haben, während den Mädchen so viel häufiger ein „voll funktionsfähig“ etikettiert wird.

Mit diesem Trugschluss, geht naturgemäß eine deutliche Unterversorgung der Frauen einher. Während die jungen Männer, von therapeutischer Unterstützung profitieren, tragen die Frauen Ihr Leid, stumm und gefügig

mit sich. Der bedenkliche „Genderfaktor“ ist schon lange bekannt, findet aber noch immer keine ausreichende Bedeutung in den ADHS-Beratungsstellen,

Diagnoseeinrichtungen und in den Schulklassen, unter der Aufsicht der Lehrkörper. Auch in der Forschung und Studienarbeiten bestehen die Stichproben meist aus mehr Jungen als Mädchen. Schon bei der Vorauswahl für spätere Annahmen und Hypothesen wird eine gerechte Betrachtungsweise also vernachlässigt. Ich möchte mit den folgenden Inhalten, auf diesen Missstand hinweisen und mit den im Folgenden beschriebenen nachgewiesenen genderspezifischen Unterschieden im Verhalten und Erleben der Betroffenen, einen gerechten Beitrag nur für Frauen leisten, nachdem eine Lektüre für Männer ausreichend zur Verfügung steht (Slobodin & Davidovitch 2019).

Die wissenschaftliche Erklärung dafür, dass die ADHS bei Frauen und Mädchen unterdiagnostiziert wird, ist hinreichend aufgezeigt (Biederman et al., 2002; Biederman & Faraone, 2004). Wir haben eine differente Manifestation der Krankheit im weiblichen Geschlecht, in Form von weniger hyperaktiv-impulsivem Verhalten, unabhängig des Subtyp, aber auch eine andere Subtypen Verteilung, mit mehr, vorwiegend unaufmerksamen, als Misch oder hyperaktiv-impulsiven-Subtypen (Hinshaw et al., 2006). Ferner zeigen betroffene Männer und Jungen, vermehrt externalisierende Verhaltensweisen wie (oppositionelles Verhalten, Übergriffigkeit, mangelnde Impulshemmung etc.). Diese finden im Alltag, öfter die Aufmerksamkeit des sozialen Umfeldes und erleben eine vermehrte Zuwendung jeglicher Art. Bei Frauen, die nachgewiesenermaßen eher internalisierende Verhaltensweisen wie Ängste und depressive Symptomatik an den Tag legen, kommt es weniger zu Konfrontationen mit Lehrern, anderen Eltern oder Pädagogen und somit seltener zum Anlass, einer krankheitsbedingten Exploration (Biederman et al., 2010; Hinshaw et al., 2012). Kinder, die ängstlich und unglücklich verstimmt sind, verfügen auch nicht über das gleiche Erkenntnisvermögen wie Erwachsene, welche sich durchaus abgrenzen und selbst um Hilfe bemühen können. Ihre Verhaltensweisen stellen für die Außenwelt keine direkte Bedrohung dar und deswegen findet ihr Leid, keine ausreichende Beachtung.

# Ursprung der ADHS

In den nächsten Kapiteln stelle ich die wissenschaftliche Grundlage der ADHS vor. Die genauen Inhalte können Sie dem Inhaltsverzeichnis entnehmen. Dabei handelt es sich weniger um psychische Perspektiven des subjektiven Erlebens als vielmehr um neurophysiologische Fakten.

ADHS ist eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen, die die Fähigkeit eines Kindes, „normal“ zu funktionieren, beeinträchtigt. Betroffene zeigen veränderte Entwicklungsmuster von Impulsivität, Aufmerksamkeit und Hyperaktivität. Es handelt sich um eine anerkannte psychiatrische Störung, die die Funktion des Gehirns beeinträchtigt. Diese Störung führt dazu, dass Menschen mit ADHS unter (aber nicht ausschließlich) Aufmerksamkeitsdefiziten, Konzentrationsschwierigkeiten, emotionaler Dysregulation und Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung leiden. Kinder mit ADHS werden des Öfteren als „Störenfriede“ bezeichnet. ADHSler sind leicht frustriert und haben Schwierigkeiten, sich auf soziale Interaktionen einzulassen. Können aber genauso, zurückhaltend, introvertiert und internalisierend auftreten und unter einem falsch- oder schlecht geschulten Radar des pädagogischen Umfeldes, mit ihren Leiden unentdeckt bleiben. Die frühzeitige Diagnose und Behandlung von ADHS spielen eine wichtige Rolle bei der Begrenzung von „Folgeschäden“ im Erwachsenenalter und bei der Verhinderung des Auftretens von Komorbiditäten (Begleiterkrankungen). Zu diesem Ergebnis kommen unter anderem die Studien von (Magnus et al., 2022).

## Definitionen

ADHS wurde erstmals vor 200 Jahren beschrieben, doch haben sich die Definitionen, die medizinische Betrachtungsweise sowie die Behandlungs- und Therapieoptionen, besonders in den letzten Jahrzehnten weiterentwickelt. Heute gilt ADHS als die am weitesten verbreitete psychische Störung bei Kindern, die mit strukturellen und funktionellen Veränderungen im Gehirn einhergeht. Während früher angenommen wurde, dass ADHS-bedingtes Verhalten eine Manifestation von umweltbedingten und psychologischen Einflüssen ist, werden die Verhaltensmerkmale heute

auf neurobiologische oder biopsychosoziale Veränderungen zurückgeführt. Früher wurde ADHS als „minimale Hirnfunktionsstörung“ und „hyperaktives/hyperkinetisches Syndrom“ bezeichnet (Mahone & Denckla, 2017).

## **Die Diagnose**

Sir George Frederic Still war der erste Kinderarzt, der ADHS in diversen Vorlesungen klinisch spezifizierte. Er beschrieb sie als „abnorme psychische Zustände bei Kindern, die an einem abnormen Defekt der moralischen Kontrolle“ leiden (Martinez-Badía & Martinez-Raga, 2015).

Die von ihm beobachtete Gruppe von Kindern zeigte aggressives und trotziges Verhalten mit Widerstand gegen Disziplin und übermäßigen emotionalen Reaktionen.

„Seine“ Kinder mit ADHS hatten Schwierigkeiten, ihre Konzentration und Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten, und es fiel ihnen schwerer, aus Reiz-Reaktions-Mustern oder Konsequenzen zu lernen. Die historische Bedeutung dieser Vorlesungen zeigt sich darin, dass diese als Ausgangspunkt für die Anerkennung der ADHS als psychische Auffälligkeit angesehen werden.

## **Genetischer Ursprung von ADHS**

### **Dopamin-Belohnungsweg**

Die Aussicht auf Lust und Belohnung motiviert uns zum Handeln. Dafür sorgen sogenannte neuronale Belohnungswege im Gehirn. Wenn wir Freude oder Glück erleben, wird das Hirn mit Neurotransmittern (Stoffe, die an chemischen Synapsen in unserem Gehirn, die Erregung von einer Nervenzelle auf andere Zellen übertragen) überschwemmt. So entsteht ein nicht hörbares Vergnügen, das Menschen zum Agieren bewegt, oder eben nicht. Betroffene, die unter ADHS leiden, weisen Belohnungs- und Motivationsdefizite auf.

Bei ADHS hat man eine Mutation auf den sogenannten Dopamin-Rezeptoren festgestellt (ein Dopamin-Rezeptor ist eine Empfangseinheit für

Signale durch den Transmitter Dopamin). In den untersuchten Zielgeweben sind Dopamintransporter (ein Protein, welches den Transport des Transmitters Dopamin in die Zelle ermöglicht) bei ADHS-Patienten ebenfalls tendenziell erniedrigt. Dies führt zu einer Beeinträchtigung des Belohnungsweges bei ADHSPatienten. Die verringerte Aktivität mit Dopamin agierender Neuronen und die daraus resultierende verminderte Dopaminausschüttung tragen zu einem erhöhten Schweregrad der ADHS-Symptome bei. Diese Vorgänge im Gehirn werden als ADHS-Dopamin-Hypothese bezeichnet.

### **Noradrenalin-Neurotransmission bei ADHS**

Die Bedeutung der Noradrenalin-Neurotransmission (die Kommunikation zwischen Neuronen über Synapsen) bei ADHS, zeigt sich in der Verbesserung der Symptome nach Verabreichung von Medikamenten, die die Noradrenalin-Neurotransmission hemmen. Noradrenalin moduliert Erregung, Aufmerksamkeit, Wachheit, Vigilanz, Arbeitsgedächtnis und Verhaltenshemmung, indem es auf synaptische Rezeptoren wirkt. Eine verminderte Noradrenalin-Aktivierung sowie der reduzierte Noradrenalin-Spiegel beeinflussen die Erregung des Gehirns bei Betroffenen.

### **Gestörte Neurotransmission und Auftreten von ADHS Symptomen**

Der präfrontale Kortex (eine Verortung im menschlichen Gehirn) ist für die Regulierung der Aufmerksamkeit verantwortlich. Er hemmt die Verarbeitung irrelevanter Reize. Eine gestörte Neurotransmission des präfrontalen Kortex führt zu einer Andersartigkeit der Aufmerksamkeit bei Personen, die an ADHS leiden. Die Hemmung von Verhalten ist eine Funktion, die ebenfalls im Kortex angesiedelt ist. Eine gestörte Noradrenalin-Neurotransmission und eine Minderung von Rezeptoren an dieser Stelle führen zu Hyperaktivität und impulsivem Verhalten. Eine veränderte Noradrenalin- und Dopamin-Neurotransmission beeinträchtigt die Fähigkeit, Emotionen zu regulieren. Dies wiederum führt zur Entwicklung von emotionaler Dysregulation und affektiven Ausbrüchen.

### **Medikamente**

In den 1950er-Jahren wurden stimulierende Medikamente wie Amphetamin von der Forschung für die Behandlung der ADHS oder ihrer Vorstufen, einschließlich minimaler Hirnschädigung, hyperkinetischer Erkrankung und hyperkinetischer Impulsstörung, validiert. Parallel dazu wurde Methylphenidat, ein Amphetaminderivat, synthetisiert und als Ritalin vermarktet. In einer Studie aus dem Jahr 1957 wurde Hyperaktivität als biologischer Mechanismus beschrieben und die Rolle von Stimulanzien bei der Behandlung von ADHS festgehalten. Bei den derzeitigen, am häufigsten verschriebenen Medikamenten zur Behandlung von ADHS, handelt es sich um Stimulanzien wie Methylphenidat. Zu den alternativen Medikamenten für die ADHS-Behandlung gehören alpha-adrenerge Agonisten und Selektive-Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (Connolly et al., 2015).

Eine der größten Datenauswertungen, mit über 2000 Referenzstudien, zeigt eine deutliche Minder-Verschreibung von Stimulanzien bei Mädchen bis 18 Jahren. Dieses Ergebnis korreliert mit den ebenso verminderten diagnostizierten Fällen von ADHS beim weiblichen Geschlecht. Die Kennzahlen relativieren sich mit dem Eintritt in das Erwachsenenalter. Hier beträgt das Verhältnis von Medikation und Diagnose, von Männern zu Frauen, nun 1-2:1. Was meiner Meinung nach immer noch eine Bilanz ist, die zum Nachdenken anregen sollte. Etwa 60 % aller in den USA an einer ADHS erkrankten Kinder, erhalten Medikamente, um die Krankheit zu behandeln (Kok et al., 2020). Nachdem es sich bei Stimulanzien nach wie vor um das Heilmittel 1. Wahl handelt, erfahren Mädchen und junge Frauen also eine Unterversorgung und müssen mit den direkten und indirekten Konsequenzen der ADHS eigenständig zurechtkommen und Bewältigungsstrategien entwickeln. Als wäre dieser Umstand nicht bedenklich genug, sehen sich die betroffenen Mädchen auch häufiger mit Fehldiagnosen konfrontiert. Internalisierende Verhaltensweisen und verhältnismäßig, weniger hyperaktiv-impulsive Symptome, verleiten zu Diagnosen aus dem affektivem und ängstlichen Spektrum. Verwundert darüber, warum die verschiedensten angstlösenden Psychopharmaka nicht gewirkt haben, sprechen immer wieder, verzweifelte Patienten bei mir vor. Eine sorgfältige Differenzialdiagnostik sollte von Kliniker und Patient besonders dann angeregt werden, wenn eine emotionale Symptomatik in