

ADHS bei Mädchen und Frauen

Vortrag am 16. Sept. 2004 im Kultur-Casino Bern
Symposium mit Prof. Th. Brown: „Es ist an der Zeit“: ADHS von jung bis alt, warum Komorbiditäten und Therapie unsere besondere Aufmerksamkeit verdienen

Der Frankfurter Psychiater Heinrich Hoffmann hat bekanntlich in seinem berühmten Buch „Der Struwwelpeter“ Geschichten von ADHS betroffenen Kindern – so auch von Paulinchen - auf eindrückliche Art und Weise beschrieben. Sehr oft begegnen uns bei unseren Patienten ähnliche Verhaltensmodalitäten oder – auffälligkeiten. Eine meiner Patientinnen hat anschaulich von sich selber gesagt: „Für mich war Feuer immer etwas Unkontrollierbares. Das Feuer machte nie was ich wollte, und ich machte wohl nie das Richtige mit dem Feuer“ und sie fährt weiter:

„Es war einmal im Winter, meine Schwester und ich waren alleine zu Hause. Mein Vater machte noch ein Feuer im Kamin bevor meine Eltern weggingen. Meine Schwester und ich spielten oben im Kinderzimmer, wir waren 12 und 13 Jahre alt. Als ich durch das Wohnzimmer lief und sah, dass das Feuer nicht mehr so richtig brannte, kam mir die glorreiche Idee das Feuerchen neu zu entfachen. Voller Enthusiasmus legte ich ein paar Holzstücke in die Glut und griff zu der neben mir stehenden Spritflasche. Ich schraubte den Sicherheitsverschluss auf und spritzte mit der Düse die Flüssigkeit auf die Glut. Es waren nur Bruchstücke einer Sekunde und es gab eine riesige Flamme, ich sprang auf und lief nach oben um meine Schwester zu rufen...“

Wenn von ADHS die Rede ist, denkt man in der Regel an den „Zappelphilip“ oder „Hans-Guck-in- die-Luft“, an die „Geschichte mit dem Feuerzeug“ und Paulinchen ist jedoch weniger bekannt. Doch auch bei Paulinchen können wir davon ausgehen, dass sie ADHS-Betroffen ist, handelt sie doch unbesonnen, auf der Suche nach dem Kick, impulsiv und ohne sich Rechenschaft über ihre Handlungsweise abzulegen.

Warum werden auch heute noch viel weniger häufig Mädchen auf ADHS abgeklärt, diagnostiziert und therapiert als Knaben ? Noch bis vor wenigen Jahren wurden vor allem die Knaben deshalb als ADHS-Betroffen diagnostiziert, weil sie durch ihr Verhalten besonders auffallen. Hyperaktiv, impulsiv, sozial nicht angepasst und konzentrationsschwach stören sie den Unterricht, finden ihren Platz im Klassenverband nicht und werden so frühzeitig von Eltern und Lehrkräften dem Arzt oder Psychologen überwiesen.

Die Prävalenz der ADHS wird bei Kindern auf 4 - 8% und bei Erwachsenen auf 2 - 4% geschätzt. Gemäss neuesten Studienergebnissen sind fast so viele erwachsene Frauen wie Männer von einer ADHS betroffen. Der Ausprägungsgrad kann allerdings stark variieren und bemerkenswert ist die Tatsache, dass sich die Hyperaktivität bei den Erwachsenen häufig verliert oder sich als eine subjektiv empfundene innere Unruhe manifestiert.

Die Fachliteratur zur ADHS ist heutzutage wirklich umfangreich, ob in Englisch, Deutsch, Spanisch oder in anderen Sprachen, immer werden jedoch weiterhin vorwiegend verhaltensauffällige Knaben beschrieben. Bereits 1902 erfolgte im „Lancet“ die medizinische Erstbeschreibung durch den englischen Kinderarzt G.F.Still. Auch er beschrieb impulsive, hyperaktive Kinder und sah als Grund für deren Symptomatik ein Versagen von Hemmungsmechanismen und eine gestörte Aufmerksamkeit. 1937 wurden durch den amerikanischen Kinderpsychiater W. Bradley erstmals erfolgreich Stimulanzien bei solchen Buben verabreicht. Es wurde zunehmend über das Krankheitsbild geforscht, es wurde von einem Minimal Brain Damage, später Minimal Brain Dysfunction gesprochen. 1980 wird in der DSM III für das Krankheitsbild erstmals der Begriff „Attention Deficit Disorder“ eingeführt. 1984 veröffentlichen der Däne H.C. Lou und Mitarbeiter erste Forschungsergebnisse über die der ADHS zugrundeliegende Neurobiologie. 1990 zeigt der amerikanische Hirnforscher A.Zametkin anhand von bildgebenden Verfahren, dass auch erwachsene ADHS-Betroffene eine geringere metabolische Aktivität in gewissen Regionen des Zentralnervensystems aufweisen. 1994 setzt F.X. Castellanos funktionelle MRI - Untersuchungen zur Erforschung der ADHS ein und ebenfalls in diesem Jahr werden in der DSM IV die noch heute geltenden, allerdings nur für Kinder validierten Diagnosekriterien der ADHD, resp. ADHS veröffentlicht. Im deutschen Sprachraum war allerdings noch lange die Rede vom Hyperkinetischen Syndrom und in der Deutschschweiz wird auch heute noch häufig vom Psychoorganischen Syndrom gesprochen.

Es ist vor allem der Verdienst des amerikanischen Kinderpsychiaters Paul H. Wender, dass wir heute so viele Erkenntnisse über die ADHS im Erwachsenenalter besitzen. Er hat die Entwicklung dieser Kinder, auch hier wiederum vor allem Knaben weiterverfolgt und bereits in den 90 - er Jahren sein erstes Buch über erwachsene ADHS - Betroffene veröffentlicht.

Heute ist es offensichtlich, dass sich die Problematik in der Pubertät nicht auswächst und dass im Erwachsenenalter Frauen ungefähr gleich häufig wie Männer betroffen sein können, jedoch in der Regel ein etwas anderes Störungsbild aufweisen. In den USA haben sich die Psychologin Kathleen Nadeau, die Kinderärztin Patricia Quinn, sowie Sari Solden speziell mit der Problematik der ADHS bei Frauen beschäftigt.

Die Forschung zur ADHS steht nicht still, Familienuntersuchungen, Zwillingsstudien und Adoptivstudien belegen eine erhebliche hereditäre Komponente, demzufolge werden in zunehmendem Mass auch molekulargenetische Untersuchungen durchgeführt. Aber auch neuropsychologische Erklärungsmodelle sind die Grundlage für ein besseres Verständnis der ADHS. Namhafte Forscher sind neben vielen anderen in den USA vor allem Biedermann, Faraone und Swanson sowie Barkley und T.E.Brown, in Deutschland ua vor allem das Ehepaar Johanna und Klaus Henning Krause aus München.

Auch die Forschung zur ADHS bei Frauen nimmt langsam zu, dies ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil wir heute wissen, dass bei den betroffenen Frauen vor allem die Aufmerksamkeitsproblematik, dh die gestörte Informationsverarbeitung im Vordergrund steht.

Mädchen und später Frauen können ebenfalls hyperaktiv sein, sind aber aufgrund der Sozialisierung – jedenfalls in unseren Breitengraden – viel anpassungsfähiger

und fallen daher weniger auf. Eine mangelhafte Impulskontrolle wird bei Mädchen und Frauen auf noch weniger Akzeptanz stossen, als dies bei Buben und Männern der Fall ist. Impulsive Frauen werden unter einem enormen Energieaufwand versuchen, sich bis hin zur Erschöpfung zusammen zu reissen oder eine depressive Entwicklung kann die Folge sein. Es kommt daher relativ häufig vor, dass Frauen unter einer Depression leidend diagnostiziert werden, statt dass an eine ADHS als Ursache gedacht wird.

Die Mehrzahl der betroffenen Mädchen und Frauen gehören aber gemäss der amerikanischen Einteilung DSM IV nicht zum hyperaktiven-impulsiven, sondern zum unaufmerksamen Typus. Diese Mädchen sind keine Störenfriede, weder in der Familie noch in der Schule, ihre Defizite werden nicht richtig interpretiert und dieser Umstand kann schwerwiegende Folgen für die persönliche und berufliche Laufbahn mit sich bringen. Hinzu kommen die leider noch vielerorts bestehenden Rollenklischees, die besagen, dass Frauen sowieso heiraten und wenn sie Mütter werden, es für die Kinder eh besser sei, wenn die Mutter zu Hause bleibt.

Aber gerade ADHS-betroffene Frauen haben es besonders schwer, mit der Organisation und Routine im Haushalt zurechtzukommen. Kritische Stimmen bleiben nicht aus: Bald einmal wird von "schlechten" Ehefrauen, "faulen" Hausfrauen und "unfähigen" Müttern gesprochen. Die Frauen werden mit Unverständnis konfrontiert. Das einst so herzige, stille und träumerische Mädchen, das in der Schule wegen ihrer ausgeprägten Ablenkbarkeit nur mittelmässige Leistungen vollbrachte, habe doch jetzt mit der Gründung einer Familie eine Chance im Leben erhalten und gebe sich dazu jetzt nicht einmal Mühe.....

Die Möglichkeit, dass Mädchen und später Frauen an einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung leiden könnten, wird gar nie in Erwägung gezogen.

Mit anderen Worten heisst das so viel: Mädchen werden bis heute viel seltener im Kindesalter erfasst und müssen sich so ein Leben lang mit Konsequenzen herumplagen, die eine nicht diagnostizierte ADHS mit sich bringt.

Der Goldstandard für die Diagnose wird auch für Erwachsene vorerst noch durch die bekannten Kriterien des DSM IV gestellt. Im Gegensatz zu den in Europa verwendeten ICD 10 – Kriterien der WHO wird in dieser amerikanischen Einteilung das Vorhandensein der Hyperaktivität nicht zwingend gefordert.

Zurück zu Paulinchen, unserer Patientin vom Anfang:

Kinder werden erwachsen: Aus Paulinchen ist Paula geworden. Die heute 26jährige Patientin kam nach der Lektüre meiner Bücher, in denen sie sich mit einigen der beschriebenen Fälle identifizieren konnte, mit der Frage zu mir, ob ihre Schwierigkeiten nicht durch eine ADHS erklärt werden könnten:

Auf den ersten Blick hatte ich den Eindruck, eine aufgestellte junge Frau vor mir zu haben. Entsprechend erzählte sie auch: "Ich habe eigentlich wirklich alles: eine Familie, die noch immer glücklich zusammen ist, eine wunderschöne Wohnung, ein absolut tolles Auto, einige gute Freunde, die mich kennen und mich nicht als oberflächlich einschätzen, einen guten Verdienst und trotz alledem habe ich Angst vor der Zukunft. Das Schlimme für mich ist dann, wenn mich die Leute nicht verstehen wollen und nur sagen: das kommt von alleine".

„Mein Tagesrhythmus ist chaotisch, morgens komme ich kaum aus dem Bett und abends bin ich lange nicht müde. Ich kann mitten in der Nacht aufstehen und irgendetwas nähen oder aufräumen. Es sieht bei mir fast immer so aus, als hätte eine Bombe eingeschlagen, welcher Mann kann das auf die Dauer nur ertragen? Ich fühle mich häufig überfordert mit meinen vielen Ideen und bringe kaum etwas zu Ende. Ich weiss nicht, was ich von mir halten soll, je nach Freundeskreis verwandle ich mich von einer schicken, gestylten Frau zur ausgeflippten Hippie. Ich wünsche mir, dass ich nicht so einen vollen Kopf hätte, dass ich bei einem Gespräch nicht immer nachfragen muss über was eigentlich geredet wird, ich wünsche mir, statt an den nicht entsorgten Müll an etwas Sinnvolleres zu denken oder etwas zu tun, was meine Freizeit ausfüllt, ich wünsche mir innerlich zur Ruhe zu kommen ohne dazu immer wieder zu einem Joint greifen zu müssen...“

Wenn immer möglich versuche ich, zusätzliche Informationen von den nächsten Bezugspersonen meiner Patientinnen zu erhalten, diese vor allem in Bezug auf die Kindheit. So auch bei Paula:

Die Mutter berichtete, dass Paula bereits im Vorschulalter aufgefallen sei, weil sie sich beim Würfeln nicht merken konnte wie 3 oder 5 oder 6 „Augen“ aussehen und immer nachzählen musste, eine Abklärung habe stattgefunden und es sei eine Dyskalkulie festgestellt und entsprechend behandelt worden. Aber auch im Sprachlichen sei sie irgendwie anders gewesen. Sie fiel mit Wortkreationen wie „vormorgen“ und „übergestern“ auf, hatte grosse Mühe sich zeitlich zu orientieren, dh wusste kaum, welche Jahreszeit herrschte, ob der jeweilige Wochentag anfangs oder Ende Woche war. Die Schulzeit sei ständig von einem Kampf um verlorene Gegenstände geprägt gewesen.

Und weiter führt die Mutter aus: „Aus heutiger Sicht ist mir klar, dass die Schwierigkeiten, die für uns mit der Rechenschwäche weitgehend abgehackt waren, keinesfalls aufhörten und eigentlich bis heute andauern. Ich denke sogar, dass Paula heute wirklich darunter leidet, so vergesslich zu sein, mit so vielen banalen Dingen wie Kehrrichtentsorgung, Esswareneinkauf, Tagesplanung (was braucht wie viel Zeit) mehr schlecht als recht zurechtkommt. Zudem hat sie ca. alle 3 Monate eine schwere Schlafkrise und ist als Ganzes gesehen auch psychisch nicht sehr belastbar. Nur dank ihrer Tätigkeit in unserer familieneigenen Firma, kann sie sich entsprechende Ausfälle leisten. Ueber Paula könnte man fast ohne Ende sprechen und erzählen, weil sie so facettenreich, interessant, wenn auch verworren, und gleichzeitig sehr einfühlsam in andere Menschen ist. Allerdings raubt sie sich durch ihre Lebensart auch viel Energie. Ich denke es ist wichtig für Paula zu verstehen, dass ihre Schwierigkeiten keine Fehler im Sinne einer Charakterschwäche sind. Sie sollte alles unternehmen, um mit sich und dem Leben in ein möglichst dauerhaftes Gleichgewicht zu kommen und die Stimmungsschwankungen nicht als etwas Schreckliches zu erleben“.

In so einem Fall drängt sich eine ADHS Abklärung geradezu auf. Mädchen fallen seltener durch ein unangepasstes Verhalten auf. Sie kompensieren ihre Defizite unter Umständen mit einem hohen Intelligenzpotential oder werden durch ihre Familie derart gestützt, wie dies bei Paula der Fall ist, dass die Symptome nicht als schwerwiegend auffallen, so dass es schwierig wird, eine ADHS zu eruieren.

Dies ist wie im folgenden Beispiel sehr häufig der Fall: Im Lebensbericht dieser anderen Patientin steht: „Ab der sechsten Klasse wurde an der Bezirksschule im Fachlehrersystem unterrichtet. Dort tauchten dann auch erstmals Blockaden auf

beim Lernen von Texten, Gedichten, in Geometrie, Mathematik und Physik. Wenn ich viel Stoff bewältigen musste, war ich unfähig zu strukturieren und irgendwo anzufangen. Ein Beispiel: An einem freien Nachmittag hatte ich Mühe mit meinen Aufgaben zu beginnen. Nach Vaters Feierabend klagte ich über mein Problem und er schlug mir vor, mit ihm im Garten zu arbeiten und nebenher die Vokabeln und das Gedicht zu lernen. Dies gelang mir durch seine Unterstützung und das Loslassen des Druckes recht gut. Diese Erfahrung hat mich geprägt. Noch heute lerne bzw. arbeite ich an schwierigen Aufgaben draussen in der Natur oder lerne Prüfungsstoff-Zusammenfassungen unterwegs beim Wandern. Dieses im-Fluss-sein wirkt sich positiv auf meine Merkfähigkeit aus und verhilft mir zudem zu guter Schlafqualität, weil ich viel besser abschalten kann, wenn ich gleichzeitig körperlich und geistig müde bin."

Typischer kann eine Beschreibung kaum sein, die Aufmerksamkeitsstörung, wie sie "im Buche steht". Diese Patientin litt, weil sie Probleme mit der Merkfähigkeit hatte, ihr Leben nicht strukturieren konnte, einen zusätzlichen Stimulus benötigte, um überhaupt Dinge in Angriff nehmen zu können.

Wie diese Patientin haben sich auch andere ADHS-betroffene Frauen Strategien angeeignet bzw. aneignen müssen, um die Schule, die Ausbildung, ja das Leben überhaupt meistern zu können.

Der Leidensdruck, den diese Frauen erleiden bis sie die angemessene Therapie erhalten, ist gross.

Die DSM IV-Kriterien können nur begleitend sein, reichen aber zu einer umfassenden Diagnosestellung bei Mädchen und Frauen bei weitem nicht aus. Es braucht zusätzliche Kenntnisse über die ADHS bei Frauen. Die emotionale Labilität, die Selbstwertproblematik, die Hypersensibilität, die hormonellen Schwankungen, die Essstörungen und das andere Sexualerleben sind neben der Aufmerksamkeitsproblematik wichtige Themenkreise, mit denen sich Fachleute, die sich ADHS-betroffenen Frauen annehmen wollen, auseinandersetzen müssen.

Die emotionale Labilität ist für ADHS-betroffene Frauen besonders typisch. Diese Patientinnen haben rasche Stimmungswechsel, die nur kurz anhalten und schnell durch gegenteilige Affekte abgelöst werden können. Eine depressive Stimmungslage kann schnell in eine euphorische umkippen und umgekehrt. Kleinste Vorkommnisse, eine Bemerkung oder eine Geste können diesen abrupten Wechsel der Stimmung hervorrufen. Diese Schwankungen sind für den Betroffenen wie auch für seine Umgebung schwer zu verstehen und zu akzeptieren.

Hierzu eine Patientin: "Immer wieder erlebe ich, wie verunsichert ich doch bin, wie wenig selbstbewusst ich mich fühle, wie ich durch Stimmungsschwankungen von Euphorie bis hin zu tiefer Traurigkeit in meinem Alltag beeinflusst und bestimmt bin. Immer wieder werde ich von Gefühlen überflutet und meine Gedanken sind oft so sprunghaft, dass mir meine Gesprächspartner nur schwer folgen können."

Diese emotionale Instabilität bleibt nicht ohne Folgen, sie schlägt sich auf die Selbsteinschätzung der Betroffenen nieder und das Ergebnis ist eine negative Selbstwahrnehmung.

ADHS-betroffene Menschen, insbesondere Mädchen und Frauen, sind überaus empfindsam, intuitiv und können sich leicht in andere Menschen einfühlen, erleben aber diese Hypersensibilität nicht als besondere Gabe, sondern eher als Belastung. Es sind zu viele Gefühle, die sie nicht verarbeiten können. Schon früh spüren sie,

dass sie irgendwie anders sind, wissen aber nicht warum, was ebenfalls zu einem negativen Selbstbild und nicht selten zu depressiven Reaktionen führt.

Frauen sind aber nicht nur ihrer emotionalen Labilität und Hypersensibilität unterworfen, hormonelle Schwankungen scheinen bei ADHS-betroffenen Frauen stärker ausgeprägt zu sein als sonst bei Frauen. Während der Pubertät sind ADHS-Mädchen besonders reizbar, verfallen in Tagträumereien, sind in sich gekehrt und erleiden häufig erste depressive Verstimmungen. Die Aufmerksamkeitsdefizitstörung verschlimmert sich, die Mädchen müssen sich noch mehr anstrengen, um den Notendurchschnitt beizubehalten und entwickeln zunehmend ein negatives Selbstbild.

Die Schwangerschaft, für die meisten Frauen eine stressige Zeit, ist im Gegensatz dazu für ADHS-Frauen häufig die beste Zeit ihres Lebens. So sagte beispielsweise eine Patientin: "Wenn es möglich wäre, möchte ich immer schwanger sein. Dann bin ich ausgeglichen, kann mich organisieren, ich packe alles an, nichts bleibt liegen und ich fühle mich rundherum wohl." Einer anderen Patientin erging es ähnlich, sie brachte Zwillinge zur Welt, stillte diese während fast einem Jahr und ihre ADHS-Symptome schienen sich verflüchtigt zu haben. Zwei Monate nachdem sie abgestillt hatte, kehrten die Konzentrationsstörungen, Merkfähigkeitsstörungen und ihre mangelhafte Organisationsfähigkeit wieder zurück...

Es scheint ein Zusammenhang zwischen dem Östrogenspiegel und den Neurotransmittern Serotonin, Dopamin und Noradrenalin zu bestehen. In der Menopause profitieren ADHS-betroffene Frauen von Östrogen-Ersatzpräparaten besonders gut. Der Hormonhaushalt bei ADHS-betroffenen Frauen spielt eine grosse Rolle im Sexualerleben. Aufmerksamkeitsgestört, hypersensibel, in einem negativen Selbstbild befangen und auf der Suche nach einem Stimulus spielen die Hormone je nach Zeitpunkt im Zyklus schon mal "verrückt". Häufig wechselnde Partnerschaften, ungeplante Schwangerschaften sind nicht selten anzutreffen. Auch vermeintlich glücklich verlaufende Ehen sind oft gefährdet, die Patientinnen gehen Liebschaften ein, nicht aus mangelnder Liebe zum Ehemann, sondern auf der Suche nach dem Kick, Routine auch in einer Beziehung wird schlecht ausgehalten. Die Sexualität der ADHS-betroffenen Frauen verläuft selten nach einem bestimmten Muster: Entweder sie haben Schwierigkeiten sich auf das Liebesspiel einzulassen, sich darauf zu konzentrieren oder sie hyperfokussieren und können gar nicht genug bekommen.

Die Komorbidität bei der ADHS ist hoch. Depressionen, bipolare Störungen, Angst- und Essstörungen sowie Suchterkrankungen finden sich häufig in Kombination mit einer ADHS. Dieser Tatsache gilt es Rechnung zu tragen, wenn differentialdiagnostische Überlegungen erfolgen sollen.

Eine meiner ADHS-Patientinnen leidet zusätzlich unter einer Essstörung und berichtet: "Ich muss ständig etwas essen, besonders bei der Büroarbeit. Wenn ich nichts zu essen habe, werde ich ganz nervös und gehe auf die Suche nach Essbarem. Besonders abends nach dem Abendessen muss ich immer noch etwas Feines haben. Manchmal habe ich so viel in mich hinein gestopft, dass ich mich übergeben musste. Dann habe ich mich geschämt, dass ich so etwas tue, wo doch so viele Menschen auf der Welt an Hunger sterben. Ich spüre zwar, dass mein Magen voll ist, aber der Drang nach mehr bleibt. Das Erbrechen bekam ich wieder in den Griff, weil ich mich zwang, aufzuhören, bevor ich Magenschmerzen bekam. Ich schaffte es immer wieder einmal, eine Diät durchzustehen. Dann kann ich kurzfristig konsequent sein, aber am Ende überfällt mich die Fresssucht meist doppelt so stark."

Unter jungen ADHS betroffenen Frauen finden sich häufig an einer Bulimie leidende Patientinnen.

Die besprochenen Probleme sind entweder Folge einer nicht diagnostizierten ADHS oder sind mit einer ADHS zusammenhängend. Nur die genaue Kenntnis der Symptome einer ADHS wird Klarheit erbringen und eine "saubere" Diagnose erstellt werden können. Das hat therapeutische Konsequenzen und ist der Grund dafür, dass ich immer wieder auf eine exakte und gesamthafte Abklärung bestehe.

Wie zeigt sich aber die Aufmerksamkeitsproblematik speziell bei Frauen? In meiner Erfahrung sind die Konzentrations- und Merkfähigkeitsschwierigkeiten zwar individuell verschieden, es besteht aber kein grosser Unterschied zwischen Männern und Frauen. Anders verhält es sich mit der Ablenkbarkeit; Frauen tendieren häufiger sich in Tagträumen zu verlieren als Männer. Das hat aber möglicherweise auch mit den Arbeitsanforderungen zu tun.

Wie ich bereits erwähnte, ist die Haushaltsroutine für ADHS-betroffene Frauen nicht einfach zu ertragen. Eine 50-jährige Patientin schildert dies folgendermassen: "Ich baue auch heute noch oft Luftschlösser, besonders während monotonen Arbeiten wie Gemüserüsten oder Staubsaugen, eigentlich bei allen Putzarbeiten "durchlebe" ich Geschichten, in denen ich immer die Heldin bin. Ich habe Visionen und Fantasien, was ich noch machen könnte, anderes erleben könnte – nur Realität wird es nie. Die Träume beeinflussen auch meine Stimmung "danach" (wenn ich gestört werde oder mich selbst zur Ordnung rufe, weil ich den Kopf bei der Arbeit haben muss).

Haushaltsführung und ADHS vertragen sich schlecht, die mangelnde Organisationsfähigkeit zeigt sich hier am deutlichsten: "Mit Ordnung und Haushalt habe ich ein grosses Problem. Ich schaffe es einfach nicht, den ganzen Haushalt in Ordnung zu halten. Wenn ich mich darauf konzentriere, dass die Küche und das Wohnzimmer sauber und aufgeräumt sind, bleibt sicher die Wäsche irgendwo liegen. Wenn ich jedoch die Betten mache und das Badezimmer putze, komme ich mit dem Abwasch nicht voran. Ich kann sehr gut anfangen zu putzen, bevor ich jedoch damit fertig bin, habe ich schon an drei anderen Orten begonnen, aufzuräumen oder sitze mit einem Buch, das ich gerade gefunden habe auf dem Sessel und lese."

Kürzlich erzählte mir eine ADHS-betroffene Aerztin, dass sie anders als ihre Kollegen und Kolleginnen, ihre Ferien nie voll geniessen könne. Sie verbringe jeweils die ersten Ferientage damit, Ordnung in ihrem Chaos an angesammelten Papieren, Notizen und Unterlagen zu schaffen. Männer haben meistens Ehefrauen und/oder Sekretärinnen, die für sie die administrativen Arbeiten erledigen...

Als kleine Mädchen wurden sie nicht erfasst, sie wuchsen heran, wurden junge Frauen, Berufsfrauen, Ehefrauen und Mütter. Mit jeder neuen Lebensphase steigen die Anforderungen, die protektive, unterstützende Hilfestellung durch die Ursprungsfamilie ist nicht mehr gegeben. ADHS-Frauen fühlen sich überfordert, ihr negatives Selbstbild sehen sie bestätigt. Sie sind erschöpft, dekompensieren und werden depressiv.

Sowohl Frauen wie auch Männer durchlaufen regelrechte Therapieodysseen bis sie an die richtige Stelle gelangen, d.h. an einen fachkundigen Therapeuten, der sich in der Thematik der ADHS auskennt. Eine umfassende Abklärung ist eminent wichtig, nur so wird man seinen Patienten gerecht.

Die Therapie der ADHS im Erwachsenenalter besteht wie bei Kindern in einem multimodalen Ansatz. Die ADHS kann als ein bio-psycho-soziales Phänomen verstanden werden und dementsprechend wird sich die Therapie auf ein Drei-Säulen-Modell stützen:

- die medikamentöse Therapie
- die Psychotherapie und
- das Coaching.

Vorrangig zur Therapie sollte aber immer eine ausführliche Aufklärung über das Krankheitsbild stattfinden. Die Erfahrung hat gezeigt, dass viele Patientinnen eine enorme Erleichterung erfahren, wenn sie endlich eine Erklärung erhalten und ihr "Anderssein auf der Welt" verstehen können.

Die medikamentöse Therapie beinhaltet als Basisedikation die Therapie mit Stimulanzien. Diese muss häufig mit einer antidepressiven Medikation kombiniert werden. Viele Patientinnen betreiben im Sinne einer Selbstmedikation Suchtmittelmissbrauch mit Nikotin, Alkohol und Cannabis – dies sollte vorgängig zur Medikation angegangen werden.

Parallel zur medikamentösen Therapie sollte eine Psychotherapie stattfinden. Dabei hat sich die kognitive Verhaltenstherapie am besten bewährt. Die praktisch immer vorhandene Selbstwertproblematik sollte hierbei vor allem bearbeitet werden. In den Worten einer Patientin: „An meinem Selbstvertrauen muss ich immer noch arbeiten. Manchmal kommen Dinge aus der Vergangenheit wieder hoch, das schmerzt sehr. Für viele ist es unbegreiflich, dass man so ungehalten wie ich überhaupt reagieren kann, ich nehme vieles zu persönlich, bin schnell gekränkt, Alles geht mir so unheimlich nahe, manchmal kann ich gar nicht mehr klar denken...“

Als Ergänzung zur medikamentösen Therapie und der Psychotherapie hat sich das Coaching zusätzlich als hilfreich erwiesen mit dem Ziel, die Verbesserung der Selbststrukturierung und Selbstorganisation im Alltag zu erreichen.

Die meisten Patienten/Patientinnen sprechen gut auf die Therapie an. Anschliessend ist nicht selten der Moment gekommen, die Ressourcen – die viele Patienten mitbringen, jedoch brachliegen lassen – wieder zu entdecken und zu mobilisieren.

So zum Beispiel auch bei der 26 jährigen Julia, als sie zu mir kam, arbeitete sie als Verkäuferin, war unglücklich über diese Tätigkeit, traute sich aber wegen ihrer ADHS, die schon im Kindesalter diagnostiziert wurde, keine weitere Ausbildung zu. Chaotisch, impulsiv, leicht abgelenkt, unter ausgeprägten Stimmungsschwankungen leidend präsentierte sie sich in meiner Praxis. Eine erneute Abklärung und die Einleitung der Therapie brachten den Wandel: heute macht sie eine Ausbildung als Kleinkinderzieherin, in einem Jahr sollte sie abgeschlossen haben. Im letzten Zwischenzeugnis stand geschrieben: „Julia pflegt eine herzliche und verständnisvolle Beziehung zu den Kindern und unterstützt sie in ihren Bedürfnissen. Sie ist zuverlässig, ausgeglichen und verantwortungsbewusst. Ihr strukturierter und zielorientierter Arbeitsstil hilft ihr, die vielfältigen Aufgaben von Betrieb und Schule effizient zu erledigen!“

Zum Abschluss wieder zurück zu Paula. Nachdem die Diagnose einer ADHS feststand, wurde eine Therapie mit Stimulanzien eingeleitet und parallel Gespräche mit einem kognitiv verhaltenstherapeutischen Ansatz durchgeführt. Sie ist heute stimmungsmässig stabil, hat einen strukturierten Tagesablauf, einen gesunden Schlaf und kifft nicht mehr. Sie steht jetzt vor der Entscheidung, weiter im elterlichen Betrieb zu arbeiten, dann müsste sie, um eine gewisse Unabhängigkeit zu erlangen, noch einen KV Abschluss anstreben oder – doch fast lieber - ihren künstlerisch-kreativen Neigungen zu folgen, wobei sie sich überlegen muss, wie sich dies praktisch umsetzen lässt.

„Mittlerweile bin ich 26 und besitze ein Kamin. Ich weiss, wie damit umzugehen ist. Ich liebe es, vor dem Kamin zu sitzen und dabei etwas zu lesen und Tee zu trinken. Zur Sicherheit jedoch habe ich mir sogar einen kleinen Feuerlöscher angeschafft. Hmmm, da kommt mir in den Sinn, wo ist der eigentlich?“