

Bachelor-Arbeit

Studiengänge Sozialpädagogik
Kurs VZ 21-2

Ramona Rüegg und Maryrose Maeder

Auswirkungen einer späten AD(H)S-Diagnose auf das Leben von Frauen

Handlungsempfehlungen für Fachpersonen der Sozialen Arbeit

Diese Arbeit wurde am **03.01.2025** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive
der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Urheberrechtlicher Hinweis:

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Keine weiteren Einschränkungen — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Studiengangleitung Bachelor

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von mehreren Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt daher nahe, dass die Diplomand_innen ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im August 2024

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

Abstract

Diese Bachelorarbeit untersucht die geschlechtsspezifischen Auswirkungen von AD(H)S bei Frauen, insbesondere in Bezug auf Spätdiagnosen. Die unterschiedlichen Symptome, Bewältigungsstrategien und die psychosozialen Folgen von AD(H)S werden aus der Sicht von weiblichen Betroffenen betrachtet. Eine qualitative Forschung in Form von biografischen Interviews mit sechs Teilnehmerinnen ergänzt die Arbeit. Diese liefert einen Einblick in die individuellen Herausforderungen und Strategien im Umgang mit einer späten Diagnose. Um die diagnostischen Lücken und ihre sozialen Auswirkungen zu erforschen, werden theoretische Grundlagen zu AD(H)S mit den Ergebnissen aus der Praxis kombiniert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Symptome bei den Befragten oft internalisiert und überwiegend dem unaufmerksamen Typus zuzuordnen waren. Dies verstärkte die Entwicklung negativer Bewältigungsmuster sowie komorbider Störungen. Die Erkenntnisse zeigen die Bedeutung einer geschlechtersensiblen Herangehensweise. Sie formulieren praxisorientierte Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit, um Betroffene frühzeitig zu unterstützen und ihre Lebensqualität zu verbessern.

Danksagung

Unser herzlichster Dank gilt den sechs Frauen, die uns mit ihrer Offenheit und ihrem Vertrauen einen tiefen Einblick in ihre Lebensrealität ermöglicht haben. Ohne ihre Bereitschaft, ihre Geschichten und Erfahrungen mit uns zu teilen, wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Ebenso danken wir unserer Begleitperson, die uns während dieses Prozesses mit Rat und Unterstützung sehr geholfen hat. Ein besonderer Dank geht an unsere Fachexpertin für ihre wertvollen Inputs sowie an alle, die unsere Arbeit aufmerksam gegengelesen und mit konstruktivem Feedback bereichert haben.

INHALTSVERZEICHNIS

ABSTRACT	III
DANKSAGUNG	IV
1. EINLEITUNG	1
1.1 AUSGANGSLAGE UND RELEVANZ	1
1.2 BEGRIFFSVERWENDUNGEN UND GESCHLECHTERPERSPEKTIVEN.....	2
1.3 ZIEL UND FRAGESTELLUNGEN DER BACHELORARBEIT	2
1.4 AUFBAU DER BACHELORARBEIT.....	3
2. AD(H)S MIT BLICK AUF GENDERSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE	4
2.1 ÄTIOLOGIE	4
2.2 KLASSIFIKATIONSSYSTEME.....	5
2.3 SYMPTOME UND BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN BEI AD(H)S	7
2.3.1 <i>Symptome mit genderspezifischer Perspektive</i>	8
2.3.2 <i>Bewältigungsstrategien mit genderspezifischer Perspektive</i>	9
2.4 AD(H)S IM LEBENSVERLAUF.....	10
2.5 PRÄVALENZ.....	13
2.6 KOMORBIDITÄT BEI AD(H)S	15
3. GENDER HEALTH GAP	18
3.1 DIAGNOSEKRITERIEN UND SCREENING-INSTRUMENTE.....	19
3.2 SPÄTDIAGNOSEN BEI AD(H)S	21
4. FORSCHUNGSMETHODE	24
4.1 BIOGRAFISCHE INTERVIEWS	24
4.2 SAMPLING.....	25
4.3 DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS	25
4.4 DATENAUSWERTUNGSMETHODE	26
5. FORSCHUNGSERGEBNISSE	27
5.1 SYMPTOMATIK	27
5.2 BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIE UND MALADAPTATION	31
5.3 KOMORBIDITÄT	35
5.4 LEIDENSDRUCK	38
5.5 STIGMA	41
5.6 SPÄTDIAGNOSE	44
5.7 ANLIEGEN DER BETROFFENEN	47

6. INTERPRETATION DER FORSCHUNGSERGEBNISSE	52
7. BEDEUTUNG FÜR DIE SOZIALE ARBEIT	55
7.1 BEWERTUNG AUS SICHT DER SOZIALEN ARBEIT	55
7.2 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR FACHPERSONEN DER SOZIALEN ARBEIT.....	57
7.2.1 <i>Prävention</i>	58
7.2.2 <i>Früherkennung</i>	61
7.2.3 <i>Intervention</i>	63
8. SCHLUSSWORT	67
9. AUSBLICK	68
10. QUELLENVERZEICHNIS	69
11. ANHANG	76
A LEITFADEN TEILSTRUKTURIERTES BIOGRAFISCHES INTERVIEW	76
B AUSWERTUNG IN TABELLEN.....	77

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: PRÄVALENZ VON AD(H)S- DIAGNOSEN (BACHMANN ET AL., 2017) 14

TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 1: VERGLEICH KLASSIFIKATIONSSYSTEME (EIGENE DARSTELLUNG)7
TABELLE 2: ZUSAMMENFASSUNG SYMPTOMATIK ERGEBNISSE (EIGENE DARSTELLUNG)..... 31
TABELLE 3: ZUSAMMENFASSUNG BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN ERGEBNISSE (EIGENE DARSTELLUNG)..... 35
TABELLE 4: ZUSAMMENFASSUNG KOMORBIDITÄT ERGEBNISSE (EIGENE DARSTELLUNG) 38
TABELLE 5: ZUSAMMENFASSUNG LEIDENSDRUCK ERGEBNISSE (EIGENE DARSTELLUNG)..... 40
TABELLE 6: ZUSAMMENFASSUNG STIGMA ERGEBNISSE (EIGENE DARSTELLUNG)..... 44
TABELLE 7: ZUSAMMENFASSUNG SPÄTDIAGNOSE ERGEBNISSE (EIGENE DARSTELLUNG)..... 47
TABELLE 8: ZUSAMMENFASSUNG ANLIEGEN DER BETROFFENEN ERGEBNISSE (EIGENE DARSTELLUNG)..... 50

1. Einleitung

«Das macht mich sehr perplex, dass es so weit kommen muss. Dass man so lange damit auskommen muss, man weiss nicht, was es ist oder wieso es ist. Und die erste Frage, die ich mir natürlich schon auch gestellt habe, wieso erst jetzt?». Diese Worte einer Teilnehmerin aus der Forschung der vorliegenden Arbeit verdeutlichen die Verwirrung und Verzweiflung einer Spätdiagnose der Aufmerksamkeitsdefizit-/ (Hyperaktivitäts-)Störung (AD(H)S). Die Folgen einer späten Diagnose ist ein unterschätztes Thema und ist nicht nur ein individuelles, sondern auch ein gesellschaftliches unerkanntes Problem. Die Thematik gewinnt durch Soziale Medien, insbesondere Plattformen wie «TikTok», an Aufmerksamkeit. AD(H)S bei Frauen wird dort häufig thematisiert und hat sich zu einem Trendthema entwickelt. Dies kann einerseits dazu beitragen, das Bewusstsein für die Störung zu erhöhen, andererseits können sich Risiken verbergen, wie beispielsweise Fehlinformationen oder die Bagatellisierung der Problematik. Die folgende Bachelorarbeit zeigt, dass eine späte Diagnose erhebliche Auswirkungen auf zentrale Lebensbereiche wie Beruf, Familie und Gesundheit haben kann. Sie beleuchtet die Thematik aus einer wissenschaftlichen Sicht, indem sie den aktuellen Forschungsstand darstellt, bestehende Lücken aufzeigt und die Bedeutung für die Soziale Arbeit herausarbeitet.

In den Abschnitten 1.1 bis 1.4 wird der Hintergrund der Thematik beleuchtet. Daraufhin wird die zentrale Fragestellung sowie die Zielsetzung dieser Arbeit vorgestellt. Zum Abschluss gibt ein Überblick über den Aufbau der Bachelorarbeit eine Orientierung für die kommenden Kapitel.

1.1 Ausgangslage und Relevanz

AD(H)S, galt lange Zeit als «Jungenkrankheit». Verantwortlich dafür war die medizinische Forschung, die sich ausschliesslich mit männlichen Probanden befasste und dabei die weiblichen vernachlässigte. Dies führt dazu, dass die Symptomatik und Behandlung nicht genügend differenziert und geschlechterspezifisch aufgezeigt wurden (Kautzky-Willer, 2012, S. 10). Die medizinische Forschung wurde inzwischen widerlegt und hat gezeigt, dass Frauen genauso von AD(H)S betroffen sein können wie Männer. Dennoch zeigen Statistiken, dass sie viel seltener diagnostiziert oder sogar fehldiagnostiziert werden. Dieser Unterschied kann auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der Symptomatik oder auf unterschiedliche gesellschaftliche Erwartungen zurückzuführen sein. Während bei Männern oft die auffälligeren hyperaktiven Symptome dominieren, äussert sich AD(H)S bei Frauen häufig durch unauffälligere Symptome wie Aufmerksamkeitsdefizite oder emotionale Dysregulation (Engel, 2018, S. 20–22). Diese weniger offensichtlichen Merkmale und das stereotypische Bild einer AD(H)S tragen dazu bei, dass Frauen oft erst spät im Leben eine Diagnose erhalten, was schwerwiegende

Auswirkungen auf ihr Selbstbild, ihre Lebensweise und ihre psychische Gesundheit haben kann (Dalsgaard et al., 2015, S. 2190-2196).

Eine spätdiagnostizierte AD(H)S kann für Frauen psychosoziale Folgen haben. Es ergibt sich für die Soziale Arbeit also eine besondere Relevanz, da die Fachpersonen der Sozialen Arbeit diese Frauen und Mädchen mit oder ohne Diagnose in der Praxis antreffen können. Das kann in den unterschiedlichsten Bereichen sein, sei es in der Jugendhilfe, der Sozialpsychiatrie, der Schulsozialarbeit, bei Beratungsstellen oder auch im Heimkontext. Ein Bewusstsein für die möglichen Hintergründe und Auswirkungen von AD(H)S kann dazu beitragen, Betroffene besser zu verstehen, gezielter zu unterstützen und in ihrem Alltag bedarfsorientiert zu begleiten.

1.2 Begriffsverwendungen und Geschlechterperspektiven

Aufgrund dieser Ausgangslage wird in der folgenden Arbeit das Wort AD(H)S bewusst mit einer Klammer um das «H» geschrieben. Dies soll verdeutlichen, dass Hyperaktivität nicht unbedingt sichtbar sein muss, wie es die allgemeine Wahrnehmung oft fälschlicherweise suggeriert. Denn gerade bei Frauen kann sich die Hyperaktivität in verschiedenen Formen zeigen. In dieser Arbeit wird der Fokus auf die binären Geschlechter gelegt, da die aktuelle medizinische und wissenschaftliche Forschung nahezu ausschliesslich diese Geschlechter untersucht. Den Autorinnen ist bewusst, dass dies die Perspektiven nicht-binärer oder anderweitig geschlechtlich diverser Personen ausschliesst, deren Erfahrungen und Herausforderungen aber ebenfalls bedeutsam sind. Diese Einschränkung ist nicht als Leugnung ihrer Existenz zu verstehen, sondern spiegelt lediglich die Datenlage wider, auf die sich diese Arbeit beruht. Wenn in der Arbeit von «Männern» oder «Frauen» die Rede ist, sind damit ausschliesslich Cis-Männer und Cis-Frauen gemeint. Cis-Frauen und Cis-Männer sind Personen, deren Geschlecht mit dem bei ihrer Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt.

1.3 Ziel und Fragestellungen der Bachelorarbeit

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel die Auswirkungen einer AD(H)S-Spätdiagnose aus persönlicher Perspektive von sechs betroffenen Frauen, welche ihre Diagnose erst im Erwachsenenalter erhielten, zu erforschen. In diesem Rahmen soll die Arbeit auf den Handlungsbedarf der Sozialen Arbeit eingehen und Handlungsempfehlungen für die Praxis ableiten. Es wurden also Fragestellungen formuliert, um die Wichtigkeit dieser Thematik strukturiert aufzuzeigen:

Die erste Fragestellung: **«Was ist unter AD(H)S zu verstehen und was bedeutet diese Diagnose für Frauen im Gegensatz zu Männern?»** Diese Fragestellung bezieht sich auf die geschlechterspezifischen Unterschiede einer AD(H)S. Sie soll aufzeigen, was für Evidenzen die bisherige Literatur dazu herausgefunden hat.

Die zweite Fragestellung: **«Warum kommt es öfters zu Spät Diagnosen bei Frauen und inwiefern ist dieses Phänomen ein soziales Problem?»** Diese Fragestellung möchte die Ursachen identifizieren und die soziale Dimension der Problematik hervorheben.

Die dritte Fragestellung: **«Wie sind die Ergebnisse aus den Interviews aus Sicht der Sozialen Arbeit einzuordnen und in welchem Ausmass ist die Soziale Arbeit von diesem Thema betroffen?»** Diese Fragestellung geht auf die Forschung und deren Ergebnisse ein. Es soll versucht werden die Ergebnisse aus der Sichtweise der Sozialen Arbeit zu bewerten und mit der erwähnten Literatur zu verbinden.

Die vierte Fragestellung: **«Welche Handlungsempfehlungen lassen sich für die Praxis der Sozialen Arbeit ableiten, damit Frauen die Möglichkeit zu einer früheren Diagnose erhalten?»** Diese Fragestellung ist von zentraler Bedeutung, da ihre Beantwortung ein grosser Teil des Ziels dieser Arbeit ausmacht und den Fokus auf die Arbeit der Professionellen der Sozialen Arbeit legt.

Die Zielsetzung, praxisnahe Empfehlungen abzuleiten, wird also durch die strukturierte Auseinandersetzung mit den Fragestellungen gestützt und bildet eine Grundlage für vorliegende Arbeit und Weiterentwicklung der professionellen Praxis.

1.4 Aufbau der Bachelorarbeit

Im 2. Kapitel wird auf die theoretischen Grundlagen eingegangen. Dabei wird AD(H)S im Allgemeinen thematisiert und auf geschlechtsspezifische Unterschiede hingewiesen. Im Kapitel 3 folgt die Begründung der aktuellen geschlechtsspezifische medizinischen Forschungslücke und es wird näher auf den das Ungleichgewicht in der medizinischen Behandlung von Frauen und Männern also den «Gender Health Gap» eingegangen.

In den Kapiteln 4 und 5 wird die eigene Forschung einen zentralen Teil der Arbeit darstellen. Sie beinhaltet einerseits die Methodik, die Begründungen für methodische Entscheidungen sowie die Auswahl der Probandinnen und andererseits die Darstellung der Ergebnisse.

Anschliessend werden in den Kapiteln 6 und 7 die Ergebnisse diskutiert und aus Sicht der Sozialen Arbeit bewertet, um daraus Handlungsempfehlungen für die Praxis der Sozialen Arbeit abzuleiten. Im Kapitel 8 wird im Rahmen des Schlusswortes, nochmals Bezug auf die Fragestellungen genommen und ein kritischer Blick auf die gesamte Arbeit und deren Ausblick auf die Thematik im Kapitel 9 geworfen.

2. AD(H)S mit Blick auf Genderspezifische Unterschiede

In diesem Kapitel wird die Aufmerksamkeitsdefizit-/ (Hyperaktivitäts-) Störung (AD(H)S) zunächst allgemein betrachtet, um ein grundlegendes Verständnis der Störung zu vermitteln. Dabei wird auch versucht, soweit es die vorhandene Literatur zulässt, auf geschlechtsspezifische Unterschiede einzugehen, insbesondere im Hinblick auf weibliche Betroffene.

2.1 Ätiologie

Nach Kölle et al. (2023) ist die AD(H)S eine Entwicklungsstörung, die im Kindes- und Jugendalter beginnt und sich im Erwachsenenalter anders zeigen kann, aber dennoch weiterhin bestehen bleibt (S. 38).

Die Aufmerksamkeitsdefizit- und (Hyperaktivitäts-) Störung hängt laut Barkley (1997) von einer Kombination von neurobiologischen, genetischen und umweltbedingten Faktoren ab. Dabei erklären Cubillo et al. (2010), dass AD(H)S mit strukturellen und funktionellen Veränderungen in bestimmten Gehirnregionen, insbesondere im präfrontalen Kortex und den dopaminergen Schaltkreisen in Verbindung gebracht wird (S. 633-636). Die Behandlung von AD(H)S mit Stimulanzien, welche erstmals 1973 eingeführt wurde, deutet auf ein Ungleichgewicht von Dopamin und Noradrenalin hin (Krause & Krause, 2014, S. 37). Laut Rastedt et al. (2017) dämpft Dopamin weniger wichtige Informationen und ist zuständig für Belohnungsmechanismen, Motivation und die Kontrolle von Bewegung. Noradrenalin verstärkt wichtige Informationen und ist für die Steuerung von Aufmerksamkeit, Wachsamkeit und Reaktionsbereitschaft zuständig. Dabei spielt der Botenstoff Noradrenalin eine wichtige Rolle bei der Regulation der Stimmung und der Impulskontrolle. Bei Menschen mit AD(H)S gibt es Hinweise darauf, dass Dopamin unzureichend freigesetzt oder ineffizient transportiert wird und dies zu einer geringeren Konzentration des Botenstoffs im Gehirn führt. Dies löst eine gestörte Signalübertragung in den Belohnungssystemen des Gehirns aus, was dazu führt, dass die Motivationsregulation und die Aufmerksamkeitssteuerung beeinträchtigt werden (S. 3-7). Auch die Dysregulation vom Botenstoff Noradrenalin führt zu einer verminderten Ausschüttung und stört somit die Fähigkeit zur Fokussierung und Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit. Dies führt zudem zu einer Beeinträchtigung der Verarbeitung von Informationen und der Impulskontrolle (Spencer et al., 2009, S. 1-2). Daraus resultiert, dass Menschen mit AD(H)S mehr Daten verarbeiten müssen als Menschen ohne diese Entwicklungsstörung und es einen Unterschied in der Wahrnehmung und Verarbeitung von Informationen gibt. Das Ungleichgewicht der Neurotransmitter löst bei Menschen mit AD(H)S somit eine Reizüberflutung aus. Hierbei kann nicht mehr unter

relevanten und irrelevanten Reizen unterschieden werden und eine nötige Selektion fehlt (Armstrong et al., 2001, S. 200-211).

Faraone und Larsson (2019) untersuchten die genetischen Grundlagen von AD(H)S und fanden heraus, dass auch genetische Faktoren als Ursache von AD(H)S eine Rolle spielen können. Sie untersuchten verschiedene Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien, welche zeigen, dass AD(H)S eine hohe Erblichkeitsrate von etwa 74% hat. Dabei ist die Erblichkeit ähnlich hoch bei Frauen und Männern (S. 562-563).

Auch familiäre und finanzielle Bedingungen, soziale Einflüsse sowie berufliche und schulische Voraussetzungen, können entscheidende Faktoren für die Entstehung und den Verlauf einer AD(H)S sein. Dabei wird von einem Wechselspiel zwischen dem familiären und sozialen Umfeld, der genetischen Ausstattung und von möglichen Belastungen während der Schwangerschaft oder Geburt ausgegangen (Renner et al., 2008, S. 775).

2.2 Klassifikationssysteme

Um AD(H)S richtig zu diagnostizieren, greifen Ärzt*innen und Therapeut*innen hauptsächlich auf zwei international anerkannte Klassifikationssysteme zurück: das DSM (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen) und die ICD (Internationale Classification of Diseases). Diese Systeme definieren genaue Kriterien, die erfüllt sein müssen, damit AD(H)S diagnostiziert werden kann. Beide Systeme wurden im Laufe der Jahre aktualisiert und verbessert, um den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen gerecht zu werden. Im Weiteren wird AD(H)S aus Sicht der verschiedenen Klassifikationssysteme aufgezeigt und auch verglichen.

Das DSM-5 wurde 2013 veröffentlicht und ist das Hauptwerkzeug zur Diagnose psychischer Störungen in den USA und vielen anderen Ländern. Die deutsch übersetzte Ausgabe wurde 2018 veröffentlicht. Laut der American Psychiatric Association (2018) wird im DSM-5 AD(H)S in drei Erscheinungsformen unterteilt:

1. Vorwiegend unaufmerksamer Typ: Personen haben hauptsächlich Schwierigkeiten mit der Aufmerksamkeit.
2. Vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ: Hier stehen Hyperaktivität und impulsives Verhalten im Vordergrund.
3. Gemischter Typ: Betroffene zeigen sowohl Probleme mit der Aufmerksamkeit als auch hyperaktives und impulsives Verhalten.

Um die Diagnose AD(H)S zu stellen, müssen laut DSM-5 bestimmte Symptome mindestens sechs Monate lang vorhanden sein. Bei Kindern müssen mindestens sechs Symptome in den

Bereichen Unaufmerksamkeit oder Hyperaktivität auftreten, während bei Jugendlichen ab 17 Jahren und bei Erwachsenen nur vier Symptome erforderlich sind. Diese Symptome müssen in verschiedenen Lebensbereichen, wie Schule, Arbeit oder zu Hause, auftreten und das tägliche Leben deutlich beeinträchtigen (Döpfner & Banaschewski, 2022, S. 51-53).

Das DSM-5 legt auch fest, dass die Symptome vor dem 12. Lebensjahr begonnen haben müssen (American Psychiatric Association, 2018). Das bedeutet, dass AD(H)S nicht erst im Erwachsenenalter plötzlich auftreten kann, sondern bereits in der Kindheit vorhanden sein muss.

Die ICD wird laut Döpfner und Banaschewski (2022) von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und ist das weltweit meistgenutzte Klassifikationssystem für Krankheiten. Sie wird in vielen Ländern, darunter auch in Europa, für medizinische Diagnosen verwendet (S. 51).

ICD-10: In der ICD-10, die bis heute weit verbreitet war, wird AD(H)S als «Hyperkinetische Störung» bezeichnet. Für die Diagnose müssen laut ICD-10 alle drei Hauptsymptome (Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität) vorhanden sein. Die ICD-10 enthält auch eine zusätzliche Diagnose, die «Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens», wenn neben AD(H)S auch Verhaltensprobleme auftreten (World Health Organization, 2019, S. 297).

ICD-11: Seit 2022 gibt es die ICD-11, die die ICD-10 ersetzt. Eine wichtige Änderung ist, dass die ICD-11 die Bezeichnung «Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung» übernimmt und sich in vielen Aspekten dem DSM-5 annähert. Die Kriterien für die Diagnose wurden gelockert, sodass AD(H)S jetzt auch dann diagnostiziert werden kann, wenn nicht alle drei Symptomgruppen vorliegen. Zudem wird AD(H)S jetzt zu den «neurodevelopmental disorders» gezählt, also zu den Entwicklungsstörungen, die das Gehirn betreffen (Döpfner & Banaschewski, 2022, S. 51). Eine weitere Neuerung der ICD-11 ist, dass die Diagnose von AD(H)S nicht mehr auf Kinder beschränkt ist. Damit erkennt die ICD-11, wie auch das DSM-5, an, dass AD(H)S auch im Erwachsenenalter fortbestehen kann (Döpfner & Banaschewski, 2022, S. 52).

Dennoch ist die ICD-11 derzeit noch nicht vollständig auf Deutsch übersetzt, weshalb sich viele Fachkräfte in der Schweiz weiterhin am ICD-10 orientieren (Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte, 2019).

Die Tabelle 1 bietet eine übersichtliche Gegenüberstellung der wichtigsten Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Klassifikationssystemen DSM-5, ICD-10 und ICD-11 in Bezug auf die Diagnose von AD(H)S. Dabei werden zentrale Kriterien wie die Bezeichnung der Störung, die erforderlichen Hauptsymptome, Subtypen, Alterskriterien und die Diagnoserichtlinien verglichen. Diese Tabelle hilft, die Entwicklung und Anpassung der Diagnosekriterien

nachzuvollziehen und verdeutlicht, wie sich die Klassifikationen im Laufe der Zeit verändert haben, insbesondere bei der Einführung der ICD-11, die sich stärker am DSM-5 orientiert.

	DSM-5	ICD-10	ICD-11
Bezeichnung der Störung	AD(H)S	Hyperkinetische Störung	AD(H)S
Hauptsymptome	Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität	Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität	Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität
Erscheinungsformen	Vorwiegend unaufmerksam, vorwiegend hyperaktiv-impulsiver typ, gemischter Typ	keine	Vorwiegend unaufmerksam, vorwiegend hyperaktiv-impulsiver typ, gemischter Typ
Alterskriterium für Beginn der Symptome	Vor dem 12. Lebensjahr	Vor dem 7. Lebensjahr	Beginnt in der Kindheit, typischerweise vor dem 12. Lebensjahr
Diagnosekriterien	6 Symptome bei Kindern	Alle 3 Leitsymptome müssen vorhanden sein	Ähnlich wie DSM-5 weniger streng operationalisiert
Anzahl erforderliche Symptome bei Erwachsenen	4 Symptome	6 Symptome	4 Symptome
Anwendung in der Schweiz	Selten verwendet	Weit verbreitet	Warten auf deutsche Übersetzung vor Anwendung

Tabelle 1: Vergleich Klassifikationssysteme (eigene Darstellung)

2.3 Symptome und Bewältigungsstrategien bei AD(H)S

Im Kapitel 2.3 werden die Begriffe Symptom und Bewältigungsstrategie kurz erläutert, um einen Überblick zu verschaffen und den Unterschied hervorzuheben. Dabei wird bei Symptomen und Bewältigungsstrategie auf die Entwicklungsstörung AD(H)S eingegangen und in den Kontext gesetzt.

2.3.1 Symptome mit genderspezifischer Perspektive

Bei Störungen, psychischen und physischen Erkrankungen wird oft von Symptomen gesprochen. Dabei ist ein Symptom nach Boeger und Lüdmann (2023) ein einzelnes sichtbares oder spürbares Zeichen oder Anzeichen, das auf das Vorliegen einer Erkrankung hinweisen kann. Hierbei können es objektiv messbare Anzeichen sein, die durch eine Fachperson festgestellt oder auch subjektive Beschwerden, welche von der betroffenen Person selbst wahrgenommen werden können. Es können beispielsweise Gefühle, Verhaltensweisen, Gedanken oder Wahrnehmungen betreffen. Das Vorliegen bestimmter Symptomkomplexe kann auf eine Störung oder eine Krankheit hinweisen (S. 137-138).

Tebartz van Elst (2018) beschreibt AD(H)S als Spektrum zwischen Normvariante und neuropsychischer Krankheit (S. 141). Zu den Hauptsymptomen von AD(H)S gelten Aufmerksamkeitsdefizit, Hyperaktivität und Impulsivität. Dabei können die Hauptsymptome auch unabhängig voneinander auftreten. Linden und Weddigen (2016) zeigen auf, dass Menschen mit AD(H)S nicht nur anhand der Leitsymptome erkannt werden können, sondern auch ein breites Spektrum weiterer Symptome auftreten kann. Diese Zusatzsymptome lassen sich nicht eindeutig in einer der drei Hauptsymptome einordnen und können schwankend sein. Dazu gehören beispielsweise Schwierigkeiten in der Organisation, Planung und Priorisierung von Teilschritten zur Zielerreichung sowie in der Selbstregulation. Auch können Antriebsstörungen, Probleme beim Durchhaltevermögen und ein geringeres Kurzzeitgedächtnis auftreten. Monotone Aufgaben ohne Neuigkeitswert können für Menschen mit AD(H)S besonders anstrengend sein und werden nach Möglichkeiten gar nicht erst begonnen. Um der Langeweile entgegenzuwirken, werden häufig auch Aufgaben begonnen und nicht zu Ende gebracht. Dies kann zu einer regelmässigen Prokrastination von Alltagserledigungen führen. Auch Schwächen und Störungen in der Grob- und Feinmotorik gehören zu den Zusatzsymptomen. Viele Betroffenen klagen auch über eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber äusseren Reizen wie Licht, Geräusche oder Berührungen (S. 1175).

Die Emotionale Dysregulation ist ein weiteres Symptom der AD(H)S und beeinflusst die emotionale Stabilität der Betroffenen. Darunter gehören Symptome wie tiefe Frustrationstoleranz, Reizbarkeit und plötzliche Stimmungsschwankungen (Beheshti et al., 2020, S. 8-9).

Laut verschiedenen Studienergebnissen lässt sich aber sagen, dass es genderspezifische Unterschiede hinsichtlich der internalisierenden und externalisierenden Faktoren gibt. Je nach Alter und Geschlecht können die Symptome variieren und weit über die drei Hauptsymptome hinausgehen (Stollhoff, 2021, S. 15). Auch Berry et al. (1985) untersuchten früh in der Geschichte die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen mit AD(H)S hinsichtlich ihrer Verhaltens- und kognitiven Merkmale. Häufig bei Frauen und Mädchen können emotionale

Auffälligkeiten wie Gefühlsschwankungen, Gefühlsausbrüche, eine geringere Frustrationstoleranz und erhöhte Stressempfindlichkeit typische Beispiele für die genderspezifischen Symptome sein und zu einem inneren Leidensdruck führen (S. 801-809).

Auch können sich die Symptome und Probleme bei Frauen und Mädchen vermehrt internalisiert zeigen und es überwiegt der unaufmerksame Typ. Die Symptome können Verträumtheit, Ablenkbarkeit sowie Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sein. Dabei kann sich die Impulsivität in innere Unruhe manifestieren. Bei betroffenen Männern und Jungen kann hingegen vorkommen, dass sie vermehrt externalisierende Verhaltensweisen und Störungen aufzeigen. Dabei ist der hyperaktive Typus im Vordergrund. Die Symptome können Hyperaktivität, sichtbare äussere Unruhe sowie impulsives Verhalten beinhalten (Neuy-Lobkowitz, 2023, S. 26-28).

2.3.2 Bewältigungsstrategien mit genderspezifischer Perspektive

Wenn eine Person anhaltende, negative Veränderungen in der eigenen Wahrnehmung, im eigenen Empfinden oder im eigenen Verhalten hat, kann das einen individuellen Leidensdruck auslösen. Dabei beschreibt Jungnitsch (1999) dies als subjektive Norm einer psychischen Erkrankung (S. 59).

Wie Menschen auf diesen Leidensdruck reagieren, kann sehr unterschiedlich sein und hängt von vielen Faktoren ab. Dabei können auch Strategien entwickelt werden, um die vulnerable Phase zu meistern, sogenannte Bewältigungsstrategien oder Copings. (Boerger & Lüdmann, 2023, S. 2). Dabei erklären Lazarus und Folkman (1984), die Bewältigungsstrategien als Handlungen, welche widerwillige Bedingungen kontrollieren und dadurch die Aktivierung verhindern. Zudem bezeichnen die beiden Forscher einzelne Strategien als nützlich und einige als ungünstig. Dabei bewerten sie die Vermeidungs- und Verleugnungsstrategien sowie Gewaltanwendung als Bewältigung als eine negative Bewältigung. Auch den Gebrauch von Suchtmitteln als Bewältigungsstrategie beurteilen sie als misslich und sprechen dabei von Maladaptationen oder Fehlanpassungen. Laut der Forscher gibt es aber keine «gute oder schlechte» Strategie. Es ist wichtig, dass der jeweilige Kontext mit beurteilt werden soll (S. 139-140).

Die Entwicklung von Bewältigungsstrategien beginnt sehr früh im Leben bei Menschen mit AD(H)S. Sie dienen mehrheitlich, um Orientierung bei der Flut an Informationen und Gedanken zu schaffen oder um klarzukommen, dass die exekutiven Funktionen (Konzentration, Impulssteuerung und Wahrnehmung) schwierig bei Bedarf zu aktivieren sind. Da viele Kinder (noch) nichts von ihrer AD(H)S wissen, kann das Bild über sich selbst verzerrt sein und es werden hauptsächlich die negativen Aspekte wahrgenommen (Lachenmeier, 2024, S. 28-29).

Der Umgang der Betroffenen mit den AD(H)S-Schwierigkeiten können sich aufgrund der unterschiedlichen sozialen Anpassungsfähigkeit der Geschlechter sowie der hormonellen Bedingungen und den verschiedenen Ausprägungen der Symptome bei den Geschlechtern unterschiedlich zeigen (Antoniou et al., 2021, S. 114).

Mädchen und Frauen kompensieren ihre Konzentrationsschwierigkeiten oft mit Interesse und Neugierde. Auch andere Symptome werden durch soziale Anpassungsstrategien, Selbstkontrolle sowie Vermeidungsstrategien der Mädchen und Frauen lange kompensiert. Der Umgang mit Schwierigkeiten und Schwankungen von Leistungsfähigkeit, Antrieb und Stimmung verarbeiten sie häufig internal. Dies kann zu negativen Selbstzuschreibungen, niedriger Selbstwert und zu einer Selbstschuldzuschreibungen führen. Impulsivität, Gefühle und Gedanken werden oftmals unterdrückt. Dabei benutzen Frauen und Mädchen beispielsweise negative Bewältigungsstrategien wie strikte Organisation, übermässige Selbstkritik und Selbstisolation, um ihre Symptome im Alltag zu kontrollieren und zu verstecken (Antoniou et al., 2021, S. 115). Auch neigen Mädchen mit AD(H)S oft zu selbstverletzendem Verhalten, was als Folge der negativen Selbstbildern gesehen werden kann (O'Grady & Hinshaw, 2021, S. 599).

Die Symptome von Jungen und Männern können von aussen anders wahrgenommen und interpretiert werden, was zur Entwicklung unterschiedlicher Bewältigungsstrategien bei männlichen Betroffenen führen kann. Hyperaktive, impulsive und desorganisierte Verhaltensweisen werden bei männlichen Betroffenen oft nicht als negativ bewertet, wie es bei weiblichen Betroffenen der Fall sein kann. Stattdessen werden diese Merkmale häufig als normgerecht angesehen. Impulsivität und Unterstimulation können sich bei Männern und Jungen eher in der Suche nach neuen Reizen und Herausforderungen zeigen (Carl et al., 2022, S. 107-108).

2.4 AD(H)S im Lebensverlauf

Fälschlicherweise wird AD(H)S oft als reine Kinderkrankheit angesehen, die sich bis zum Eintritt in das Erwachsenenalter zurückbilden würde. Diese Einschätzung wird durch diverse wissenschaftliche Untersuchungen widerlegt. Etwa 50% der betroffenen Kinder weisen auch im Erwachsenenalter noch Symptome und erhebliche beeinträchtigende Störungen auf. Allerdings können sich diese in veränderter Form zeigen (Sobanski & Alm, 2004, S. 697). Dieses Kapitel soll einen kurzen Überblick über die möglichen Symptome und Auswirkungen in den verschiedenen Lebensabschnitten aufzeigen.

Kindheit

Kleinkinder und Kinder mit AD(H)S zeigen oft ein hohes Mass an Unruhe, Umtriebigkeit und Hyperaktivität auf. Häufig können auch Regulationsstörungen auftreten, wie Probleme mit dem Schlafen. Zudem können auffällige Verhaltensweisen wie impulsive Wutausbrüche,

Schwierigkeiten Regeln zu befolgen und soziale Integrationsprobleme auftreten. Auch Entwicklungsverzögerungen in motorischen und sprachlichen Fähigkeiten können vorkommen. Die davon betroffenen Kinder können ein erhöhtes Unfallrisiko haben (Klicpera, et al., 2019, S. 137-149).

In der Grundschule können sich die Symptome aufgrund der Anforderungen an Ruhe, Konzentration und Ausdauer verstärken. Im Unterricht können daher Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität mehr auftreten. Beispielsweise werden mehr Flüchtigkeitsfehler bei Schularbeiten gemacht, es können Schwierigkeiten auftreten bei einer Aufgabe oder dem Unterricht länger folgen zu müssen sowie bei der Organisation von Aufgaben. Neben der Unaufmerksamkeit kann es vorkommen, dass Kinder aufgrund der Hyperaktivität und Impulsivität beispielsweise nicht lange stillsitzen können und unaufgefordert viel sprechen. Diese drei Symptomen können den Unterricht stören und fallen daher am ehesten auf. Dies kann zu Problemen und Misserfolge in der Schule führen, was wiederum ein niedriges Selbstwertgefühl mit sich ziehen kann. Auch können aufgrund der Symptomatik Mobbinggeschichten, allgemeine soziale Probleme, bis hin zu sozialer Isolation von Gleichaltrigen auftreten (Klicpera, Gasteiger-Klicpera & Besic, 2019, S. 137-149).

Bei Mädchen können sich Symptome wie Ablenkbarkeit, Unaufmerksamkeit, Verträumtheit und innere Unruhe zeigen. Diese Symptome können im Kindesalter leicht übersehen werden, vor allem bei einem schüchternen und zurückhaltenden Charakterzug eines Mädchens. Auch in den schulischen Leistungen kann es sein, dass die Noten konstant auf einem guten Niveau bleiben. Somit können Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung sowohl gemeinsam als auch getrennt auftreten (Antoniou et al., 2021, S. 115).

Jugend

Im Jugendalter kann es sein, dass die körperliche Unruhe und die Hyperaktivität nachlassen. Probleme mit der Aufmerksamkeit und Impulsivität können weiterhin bestehen bleiben. Bei einem unvorteilhaften Verlauf der Problematik kann das Risiko für Drogenmissbrauch, dissoziale Verhaltensauffälligkeiten, risikoreiches Verhalten und ungeschützte sexuelle Aktivitäten erhöht sein. Der Bereich der Ausbildung bekommt mehr Gewicht und es kann Misserfolge in der Schule und eine Abneigung gegen das ganze Schulsystem mit sich ziehen. Dabei kann weiterhin das Selbstwertgefühl abnehmen und das Risiko für depressive Verstimmungen somit erhöht sein (Nyberg, Hofecker-Fallahpour & Stieglitz, 2013, S. 22).

Im Jugendalter, meist nach dem Auszug aus dem Elternhaus, können Frauen Schwierigkeiten im Alltag bei der Selbstorganisation entwickeln. Dabei können Begleiterkrankungen wie Depressionen und Essstörungen auftauchen und ein tiefes Selbstwertgefühl (Antoniou et al.,

2021, S. 114-115). Laut Almey et al. (2015) ist wichtig zu berücksichtigen, dass in der Pubertät das weibliche Sexualhormon Östrogen dopaminabhängige kognitive Funktionen beeinflussen kann und somit im Jugendalter an Bedeutung gewinnt. Beispielsweise leiden einige Frauen in der Woche vor dem Einsetzen der Monatsblutung unter Stimmungsveränderungen und es kann eine Verstärkung des prämenstruellen Syndrom, kurz PMS, ausgelöst werden (S. 125-138).

Erwachsenenalter

Philipsen und Döpfner (2020) betonen, dass laut verschiedenen Studien die Hauptsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Konzentrationsschwierigkeiten einem entwicklungsbedingten Wandel unterliegen. Daher kann es sein, dass im Erwachsenenalter das Symptom Hyperaktivität kaum noch im Vordergrund steht. Sie kann sich zu einer inneren Unruhe und zu einem Gefühl des Getrieben-Seins entwickeln. Zudem können weiterhin die Konzentrationschwierigkeiten auftreten. Viele können Schwierigkeiten haben, Beziehungen zu anderen aufzubauen und aufrechtzuerhalten aufgrund der Vergesslichkeit, Organisationsschwierigkeiten und der planlosen Art. Auch können Einschränkungen aufgrund von Konzentrationsproblemen bei der Arbeit eintreten. Impulsivität kann bestehen bleiben und kann sich beispielsweise in ungeduldigem Verhalten zeigen. Zudem können Stimmungsschwankungen eintreffen (S. 910).

Die AD(H)S Symptome prägen Betroffene über die gesamte Lebensspanne und zeigen sich auch im hohen Alter. Es gibt aber nur wenige Studien zur kognitiven Funktionsfähigkeit älterer Betroffenen. Die Ergebnisse der Studie von Semeijn et al. (2015) legen nahe, dass kognitive Einschränkungen bei älteren Erwachsenen mit AD(H)S vor allem auf das Arbeitsgedächtnis beschränkt sein könnten (S. 1472-1474). Die Persistenz der Impulsivität und Hyperaktivität kann bestehen bleiben und ist abhängig von der Art und der Schwere der Symptomatik im Kindesalter, der Komorbidität und der psychischen Gesundheit der Eltern (Roy et al., 2016, S. 937-944).

Die Hyperaktivität bildet sich aber im zunehmenden Alter mehr zurück als andere AD(H)S-Symptome. Ganz verschwindet sie aber nicht. Bei betroffenen Frauen kann sich die innere Unruhe in einer ständigen Rastlosigkeit zeigen, die beispielsweise dazu führt, dass sie abends Schwierigkeiten beim Einschlafen haben oder sich durch wiederholtes Spielen mit den Haaren zeigt (Hölter, 2016, S. 4).

Wie erwähnt können die weiblichen Sexualhormone Östrogen und Progesteron Einfluss nehmen. Bei AD(H)S besonders auf das Dopaminsystem. Diese ist für die AD(H)S Symptomatik entscheidend. Dies ist eine mögliche Erklärung für die Ausprägung der AD(H)S Symptomatik im Verlaufe des Zyklus. Beispielsweise können stärkere Stimmungsschwankungen bei einer

Schwangerschaft oder nach einer Geburt auftreten (Haimov-Kochman & Berger, 2014, S. 1-4). Bei Frauen um das 50. Lebensjahr herum beginnen die Wechseljahre. Dabei sinken der Östrogen- und Progesteronspiegel. Durch die Veränderung der Menopause können auch die Neurotransmitter im Gehirn Veränderungen durchlaufen. Weniger Östrogen kann also zu weniger Dopamin führen und der Dopaminmangel kann die AD(H)S Symptome verstärken (Antoniou et al., 2021, S. 116). Zudem können die internal verarbeiteten Schwierigkeiten bei Frauen im jungen Alter dazu führen, dass der niedrige Selbstwert im Erwachsenenalter bestehen bleibt und somit der Leidensdruck höher ist als bei den erwachsenen Männern (Antoniou et al., 2021, S. 115).

2.5 Prävalenz

Die in der Schweiz verfügbaren Daten zur AD(H)S-Prävalenz sind begrenzt und stammen grösstenteils aus älteren Studien. So zeigt eine Studie aus dem Kanton Waadt schon von 2002, dass 1,2% der Jungen und 0,2% der Mädchen im Alter von 5 bis 14 Jahren mit dem AD(H)S-Medikament Ritalin behandelt wurden (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2015, S. 49). Weiter zeigt eine Studie aus dem Kanton Zürich, dass im Jahr 2012, bei Kindern im Schulalter 3.9% der Knaben, aber nur 1.3% der Mädchen Methylphenidat, ein Medikament, das häufig zur Behandlung von AD(H)S eingesetzt wird, erhielten. Diese Studien, obwohl veraltet, können Hinweise für die Unterschiede in der Diagnoserate zwischen den Geschlechtern sein.

Brandau und Kaschnitz (2013) sprechen von einer Prävalenzschwankung, die zwischen 1,2% und 17% liegt. Diese Schwankung lässt sich auf die Verwendung unterschiedlicher Klassifikationsmanuale, insbesondere des DSM-5 und des ICD-10, zurückführen. Wie im vorherigen Kapitel aufgezeigt wurde, gibt es klare Unterschiede in den diagnostischen Kriterien dieser Manuale, vor allem zwischen dem DSM-5 und dem ICD-10 (S. 26-29).

Eine für die Schweiz vergleichbare Studie zur AD(H)S-Prävalenz und Behandlung in Deutschland bietet Bachmann et al. (2017), die Trends in der Diagnose und medikamentösen Therapie untersucht. Diese Studie kann als Orientierung für ähnliche Entwicklungen in der Schweiz dienen. Die Ergebnisse zeigen, dass im Jahr 2014 6,1 Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von 5 bis 14 Jahren in Deutschland eine AD(H)S-Diagnose erhielten. Auffällig ist auch hier der geschlechtsspezifische Unterschied: Fast dreifach mehr Jungen als Mädchen waren betroffen (S. 141-148).

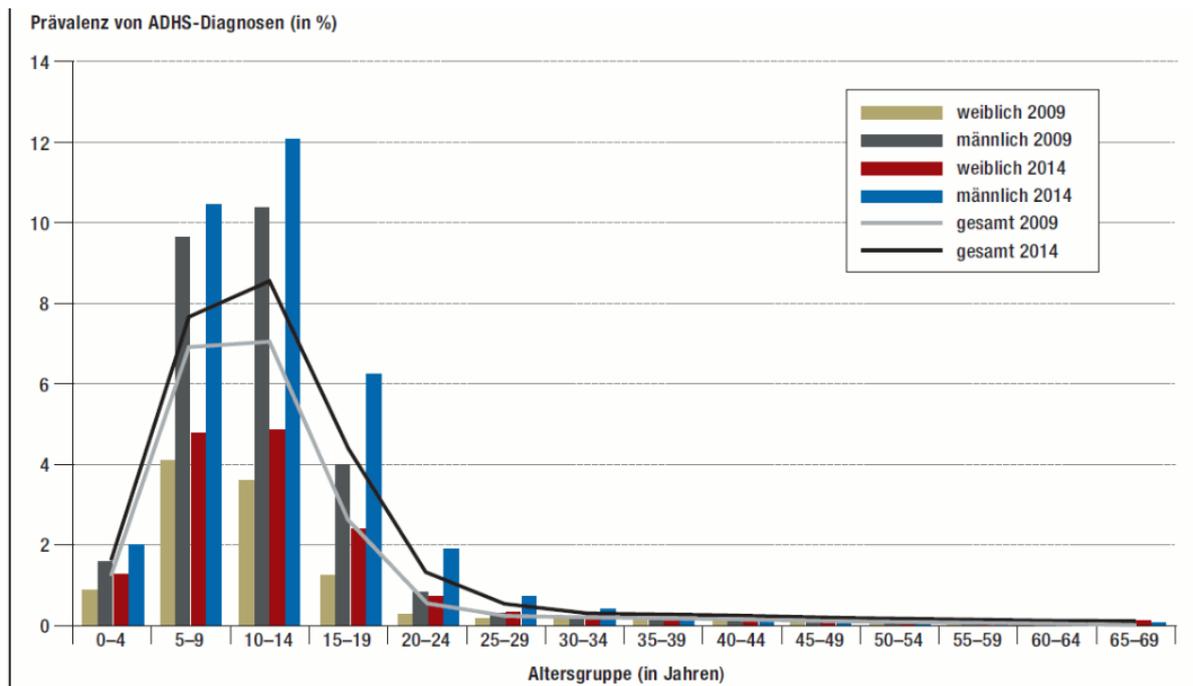


Abbildung 1: Prävalenz von AD(H)S- Diagnosen (Bachmann et al., 2017)

Ab dem 15. Lebensjahr nehmen die Diagnosen allgemein stetig ab. Bei Erwachsenen zeigt die Studie jedoch eine Zunahme der Diagnosen zwischen dem Jahr 2009 und 2014. Im Jahr 2009 wurden 0,2 % der Erwachsenen im Alter von 18 bis 69 Jahren diagnostiziert, während dieser Wert bis 2014 auf 0,4 % anstieg. Diese Zahl ist im Vergleich zu Kindern deutlich niedriger, zeigt jedoch die wachsende Sensibilität der Diagnose bei Erwachsenen (Bachmann et al., 2017, S. 141–142). Dieser Anstieg wird als Zeichen einer zunehmenden Sensibilisierung von Ärzt*innen und Patient*innen für AD(H)S im Erwachsenenalter verstanden, die durch neue Diagnostikverfahren, Studien zur Persistenz, also das Fortbestehen der Störung und die Zulassung entsprechender Medikamente für Erwachsene unterstützt wird (S. 145–146). Jedoch ist für Bachmann et al. (2017) besonders auffällig, dass die Diagnosehäufigkeit bei Erwachsenen mit 0,4 % weiterhin deutlich unter der von epidemiologischen Studien geschätzten weltweiten Prävalenz von 2,8 % liegt (S. 146). Dies weist darauf hin, dass viele Erwachsene mit AD(H)S noch immer unterdiagnostiziert bleiben.

2.6 Komorbidität bei AD(H)S

Die Komorbidität beschreibt laut Noterdeame (2009) das gleichzeitige Auftreten von mehreren Krankheiten oder Störungen bei einer Person. Die Begleiterkrankung kann körperlicher oder psychischer Art sein und die Alltagsbewältigung der betroffenen Personen zusätzlich erschweren (S. 46).

Bei AD(H)S ist dies ein besonders häufige Tatsache, da viele Betroffene zusätzlich an anderen psychischen oder somatischen Störungen leiden. Dies führt zu einer komplexen Symptomatik, die sowohl die Diagnose als auch die Behandlung beeinflussen kann. Eine klare Unterscheidung zwischen den primären AD(H)S-Symptomen und denen der komorbiden Erkrankungen ist entscheidend, um eine adäquate Therapie zu gewährleisten. AD(H)S tritt zwar in verschiedenen Altersgruppen auf, jedoch variiert die Komorbidität sowohl in Art als auch in Schwere zwischen Kindern und Erwachsenen (Heyken, 2012, S. 104). Gemäss Hechtmann (2009) weisen etwa 60–80 % der Kinder mit AD(H)S mindestens eine weitere psychische Störung auf (S. 84). Zu den häufigsten Komorbiditäten zählten zu dieser Zeit oppositionelle Trotzstörung (ODD), Angststörungen und affektive Störungen (S. 87). Männer mit AD(H)S neigen häufiger zu externalisierenden Verhaltensweisen wie oppositionellen Störungen und Substanzmissbrauch. Studien belegen, dass das Risiko für Unfälle und riskantes Verhalten bei Männern mit AD(H)S deutlich erhöht ist (Dalsgaard et al., 2015).

Aktuelle Studien untersuchen weitere Zusammenhänge zwischen AD(H)S und weiteren komorbiden Störungen. So ist erwiesen, dass beispielsweise Schlafprobleme bei Kindern mit AD(H)S häufig auftreten und können sowohl die emotionale als auch die körperliche Gesundheit der Betroffenen erheblich beeinträchtigen. Eine Meta-Studie aus 2024 berichtet, dass Störungen wie Einschlafprobleme, häufiges nächtliches Erwachen und übermässige Müdigkeit am Tag bei Kindern mit AD(H)S besonders verbreitet sind. Diese Probleme stehen in engem Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko für psychische Belastungen wie Stress, Ängste und depressive Verstimmungen. Die aktuelle Untersuchung hebt hervor, dass gezielte Massnahmen zur Verbesserung von Schlaf und Bewegung das Wohlbefinden von Kindern mit AD(H)S erheblich steigern können (Liang et al., 2024, S. 123-127).

Frauen mit AD(H)S sind bestätigend zur vorherigen Studie besonders anfällig für affektive Störungen wie Depressionen und reagieren empfindlicher auf hormonelle Schwankungen. Eine retrospektive Studie zeigt, dass Frauen mit AD(H)S signifikant häufiger unter prämenstruellen Stimmungsschwankungen (45,5 % vs. 28,7 %) und peri-/postpartalen Depressionen (57 % vs. 14,5–19 %) leiden als Frauen ohne AD(H)S (Dorani et al., 2021, S. 14).

Winkler (2024, November) hebt hervor, dass AD(H)S bei Erwachsenen häufig mit Depressionen und Angststörungen einhergeht, wobei die Verknüpfung oft übersehen wird. Besonders bemerkenswert ist der sogenannte «AD(H)S-Blues», der sich durch intensive, aber kurzzeitige Stimmungstiefs auszeichnet, die oft durch äussere Stressoren wie zwischenmenschliche Konflikte oder Überforderung ausgelöst werden. Diese Episoden, so Winkler, sind situativ bedingt und klingen nach kurzer Zeit ab, im Gegensatz zu Major Depressionen, die länger andauern und unabhängig von äusseren Faktoren auftreten können. Darüber hinaus betont Winkler, dass chronischer Stress durch die typischen AD(H)S-Symptome wie Impulsivität und Reizüberflutung sowie ein negatives Selbstbild das Risiko für Depressionen und Angststörungen erheblich erhöht. Die psychosozialen Belastungen, die durch AD(H)S entstehen, erfordern daher eine frühzeitige Diagnose und einen umfassenden Behandlungsansatz, um die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern (Winkler, adhsspektrum, 2024).

Auch Essstörungen und AD(H)S treten häufig gemeinsam auf und bedingen sich gegenseitig (Stollhoff, 2023, S. 9). Laut Villa et al. (2023) sind bis zu 20 % der Kinder und Jugendlichen mit AD(H)S auch von einer Essstörung betroffen, darunter Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störungen. Besonders häufig ist eine Verbindung mit Binge-Eating-Störungen, die durch impulsives und unkontrolliertes Essverhalten gekennzeichnet sind. Bulimie und, in geringerem Masse, Anorexie zeigen ebenfalls signifikante Assoziationen mit AD(H)S (S. 265-266). Diese Komorbidität lässt sich durch neurobiologische Faktoren wie eine Dysregulation des Dopaminsystems sowie psychologische Mechanismen erklären, bei denen Essstörungen als Bewältigungsstrategie für die Herausforderungen von AD(H)S dienen können. Auf neurobiologischer Ebene beeinflussen Störungen im Belohnungssystem und in der Impulskontrolle sowohl AD(H)S als auch Essstörungen. Dies kann dazu führen, dass Kinder mit AD(H)S pathologisches Essverhalten entwickeln, sei es durch eine Suche nach sofortiger Belohnung oder durch restriktives Verhalten zur Kontrolle von inneren Spannungen (Villa et al. S. 267-271). Psychologisch fungieren Essstörungen oft als Strategie, um emotionale Überforderung und soziale Herausforderungen, die mit AD(H)S einhergehen, zu bewältigen. Dies betrifft insbesondere Mädchen, mit einer Essstörung, bei welchen eine AD(H)S als mögliche Ursache übersehen wird, da sie nicht den typischen AD(H)S-Stereotypen entsprechen (Stollhoff, 2023, S. 10-13). Ein zentraler Aspekt im Zusammenhang von AD(H)S und Essstörungen ist die geschlechtsspezifische Symptomatik und deren Einfluss auf die Diagnose.

Die Unterschiede in der Symptomatik tragen dazu bei, dass Frauen häufig erst im Erwachsenenalter diagnostiziert werden, was zu erheblichen psychosozialen Belastungen führen kann. Die späte Diagnose von AD(H)S bei Frauen sowie die geschlechtsspezifischen Unterschiede werfen wichtige Fragen zur Versorgungslücke zwischen den Geschlechtern, dem sogenannten Gender Health Gap, auf. Diese Diskrepanz in der Gesundheitsversorgung und der

Diagnosequalität verdeutlicht die Dringlichkeit einer geschlechtersensiblen medizinischen Praxis und eines besseren Verständnisses der geschlechterspezifischen Unterschiede in Symptomatik und Verlauf. Im Kapitel 3 werden die Ursachen und Auswirkungen dieser Versorgungslücke beschrieben.

3. Gender Health Gap

Geschlechtsspezifische Aspekte beziehen sich in der Gendermedizin auf Unterschiede, die durch soziale und kulturelle Zusammenhänge entstehen. Sie umfassen Geschlechterrollen und werden sehr oft von ethnischen und kulturellen Faktoren geprägt. Der Begriff Gender beschreibt die Rolle, die ein Individuum in der Gesellschaft einnimmt. Dies ist eine Rolle, die von Geburt an übernommen und erlernt und durch das Umfeld geformt wird. Dabei beschreibt der Gender Health Gap die bestehenden Ungleichheiten und Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zwischen den binären Geschlechtern (Kautzky-Willer, 2012, S. 9).

Die Gendermedizin hat sich in den letzten Jahrzehnten als eigenständige Disziplin etabliert, die geschlechtsspezifische Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Krankheiten und Störungen untersucht. Sie berücksichtigt nicht nur das biologische Geschlecht, sondern auch soziale und kulturelle Geschlechterrollen in der Gesellschaft sowie die verschiedenen Bedürfnisse von Männern und Frauen (Kautzky-Willer, 2012, S. 8). Lange diente in der Medizin der männliche Körper als sogenanntes «Normmodell», wodurch Frauen in der medizinischen Forschung und Praxis systematisch unterrepräsentiert waren. Diese historische Vernachlässigung hat zu einer Verzerrung geführt, die bis heute Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgung und die Forschung hat (S. 10). Einer der Gründe dafür ist, dass Männer nicht schwanger werden können sowie die Ergebnisse nicht durch zyklusbedingte Hormonschwankungen verfälscht werden und es die Forschung daher erleichtert (Harreiter et al., 2016, S. 39).

Der Gender Health Gap beschreibt genau diese Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern in Bezug auf Zugang zu Gesundheitsversorgung, Behandlungsergebnisse und Forschungsschwerpunkte. So ist beispielsweise bekannt, dass Frauen in Studien zu Medikamenten oft unterrepräsentiert sind und dadurch die Auswirkungen von Behandlungen bei ihnen ungenügend erforscht sind (S. 15).

Dazu beschreibt die Gender-Politik der WHO (2002) die Verpflichtung der Organisation geschlechterspezifische Unterschiede in ihre Arbeit zu integrieren. Die WHO verfolgt das Ziel die Gleichheit und Gerechtigkeit zwischen Frauen und Männern zu fördern und Gesundheitsergebnisse zu verbessern. Die Verfassung der WHO betont, dass Geschlechterrollen die Gesundheitsergebnisse beeinflussen und somit zu Unterschieden bei Risikofaktoren, Zugang zu Ressourcen und Gesundheitsversorgung zwischen Frauen und Männern führen. Die WHO betont, wie wichtig es ist, Genderaspekte in der Medizin und Forschung zu berücksichtigen (S.1).

Die Studie aus Deutschland von Klipker et al. (2018) untersucht psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Die Prävalenz und Ergebnisse werden in den Zeiträumen gemessen und miteinander verglichen. Dabei stellt sich heraus, dass Jungen im Alter von drei bis

vierzehn Jahren häufiger psychisch auffälliger sind als Mädchen im selben Alter (S.39). Als mögliche Erklärung für die Geschlechterunterschiede ist, dass die Interventionen im Gesundheitssystem vor allem dort eingreifen, wo Auffälligkeiten nach aussen sichtbar sind und in Bildungseinrichtungen als störend bezeichnet werden. Beispielsweise fällt oppositionelles, hyperaktives Verhalten mehr auf als eine gegen innen gerichtete Emotion oder selbstzerstörende Gedanken und Verhaltensweisen. Jungen sind von diesen nach aussen sichtbaren Auffälligkeiten häufiger betroffen als Mädchen. Der Handlungsbedarf in ihrem Umfeld wird möglicherweise schneller erkannt als bei Mädchen und kann einen präventiven Einfluss auf potenzielle komorbide Störungen haben. Dies lässt sich bei Mädchen nicht gleichermassen behaupten. Daher ist es grundlegend, die unterschiedlichen Formen psychischer Auffälligkeiten der Geschlechter in der Gesundheitsversorgung zu erkennen, um insbesondere Mädchen mit häufig nach innen gerichteten Auffälligkeiten, zu erreichen (Klipker et al., 2018, S. 41-41).

Eine weitere Studie aus der Universität von Kalifornien von Weisman und Teitlebaum (2023) untersucht den Einfluss der Geschlechter bei Patient*innen und Ärzt*innen sowie der Geschlechterübereinstimmung und die patientenzentrierte Versorgung. Anhand dieser Studie lässt sich sagen, dass Geschlechterstereotype, welche durch Sozialisierung und Erfahrungen geprägt sind, bei der Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle einnehmen. Diese Vorstellungen beeinflussen sowohl die Wahrnehmung als auch die Erwartungen gegenüber den binären Geschlechtern. Sowohl bei den Fachkräften auch als bei den Patient*innen selbst sind diese Vorstellungen präsent und haben einen entscheidenden Einfluss auf den Behandlungsprozess und auf die Qualität der Versorgung (S.330-331). Daher sprechen auch diese Ergebnisse für eine stärkere Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Ungleichheiten und Unterschiede in der medizinischen Versorgung.

3.1 Diagnosekriterien und Screening-Instrumente

Diagnostische Kriterien sind detaillierte Vorgaben, die genau festlegen, welche Symptome eine Person aufweisen muss, um mit AD(H)S diagnostiziert zu werden. Diese sind im DSM-5 und im ICD-10/ 11 zu finden (Petermann et al., 2020, S. 819-820).

Einige Herausforderungen können eine Diagnosestellung erschweren. Beispielsweise gibt es diagnostische Instrumente wie die Wender-Utah-Rating-Skala, welche Symptome von AD(H)S im Erwachsenenalter rückblickend anhand Kindheitserinnerungen betrachtet (Retz-Junginger et al., 2002, S. 830). Diese Art von Screening-Verfahren haben ihre Grenzen und erfassen die Symptome weniger spezifisch, da Erinnerungslücken oder verzerrte Selbstbilder die Ergebnisse entscheidend beeinflussen können (Retz-Junginger et al., 2002, S. 835-836). Die Präsentation der AD(H)S-Symptomen in den Diagnosekriterien beschreiben am ehesten das Verhalten von einem hyperaktiven Jungen mit externalisierenden Verhaltensweisen. Die

Symptome der Mädchen sind meist weniger auffällig und werden in den Diagnosekriterien weniger gut abgebildet (Engel, 2018, S. 22).

Der Fragebogen «Stärken und Schwächen» (SDQ) wird beispielsweise als AD(H)S-Screening-Instrument beschrieben. Auch weitere Instrumente wie «Screening psychischer Störungen im Jugendalter» (SPS-J-II) und die «Adult ADHD Self-Report Scale» (ASRS) werden ebenfalls als Screening-Instrumente bezeichnet. Dabei handelt es sich um die Möglichkeit erste Hinweise auf eine vorliegende AD(H)S zu entdecken. Es hilft den Fachpersonen mögliche Betroffene zu erkennen. Beobachtungen, Fragebögen, Selbst- und Fremdwahrnehmungen gehören dazu und helfen bei der Erkennung von Anzeichen. Screenings sind nicht dazu gedacht, eine endgültige Diagnose zu stellen, sondern lediglich aufzuzeigen, ob eine genauere Untersuchung notwendig ist (Petermann et al., 2020, S. 819-820).

Auch andere Instrumente zur Erfassung von AD(H)S Symptomen wurden in der Studie von Kooij et al. (2008) auf ihre Zuverlässigkeit, Nützlichkeit und Validität untersucht. Dabei wurden verschiedene Selbstberichtsinstrumente wie die «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ADHD Rating Scale», die «Conners' Adult ADHD Rating Scale» und die «Brown Attention-Deficit Disorder Scale» geprüft. Jedoch zeigen sich auch da Schwierigkeiten bei der korrekten Erfassung. Aufgrund von Problemen mit der Selbstreflexion entstehen unzuverlässige Ergebnisse (S. 446). Dazu neigen Erwachsene mit AD(H)S die Schwere ihrer Symptome zu unterschätzen (S. 447). Auch Fremdbertichtsinstrumente wurden untersucht und verglichen mit Selbstberichtsinstrumente. Es wurde herausgefunden, dass zusätzliche Berichte vom Umfeld die Diagnosequalität zwar verbessern können, jedoch die beste Informationsquelle von der betroffenen Person selbst kommt. Daher sollte aufgrund von Uneinigkeiten bei Selbst- und Fremdwahrnehmungen nicht gleich eine mögliche Diagnose abgelehnt oder in Frage gestellt werden (S. 456).

Laut Engel (2018) stellen sich bei Fremdanamnese nebst der Uneinigkeit weitere Herausforderungen in Bezug auf Frauen mit einer möglichen AD(H)S heraus. Bei einer Fremdperspektive wird ein Einblick in Zeugnisse empfohlen. Die Zeugnisse können aber im Verlaufe des Lebens der Frauen im Chaos verloren gegangen sein. Wenn sie vorhanden sind, sind Beurteilungen meist unvollständig oder zusätzliche Bewertungen, die sich auf das Sozial- und Arbeitsverhalten beziehen, wurden nur in der Grundschulzeit vergeben. Dabei zeigen Mädchen in dieser Zeit oft noch keine auffällige, gegen aussen hin gerichtete Symptome. Dadurch werden Mädchen fremdanamnestisch häufig als unauffällig beschrieben (S. 22). Zudem beeinflussen zyklusabhängige Schwankungen im Verlauf des Lebens die Symptome der Mädchen und Frauen und haben Einfluss auf die Wirksamkeit der Medikamente. Somit kann in der zweiten Zyklushälfte durch den Abfall von Östrogen die Wirkung von Stimulanzien wie Methylphenidat

abschwächen, was eine Anpassung der Dosierung oder ergänzende Massnahmen erforderlich machen kann (Engel, 2018, S. 22-23).

Die Beobachtung geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Medizin sowie Forschung zeigt, dass vor allem Frauen in der Diagnostik von AD(H)S benachteiligt sind. Unter anderem liegt das an der Umsetzung und der Struktur derzeitiger Screening-Instrumente und Diagnosekriterien. Nebst der Darstellung von externalisierenden Symptomen ist auch die retrospektive Natur der Instrumente mitverantwortlich. Durch unentdeckte AD(H)S bei Mädchen kommt es zu späten Diagnosen, welche erhebliche Auswirkungen auf die Lebensqualität von Frauen haben kann. Eine individualisierte, frühzeitige und sorgfältige Anamnese in der Kindheit und Jugend, welche die hormonelle Situation der Frauen sowie weitere geschlechtssensible Faktoren miteinbezieht, ist für Frauen und Mädchen wichtig. Im Kapitel 3.2 wird näher darauf eingegangen, wie es zu einer Spätdiagnose kommen kann und welche Auswirkungen dies für die betroffenen Frauen hat.

3.2 Spätdiagnosen bei AD(H)S

Eine Spätdiagnose bei AD(H)S bedeutet, dass die Diagnose nicht in der Kindheit oder Jugend gestellt wurde, sondern erst im Erwachsenenalter erfolgt. Dies ist deshalb als «spät» anzusehen, weil AD(H)S eine Entwicklungsstörung ist, die bereits in der frühen Kindheit vorhanden ist. Das heisst die Symptome treten in der frühen Kindheit bereits auf, die mit Verzögerung oder Abweichung der normalen neurologischen Entwicklung verbunden ist (MSD Manuals, 2024). Ab einem gewissen Zeitpunkt ist eine Diagnose «spät», weil die Betroffenen meist schon erhebliche Herausforderungen durchlebt haben, ohne die notwendige Unterstützung erhalten zu haben (Dalsgaard et al., 2015, S. 2190).

Wie erwähnt sind etwa sechs Prozent der Kinder in Deutschland nach aktuellem Wissensstand von AD(H)S betroffen (Bachmann et al., 2017). Dabei erhalten Jungen mindestens zwei- bis dreimal häufiger eine AD(H)S-Diagnose als Mädchen (S.141-142). Auch wenn sich die Diagnosenstellung im Erwachsenenalter geschlechterspezifisch ausgleichen, kann durch diese Differenz im Kindesalter stark davon ausgegangen werden, dass die AD(H)S vieler Frauen unentdeckt bleibt.

Abgesehen davon, dass die diagnostischen Instrumente wenig auf erwachsene Frauen ausgelegt sind, wird von Engel (2018) auch noch anders begründet. Ein Grund für späte Diagnosen von AD(H)S ist, dass die Störung bei Frauen oft durch den «unaufmerksamen Typus» maskiert wird, der weniger auffällig ist als die hyperaktiven Symptome, die bei Männern dominieren (Engel, 2018, S. 20). Frauen entwickeln laut einer Untersuchung von Young et al (2005) häufig Strategien zur Kompensation, die es ihnen ermöglichen, ihre Symptome über viele

Jahre hinweg zu verstecken. Diese Anpassungsmechanismen funktionieren jedoch oft nur bis zu einem gewissen Punkt, etwa bis zum Übergang in die Selbstständigkeit oder in belastende Lebensphasen, in denen die Anforderungen steigen (S. 245-246).

Darüber hinaus werden, wie in der vorliegenden Arbeit schon erwähnt, AD(H)S-Symptome, häufig durch Komorbiditäten wie Depressionen oder Angststörungen überlagert, die oft der initiale Grund für einen fachärztlichen Erstkontakt darstellt (Engel, 2018, S. 22). Die zugrunde liegende AD(H)S wird dabei häufig übersehen oder fehldiagnostiziert, da kognitive Defizite oder Antriebslosigkeit oft auf die Begleiterkrankungen zurückgeführt werden. Nebst der Gegebenheit, dass Frauen stärker zu internalisierenden Symptomen und Schwierigkeiten neigen, während Männer externalisierende Symptome zeigen. Kompensieren Mädchen zudem schulische Probleme besser und fallen erst später durch Isolation oder emotionales Leiden auf (Young et al., 2005, S. 246-250). Ein weiterer Grund liegt in der gesellschaftlichen Wahrnehmung und den geschlechtsspezifischen Erwartungen: Frauen mit AD(H)S bemühen sich häufig, den gesellschaftlichen Normen zu entsprechen, was dazu führt, dass sie ihre Symptome herunterspielen oder als weniger herausfordernd wahrgenommen werden (Engel, 2018, S. 23).

Eine späte Diagnosen Stellungen bei AD(H)S kann auch Folgen haben, dies zeigt sich in einer eindrücklichen dänischen Registerstudie, die von Dalsgaard et al. (2015) durchgeführt wurde. Dort wurden mithilfe nationalen Register 1,92 Millionen Menschen verfolgt, darunter 32.061 mit AD(H)S, von ihrem ersten Geburtstag bis ins Jahr 2013, untersucht, um die Mortalität in Zusammenhang mit AD(H)S zu analysieren (S. 2190). Die Ergebnisse zeigten, dass Personen mit AD(H)S eine signifikant erhöhte Mortalitätsrate aufwiesen, insbesondere wenn die Diagnose im Erwachsenenalter gestellt wurde. Erwachsene mit AD(H)S hatten ein Mortalitätsrisiko (MRR) von 4,25 im Vergleich zu Personen ohne AD(H)S, was bedeutet, dass sie mehr als viermal so häufig starben. Besonders häufig war die Ursache für diese erhöhten Todesraten in Unfällen zu finden, was auf die Impulsivität und Aufmerksamkeitsdefizite bei unbehandelten Betroffenen zurückzuführen sein könnte (S. 2191-2192).

Interessant ist, dass die Studie auch geschlechtsspezifische Unterschiede aufzeigt. Frauen mit AD(H)S hatten ein höheres MRR (2,85) als Männer (1,27), was darauf hinweist, dass die Folgen einer nicht diagnostizierten oder spät diagnostizierten AD(H)S bei Frauen schwerwiegender sein können (Dalsgaard et al., 2015, S. 2194-2195).

Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen laut Dalsgaard et al. (2015), dass es entscheidend ist, AD(H)S frühzeitig zu erkennen und insbesondere bei Frauen diagnostisch aufmerksam zu sein. Spät Diagnosen erhöhen nicht nur das Risiko für Komorbiditäten wie oppositionelle Verhaltensstörungen und Substanzmissbrauch, sondern sind auch mit einer erhöhten Mortalität verbunden, die grösstenteils durch Unfälle verursacht wird (S. 2196).

Es zeigt sich also, dass der Gender Health Gap nicht nur in der allgemeinen medizinischen Versorgung, sondern auch in spezifischen Bereichen wie der Diagnostik und Behandlung von AD(H)S signifikante Auswirkungen hat. Die systematische Vernachlässigung geschlechtsspezifischer Unterschiede hat dazu geführt, dass Frauen mit AD(H)S oft nicht rechtzeitig erkannt werden. Es wird deutlich, welche weitreichenden Folgen Spätdiagnosen haben können, darunter ein erhöhtes Risiko für Komorbiditäten, soziale Probleme und eine signifikant erhöhte Mortalitätsrate. Besonders alarmierend ist, dass betroffene Frauen ein noch höheres Mortalitätsrisiko aufweisen als Männer, was die Dringlichkeit einer geschlechtergerechten Diagnostik unterstreicht. Die aufgezeigten Unterschiede und Herausforderungen werfen die Frage auf, welche konkreten Auswirkungen eine späte Diagnose auf das Leben der Betroffenen hat. Im nächsten Kapitel wird dieser Aspekt durch eine eigene qualitative Untersuchung näher beleuchtet. Dabei wird auf die individuellen Lebensgeschichten von sechs Frauen eingegangen, um aufzuzeigen, wie sich eine späte Diagnose auf ihre Lebensführung, Selbstwahrnehmung und Gesundheit auswirkt. Die Ergebnisse dieser Forschung sollen verdeutlichen, welche Bedeutung die rechtzeitige Diagnostik nicht nur für die medizinische Versorgung, sondern auch für das persönliche Wohlbefinden und die soziale Teilhabe der Betroffenen hat. Laut AvenirSocial (2010) ist unter dem Begriff sozialer Teilhabe die aktive Teilnahme und Mitgestaltung am gesellschaftlichen Leben und deren Ressourcen zu verstehen (S. 7).

4. Forschungsmethode

Bevor die Ergebnisse dargestellt werden, wird in diesem Kapitel die Methodik der Forschung dargelegt, die den Rahmen für die Analyse der Ergebnisse bildet. Es wird erläutert, welche Datenerhebungsmethoden gewählt wurden, wie die Auswahl der Probandinnen erfolgte und mit welchen Verfahren die Auswertung der gewonnenen Daten vorgenommen wurde. Die Autorinnen haben sich dabei intensiv mit der Frage auseinandergesetzt, welche Ansätze am besten geeignet sind, um die Forschungsfrage präzise und umfassend zu beantworten. Ziel ist es, die methodischen Grundlagen der Studie transparent darzustellen und ihre wissenschaftliche Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten.

4.1 Biografische Interviews

Für die Datenerhebungsmethode wurde Methode der biografischen Interviews ausgewählt. Für die Durchführung biografischer Interviews eignen sich narrative und teilstrukturierte Methoden besonders gut. Biografische Interviews erlauben es, die Lebensgeschichte und individuellen Erfahrungen der Befragten zu erheben, wobei subjektive Wahrnehmungen und Bedeutungszuschreibungen in den Vordergrund treten können. Diese Methode ist geeignet, um die spezifische Bedeutung einer Diagnose wie AD(H)S aus der Perspektive der Betroffenen zu erfassen und zu verstehen. Eine Kombination aus narrativen und teilstrukturierten Elementen, wie von Fuchs-Heinritz (2009) empfohlen, ist besonders nützlich, wenn Teilnehmende Schwierigkeiten haben könnten, ihre Lebensgeschichte frei zu erzählen, oder wenn bestimmte Themen nicht alltäglich besprochen werden. Der Leitfaden sollte Gesprächsanreize enthalten, um etwaige Erzählhemmungen zu überwinden und gezielt auf zentrale Themen einzugehen (S. 212-220).

Die Wahl der biografischen Interviews in Kombination mit teilstrukturierten Elementen ermöglicht es ausserdem tiefere Einblicke in die persönlichen Erlebnisse und Lebensverläufe der befragten Frauen zu erhalten und gleichzeitig zentrale Themen gezielt anzusprechen. Diese Methode eignet sich besonders gut, um die Auswirkungen einer späten AD(H)S-Diagnose auf verschiedene Lebensphasen wie Schule, Berufseinstieg und persönliche Entwicklung zu erforschen. Die Kombination aus freier Erzählung und gezielten Fragen fördert dabei eine reflektierte Darstellung der emotionalen Dimension und subjektiven Bedeutung der Diagnose, ohne die Gespräche durch zu viele Vorgaben einzuengen. Durch die teilstrukturierten Gesprächsanreize konnten zudem spezifische Herausforderungen und Veränderungen im Leben der Frauen mit AD(H)S thematisiert werden. Dies ermöglichte ein tieferes Verständnis der Anpassungen, die die Frauen sowohl vor als auch nach der Diagnose vorgenommen haben.

4.2 Sampling

Bei der Auswahl der Betroffenen wurde ein zielgerichtetes Sampling verwendet. Diese Methode ermöglicht es, Personen gezielt auszuwählen, die spezifische Merkmale aufweisen und somit relevante Aspekte zur Forschungsfrage beitragen können. Im vorliegenden Fall waren das die Diagnose AD(H)S. Diese Diagnose sollte ab dem Erwachsenenalter gestellt worden sein sowohl auch sollten die Frauen in der Schweiz aufgewachsen sein, um vergleichbare Gegebenheiten zu haben. Alle befragten Teilnehmerinnen erhielten ihre Diagnose erst im Erwachsenenalter, was ihre Erfahrungen besonders relevant macht, da sie den Einfluss eines späten Erkennens von AD(H)S auf die berufliche und persönliche Entwicklung direkt aufzeigen können. Die ausgewählten Frauen sind zwischen 20-36 Jahre alt. Diese Alterspanne wurde nicht bewusst ausgewählt, sondern steht in Verbindung mit dem Zugang des Samplings. Die Frauen verfügen über unterschiedliche Abschlüsse wie EFZ-, Bachelor- oder Master-Abschluss. Alle Frauen sind schon berufstätig, sei es noch in Ausbildung oder schon ausgebildet. Der Migrationshintergrund, der Zivilstatus sowie die Familiensituation variiert bei den interviewten Frauen.

Die Rekrutierung der sechs Teilnehmerinnen erfolgte durch gezielte Ansprache und deren Empfehlungen für weitere interessierte Frauen. Zunächst wurden über persönliche und berufliche Netzwerke Kontakte zu Frauen mit einer AD(H)S-Diagnose hergestellt. Hierbei konnten die ersten drei Teilnehmerinnen (Person A, B und C) gewonnen werden. Anschliessend wurden diese gebeten, weitere potenzielle Teilnehmerinnen in ihrem Umfeld auf das Forschungsprojekt aufmerksam zu machen. Diese Methode erwies sich als effektiv, da viele der betroffenen Frauen bereits in Kontakt mit anderen Betroffenen standen. So konnten die restlichen Teilnehmerinnen (Person D, E und F) für die Forschung gewonnen werden. Wichtig war, dass alle Frauen bereit waren, ihre persönlichen Erfahrungen zu teilen und in der Schweiz aufgewachsen sind, um vergleichbare kulturelle Rahmenbedingungen sicherzustellen. Die Teilnehmerinnen wurden im Vorfeld über den Zweck der Forschungsarbeit, den Ablauf der Interviews und den Datenschutz informiert und erklärten sich schriftlich mit der Teilnahme einverstanden.

4.3 Durchführung der Interviews

Die Durchführung der Interviews fand in einem für die befragten Frauen passenden Ort statt. Es wurde darauf geachtet, dass die Frauen mit dem vereinbarten Ort oder mit der Art der Durchführung einverstanden sind, damit sie sich auch in diesem Moment wohl fühlen konnten. So haben einige Frauen einen geschlossenen, ungestörten Raum oder sich eine Online-Durchführung aus praktischen Gründen gewünscht. Diese Interviews wurden ohne Zeitdruck von den Interviewerinnen durchgeführt, damit sich die Befragten so viel Zeit nehmen konnten zur

kompletten Beantwortung der gestellten Fragen wie sie brauchten. Sie haben in eigener-gewünschter Sprache das Interview gegeben; für alle war dies das Schweizerdeutsch. Mit dem Einverständnis der Frauen wurde das Interview aufgenommen, mit dem Zweck, dass sie transkribiert werden können, um eine strukturierte Auswertung zu erlangen.

4.4 Datenauswertungsmethode

Im Rahmen dieser Forschung bietet eine Mischform aus deduktiver und induktiver Auswertung eine besonders geeignete Methode zur Analyse der Interviews.

Mayring (2015) erläutert, dass eine deduktive Herangehensweise auf bestehenden Theorien und Konzepten basiert und dadurch eine klare Struktur in die Analyse einbringt. Durch die Anwendung vorab definierter Kategorien lassen sich zentrale, in der Literatur bekannte Themen wie die Symptomatik oder gesellschaftlicher Anpassungsdruck in die Analyse integrieren. Die deduktive Komponente stellt sicher, dass solche theoretisch fundierten Aspekte gezielt erfasst werden und deren Relevanz in den Erfahrungen der Frauen untersucht wird. Ergänzt wird dieser deduktive Ansatz durch eine induktive Komponente, die Mayring als offen für neue Themen beschreibt, die sich direkt aus den Daten ergeben und somit nicht theoretisch vorgegeben sind. Durch die Offenheit für induktiv aufkommende Themen kann die Methode auf spezifische und möglicherweise unvorhergesehene Herausforderungen, Ressourcen oder Bewältigungsstrategien eingehen, die die betroffenen Frauen schildern. Dies ermöglicht eine detaillierte Darstellung individueller Perspektiven und fördert das Verständnis für die Vielfalt der Erfahrungen, die mit einer späten AD(H)S-Diagnose einhergehen. Insgesamt bietet diese Mischung aus deduktiver und induktiver Analyse eine flexible und zugleich strukturierte Vorgehensweise, die der komplexen, oft sehr individuellen Realität der späten AD(H)S-Diagnose gerecht wird und eine umfassende Analyse der persönlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen ermöglicht, die im Kontext der sozialen Arbeit besonders wertvoll sind (Mayring, 2015).

Durch die Anwendung der deduktiv-induktiven Mischform der Analyse konnten im Rahmen dieser Untersuchung sechs zentrale Kategorien identifiziert werden, die die vielfältigen Erfahrungen und Herausforderungen der Frauen mit spät diagnostiziertem AD(H)S reflektieren. Die ausgewählten Kategorien wurden in den jeweiligen Transkripten farblich markiert und die dazugehörigen Textpassagen mit passenden Codes versehen. Nach Abschluss des Codierungsprozesses wurde eine übersichtliche Codierungstabelle erstellt, um eine strukturierte Grundlage für die Analyse zu schaffen. Jede Kategorie wurde durch mehrere Codes differenziert, die inhaltlich mit ihr in Zusammenhang stehen. Um die Ergebnisse der Untersuchung zu untermauern, wurden für jede Kategorie repräsentative Ankerbeispiele ausgewählt. Diese exemplarischen Textstellen dienen dazu, zentrale Aussagen der Befragten hervorzuheben und in den Forschungsbefunden darzustellen.

5. Forschungsergebnisse

Die Resultate dieser Untersuchung zur späten AD(H)S-Diagnose bei Frauen bieten Einblicke in die vielfältigen Erfahrungen und Herausforderungen der Betroffenen. Durch die Analyse der Interviews konnten zentrale Themenbereiche identifiziert werden, die das Leben der Frauen sowohl vor als auch nach der Diagnose prägen. In diesem Kapitel werden die Forschungsergebnisse entlang der sieben Hauptkategorien dargestellt: Symptomatik, Bewältigungsstrategie/Maladaptation, Leidensdruck, Komorbidität, Stigma, Spätdiagnose und Anliegen der Betroffenen. Jede Kategorie beleuchtet spezifische Aspekte, die in den Gesprächen als besonders relevant hervorgehoben wurden, und liefert ein differenziertes Bild der vielfältigen Auswirkungen einer späten AD(H)S-Diagnose auf das Selbstverständnis, die Lebensführung und die soziale Integration der betroffenen Frauen.

5.1 Symptomatik

Die Kategorie «Symptomatik» beschreibt aus Sicht der Betroffenen die unterschiedlichen Symptome, welche sich bei ihnen im Lauf ihres Lebens zeigten.

So beschreibt Person A, dass sie als Kind eine ständige motorische Unruhe und das Bedürfnis, ständig in Bewegung zu sein verspürte. *«Ich fühlte mich einfach wohl immer in Bewegung zu sein»* (Interview, Person A, 2024). Während Person A von einer motorischen Unruhe spricht, erwähnt sie auch die innere Unruhe, die sich aber erst im Erwachsenenalter manifestiert. Auch Person F beschreibt: *«Ich bin als Kind innerlich extrem unruhig gewesen. Nicht gegen aussen so offensichtlich, aber innen extrem unruhig»* (Interview Person F, 2024). Alle befragten Frauen sprechen von irgendeiner Form der Unruhe, die sie auch als *«Bewegungsdrang»*, *«inneres Kribbeln»* oder *«zu viel Energie»* beschreiben.

Person C schildert ihre Kindheit als geprägt von Verträumtheit und einer starken Tendenz, sich in Gedanken zu verlieren. In sozialen Situationen und beim Erledigen von Routineaufgaben, die sie wenig interessierten, war sie schnell abgelenkt. Sie sagt: *«So wie beim Zähneputzen, da konnte ich ewig trödeln, dabei hatte ich immer länger als andere»* (Interview, Person C, 2024). Die Ablenkbarkeit zeigt sich bei Person F, die sich bei Gesprächen oft ungewollt Ablenken lässt. Person D erläutert, dass sie durch Desinteresse ab der Sekundarschule Schwierigkeiten hatte sich zu konzentrieren, abschweifte und dabei anfing zu Tagträumen. So sagt sie: *«Ich habe bis in die Uni nicht gecheckt, dass es Grammatik gibt, es ging ALLES an mir vorbei. Ich habe 80% der Dinge nicht mehr mitbekommen, weil ich war irgendwo anders. Ich habe einfach viel geträumt»* (Interview, Person D, 2024). Die sechs Interviewten beschreiben die Verträumtheit als eigenes Symptom, welches oft mit Ablenkbarkeit und Konzentrationsproblemen einhergehen. Besonders schwierig ist es, sich bei uninteressanten Aufgaben zu

konzentrieren. Dazu zählt das Prokrastinieren der als unnötig gesehenen Alltagsaufgaben der Betroffenen, wie Rechnungen zahlen. Trotz negativen finanziellen Konsequenzen ist es schwierig, so Person D: *«Ich mache es einfach nicht, es strengt mich zu fest an, bis mich jemand dazu zwingt. Ja einfach all diese Sachen. Ich schiebe alles sehr stark auf. Ausser es geht um Leben und Tod. Sonst mache ich es einfach nicht»* (Interview, Person D, 2024).

Während die Konzentration bei Desinteresse abnimmt und Langeweile verursacht, wird bei individuellen Interessen eine erhöhte Konzentration wahrgenommen. Einige Betroffene sprechen von einem Hyperfokus als bemerkbares Symptom. Person F beschreibt diesen Zustand so: *«Wenn es etwas gegeben hat, dass ich gerne gemacht habe. Dann konnte es mir nicht langweilig werden. Da konnte ich mit drei Zentimeter Abstand zwischen Nase und Blattpapier fünf Stunden lang ein archäologisches Fundstück mit Punktiertechnik zeichnen. Und nicht merken, dass fünf Stunden vorbei gehen»* (Interview Person F, 2024). Person C bewertet im Interview diesen Hyperfokus, als *«Positives Symptom, mit vielen Vorteilen»* (Interview, Person C, 2024).

Aus Sicht der betroffenen Frauen ist auch die Reizüberflutung ein klares Symptom, die sich bereits in der Kindheit bemerkbar machte. Person B berichtet: *«Meine Rezeptoren sind verdammt offen, ich bin mega hellhörig, ich höre alles Mögliche»* (Interview Person B, 2024). Person F beschreibt die Reizüberflutung als Zustand, in dem *«Alles gleich wichtig und intensiv wirkt»*. Sie erklärt: *«Es war, als ob alle Geräusche, alle Farben und Bewegungen auf mich einprasseln – ich konnte einfach nicht filtern, was wichtig ist und was nicht»* (Interview, Person F, 2024). Diese ungefilterten Eindrücke führten laut einigen Frauen zu Vergesslichkeit. Person A berichtet von einem *«Löschhirn»*, sie erzählt: *«Sachen aus meiner Vergangenheit weiss ich gar nicht mehr so genau»* (Interview, Person A, 2024). Auch Personen C und E hatten Schwierigkeiten mit ihrer Vergesslichkeit. Das zeigte sich vor allem in der Schule, bei vergessenen Hausaufgaben und Prüfungsdaten. So erzählt Person C: *«Und dann in der Schule war es so, dass ich halt mega Mühe hatte mit Hausaufgaben, ich habe halt nie Hausaufgaben gemacht und ich habe auch immer mein Zeugs zu Hause vergessen, so Bücher und Hefter halt»* (Interview, Person C, 2024).

Person B schildert als weiteres Symptom die Desorganisation und beschreibt, wie sie Schwierigkeiten hatte, ein strukturiertes Umfeld aufrechtzuerhalten: *«In der Schule war ich immer diejenige, die ihre Sachen nicht beisammen hatte. Alles um mich herum war ein Chaos, aber ich konnte es einfach nicht anders machen»*. Auch erwähnt sie ihr *«fehlendes Zeitmanagement»* mit dem sie bis heute zu kämpfen hat: *«Verspätung war schon immer so ein Thema in meinem Leben, das stand immer zuoberst oben»* (Interview, Person B, 2024). Person D

berichtet ähnlich: *«Ich hatte keine Ahnung von Struktur und wusste nicht, wie ich alles machen soll»* (Interview Person D, 2024).

Mehrere der Befragten benennen *«Schwierigkeiten mit der Emotionsregulierung»* als Symptom ihrer AD(H)S. Häufige Wutanfälle werden hierbei als charakteristisch beschrieben. So berichtet Person F, dass sie oft impulsiv auf kleine Auslöser reagierte: *«Manchmal war ich so wütend, dass ich Sachen geworfen habe, obwohl ich wusste, dass es nicht hilft. Ich konnte es aber nicht stoppen»* (Interview, Person F, 2024). Die Frauen schildern, dass diese Schwierigkeiten oft Missverständnisse und Konflikte im sozialen Umfeld verstärkten. Person E spricht auch von Stimmungsschwankungen, dabei spricht sie von depressiven Phasen aber sagt auch: *«Ich hatte auch immer wieder Phasen, also sehr hohe Phasen. Was im Nachhinein sehr typisch ist. Aber sogar in meinen hohen Phasen gab es Dinge, die schwierig waren, oder die sehr anstrengend waren»* (Interview Person E, 2024).

Auch die Impulsivität wird oft bei den befragten Frauen erwähnt. Die meisten betiteln sich selbst als impulsiv. Person A berichtet: *«Ich bin schon immer der gleiche impulsive Mensch gewesen. Man sieht es (lacht) heute Morgen um zehn Uhr ein Tattoo gemacht, das ich gestern abgemacht habe»* (Interview Person A, 2024).

Symptom	Beschreibung der Interviewten	Erlebte Auswirkungen
Motorische und innere Unruhe	<ul style="list-style-type: none"> • Ständiges Bedürfnis nach Bewegung • inneres Kribbeln motorische Unruhe in der Kindheit • innere Unruhe in Kindheit und Erwachsenenalter 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeiten, lange ruhig zu sitzen • erhöhte Ablenkbarkeit durch körperliche Rastlosigkeit
Verträumtheit und Ablenkbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Häufiges Abschweifen in Gedanken 	<ul style="list-style-type: none"> • Verzögerung von Aufgaben

	<ul style="list-style-type: none"> • Ablenkbar besonders bei Routineaufgaben oder Desinteresse 	<ul style="list-style-type: none"> • soziale Missverständnisse durch mangelnde Aufmerksamkeit
Konzentrationsprobleme und Prokrastination	<ul style="list-style-type: none"> • Abnehmende Konzentration bei Desinteresse • Aufschieben von unangenehmen oder uninteressanten Aufgaben 	<ul style="list-style-type: none"> • Stress durch aufgeschobene Verpflichtungen • Finanzielle Konsequenzen
Hyperfokus	<ul style="list-style-type: none"> • Intensive, langanhaltende Konzentration auf interessante Aufgaben/Beschäftigungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Produktivität bei Projekten • Vernachlässigung anderer wichtiger Aufgaben
Reizüberflutung	<ul style="list-style-type: none"> • Überforderung durch ungefilterte Reize, wie Geräusche, Farben, Bewegungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Überforderung in sozialen oder lauten Umgebungen • Erschöpfung durch konstante Reizverarbeitung
Vergesslichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeiten sich an Kindheit zu erinnern • Schwierigkeiten sich an kleine Verpflichtungen zu erinnern 	<ul style="list-style-type: none"> • Häufiges Vergessen von Terminen, Schul-sachen, Alltagsgegenständen • Negative Rückmeldungen von Umfeld

Desorganisation	<ul style="list-style-type: none"> • Unfähigkeit, Ordnung und Struktur im Umfeld zu bewahren • Zeitmanagementprobleme 	<ul style="list-style-type: none"> • Chaos im Arbeits- oder Wohnumfeld • regelmässiges Zuspätkommen • Negatives auffallen im Umfeld
Schwierigkeiten mit der Emotionsregulation	<ul style="list-style-type: none"> • Intensives Erleben von Emotionen, Stimmungsschwankungen • impulsive emotionale Reaktionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Konflikte im sozialen Umfeld • erhöhte Belastung durch unkontrollierte Wut oder depressive Phasen
Impulsivität	<ul style="list-style-type: none"> • Spontane Entscheidungen oder Handlungen ohne Nachdenken 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlentscheidungen, finanzielle oder soziale Konsequenzen durch unüberlegte Handlungen

Tabelle 2: Zusammenfassung Symptomatik Ergebnisse (eigene Darstellung)

Zusammenfassend zeigen die geschilderten Symptome der befragten Frauen, wie vielfältig, aber auch individuell die Ausprägungen von AD(H)S sein können. Die beschriebenen Symptome reichen von Konzentrationsproblemen, Verträumtheit und Hyperfokus bis hin zu Desorganisation, Reizüberflutung und Schwierigkeiten in der Emotionsregulation. Diese Symptome werden laut den Erzählungen der Frauen als Herausforderungen seit ihrer Kindheit wahrgenommen und beeinflussen ihr Leben nachhaltig. Trotz der Belastung durch diese Symptome haben alle Befragten in den Interviews von unterschiedlichen Wegen berichtet, mit den Auswirkungen umzugehen. Die nächste Kategorie widmet sich daher den individuellen Bewältigungsstrategien, die die Frauen entwickelt haben, um ihren Alltag zu meistern.

5.2 Bewältigungsstrategie und Maladaptation

In der Kategorie Bewältigungsstrategie und Maladaptation berichten die interviewten Frauen, dass sie im Laufe ihres Lebens aufgrund verschiedener Symptome, welche den Alltag erschwerten, Bewältigungsstrategien und maladaptiven Verhaltensweisen entwickelt hätten. Diese halfen einerseits, mit ihren Symptomen umzugehen und gleichzeitig den

Herausforderungen des Alltags gerecht zu werden. Andererseits entstanden durch negative Bewältigungsstrategien, den Maladaptionen, bereits in der Kindheit auch viele negativen Verhaltensweisen.

Eine prägnante Strategie, die sich bei mehreren Frauen zeigt, ist der intensive Drang nach Perfektion und strikter Struktur, um Unsicherheiten und die Vergesslichkeit zu kompensieren. So beschreibt Person C, dass sie, um ihre Vergesslichkeit zu kontrollieren, immer all ihre Schulmaterialien bei sich führte: *«Ich hatte meinen Rucksack voller Bücher und Notizhefte, weil ich nichts dem Zufall überlassen wollte – ich musste sicherstellen, dass ich immer alles dabei habe»* (Interview, Person C, 2024). Der Versuch, jeden Aspekt des Alltags perfekt zu organisieren, gab ihr zwar ein Gefühl von Kontrolle, war jedoch langfristig sehr energieaufwendig und erschöpfend. Auch Person E berichtet, dass ihr Perfektionismus sehr zeitraubend war und mit viel Strukturierung verbunden ist. Rückblickend auf ihre Schulzeit erzählt sie: *«Und ja da habe ich mein Leben einfach angepasst. Ich habe viel früher als die anderen angefangen zu lernen, damit ich einfach durchkommen kann»*. Diese Strategie ist auch heute noch präsent, führt jedoch zu einem erheblichen Zeitaufwand. Sie ergänzt: *«Ich habe einfach auch viel länger für alles als alle anderen also zum Beispiel auch das Bad zu putzen. Es kostet mich dann den ganzen Freitag mein freier Tag. Trainieren, Bad putzen, Duschen, Haare machen, kostet mich einen Tag»* (Interview Person E, 2024).

Ein weiteres Bewältigungsmuster ist der Rückzug in Tagträume, insbesondere in Situationen der Reizüberflutung. So berichtet Person A von einer Tendenz, in Gedanken zu versinken, wenn soziale oder sensorische Eindrücke überwältigend wurden: *«In sozialen Situationen habe ich mich einfach weggeträumt, wenn ich nicht wusste, wie ich reagieren soll. Ich habe mich dann in Gedanken verloren»* (Interview, Person A, 2024). Anders als beim Symptom «Verträumtheit», welches im vorherigen Kapitel thematisiert wurde, wird hier das «Wegträumen» als *«innere Flucht»* beschrieben, was ihr half, sich vor unangenehmen Reizen zu schützen. Dies führte laut Person A aber langfristig dazu, dass sie oft als *«abwesend»* wahrgenommen wurde und das Gefühl hatte, nicht wirklich Teil der sozialen Umgebung zu sein. Dieses Verhalten verstärkte laut ihr das Empfinden, nicht dazuzugehören und die Kontrolle über soziale Situationen zu verlieren.

Einige der Frauen, wie Person F, passten sich stark an äussere Erwartungen an und unterdrückten ihre inneren Impulse und AD(H)S-Symptome, um nicht negativ aufzufallen. Sie beschreibt, dass sie sich in der Schule und in sozialen Umfeldern *«ruhig»* verhielt und ihre AD(H)S-bedingte Hyperaktivität unterdrückte, um den Vorstellungen anderer gerecht zu werden: *«In der Schule wollte ich nicht unangenehm auffallen, also habe ich versucht, meine Hyperaktivität zu verstecken und ruhig zu bleiben, Also es sind dann auch so Methoden zustande*

gekommen, die dazu geführt haben, dass ich mich so darstellen konnte, als das Kind, das alles kann, perfekt ist, sehr wohl versteht, was es liest und so weiter und einfach Top-Noten macht. Aber ich habe gearbeitet, hart gearbeitet für meine guten Noten. Sehr schwer gekämpft. Und sehr viel Energie investiert in so ein... Bildaufrecht erhalten von der Schülerin, die einfach da schnell Antworten aus dem Ärmel schüttelt» (Interview, Person F, 2024). Person B spricht da auch von einer Maskierung, die als Anpassung dient an die Aussenwelt, aber innerlich nichts unterdrückt: «Aber unterdrückt sind diese Symptome nie, sie sind immer da. Also es kratzt mich jedes Mal. Es ist einfach mehr so ein... Ja, schon eine Art Unterdrücken, aber einfach so... Es ist ein Unterdrücken nach aussen» (Interview, Person B, 2024).

Bewältigungsstrategien gegen Unruhe fand Person C im Sport und Antistress-Skills, die sie für sich in ihrer Jugend gefunden hat. Die Antistress-Skills würden ihr heute noch in Situationen helfen, in denen sie ruhig am Platz bleiben soll. Person C meint mit den Antistress-Skills Fähigkeiten und Strategien, die dazu dienen, Stress zu bewältigen und die persönliche Belastbarkeit zu stärken. Person D hat schon in der Primarstufe nach negativer Rückmeldung ihrer Lehrperson auf ihre motorische Unruhe, angefangen Strategien zu entwickeln. Sie berichtet: «Und ich habe es auch sehr schnell gelernt, wie nicht zu zeigen. Ich fand es sehr langweilig und ich trommelte auf meinen Knien und habe gesungen. Meine Lehrerin hat mich mega zusammengeschnitten. Sie sagte zu mir: «Hey, das interessiert hier niemanden, was du hier machst. Und ab dann habe ich es gegen innen angefangen zu drehen. Und da habe ich immer Strategien angewendet. Ich habe die Zehen, Knie und Arsch angespannt und dann wieder retour und in allen Reihenfolgen. So dass es nicht nach aussen geht» (Interview, Person D, 2024).

Strategie/Verhaltensmuster	Beschreibung	Kurzfristige Wirkung	Wir-Langfristige Auswirkungen
Perfektionismus und Struktur	<ul style="list-style-type: none"> • Streben nach perfekter Organisation, um Unsicherheiten und Vergesslichkeit zu kompensieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühl von Kontrolle • bessere Bewältigung von Alltagsaufgaben 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoher Zeitaufwand, • Erschöpfung • Weniger Zeit für anderes

Wegräumen und Rückzug	<ul style="list-style-type: none"> • Rückzug in Gedankenwelt bei Reizüberflutung oder sozialen Unsicherheiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Schutz vor Überforderung • temporäres Entkommen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühl von Abwesenheit, Isolation • Verlust sozialer Verbundenheit
Maskierung und Anpassung	<ul style="list-style-type: none"> • Unterdrückung von AD(H)S-Symptomen, um den Erwartungen der Umgebung zu entsprechen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung negativer Rückmeldungen • soziale Akzeptanz 	<ul style="list-style-type: none"> • Innere Erschöpfung • Verlust des authentischen Selbst • Gefühl der Überforderung
Antistress-Skills und Bewegung	<ul style="list-style-type: none"> • Einsatz von Sport • Skills zur Regulierung von Unruhe 	<ul style="list-style-type: none"> • Kurzfristige Beruhigung • gesteigerte Konzentration 	<ul style="list-style-type: none"> • Skills haben Gute Auswirkung • Übermässiger Sport
Verdrängung motorischer Unruhe	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung subtiler Strategien, um äussere Hyperaktivität zu verbergen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verringerte Auffälligkeit im sozialen und schulischen Kontext 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhte innere Anspannung
Übermässige Selbstanpassung	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassung an gesellschaftliche oder schulische Erwartungen • Nicht sich selbst sein können 	<ul style="list-style-type: none"> • Gute Leistung • positives soziales Bild 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlust von Energie und Zeit für eigene Bedürfnisse • Anstrengung

Tabelle 3: Zusammenfassung Bewältigungsstrategien Ergebnisse (eigene Darstellung)

Die geschilderten Bewältigungsstrategien verdeutlichen, wie die befragten Frauen über die Jahre individuelle Wege gefunden haben, mit den Herausforderungen ihrer AD(H)S-Symptome umzugehen. Während diese Strategien kurzfristig eine Hilfe boten, führten sie langfristig oft zu zusätzlichem Stress, Erschöpfung und sozialer Isolation. Perfektionismus, soziale Anpassung und Rückzugstendenzen, Verdrängung und übermässige Selbstanpassung zeigten sich als ambivalente Muster, die einerseits den Alltag erleichterten, andererseits aber neue Schwierigkeiten mit sich brachten.

Die Auswirkungen dieser Strategien beschränken sich jedoch nicht nur auf das Verhalten. Im nächsten Kapitel wird der Blick auf die Komorbiditäten gerichtet, die oft in Verbindung mit AD(H)S auftreten und die Lebensrealität der Frauen zusätzlich prägen.

5.3 Komorbidität

Die Kategorie «Komorbidität» zeigt anhand der Interviews mit den Frauen, dass viele von ihnen zusätzlich zu den AD(H)S-Symptomen auch unter verschiedenen komorbiden Erkrankungen leiden. Diese Komorbiditäten werden im Folgenden von den Betroffenen beschrieben.

Viele der Frauen berichten von depressiven Episoden, die sie zusätzlich zu den AD(H)S-Symptomen erleben. Person E beschreibt beispielsweise, dass sie ab dem Jugendalter von depressiven Phasen betroffen war, die nicht nur ihre Stimmung, sondern auch ihre Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigten, so berichtet Person E: *«Mit 15 ist es dann das erste Mal zu einer depressiven Phase gekommen, wo es halt nicht mehr schwankend ist, sondern wirklich mehr, ja down halt durchgehend»* (Interview Person E, 2024). Die depressive Stimmung und die damit verbundene Erschöpfung und Antriebslosigkeit versuchten sie mit Antidepressiva zu bekämpfen, doch Person E bemerkte schnell, dass die Medikation nicht anschlägt. Auch Person B erzählt von ihren depressiven Phasen und auch von einer Burnout-Erfahrung, die laut ihr sehr im Vordergrund waren und auch Folgen mit sich trugen. Die Symptome wie einen tiefen Selbstwert und eine grosse Traurigkeit waren sehr präsent. Das Thema AD(H)S und Konsum und Sucht wurde für Person B ein einschneidender Abschnitt ihres Lebens. Sie erklärt sich ihre jahrelange Drogensucht und die Schwierigkeiten damit aufzuhören so: *«Dopamin-Mining. Das ist das, was viele sagen, Dopamin holen. Da würde ich schon sagen, das war der Grund, weshalb ich so viel konsumiert habe. Es gab mir diesen Kick, irgendwie»* (Interview Person B, 2024).

Die bipolare Störung als Komorbidität, die sich durch extreme Stimmungsschwankungen und Phasen von Manie und Depression äussert, machte es der Person F lange schwer, die AD(H)S-Symptome zu erkennen und führte dazu, dass sie jahrelang mit unzureichenden

Behandlungsansätzen kämpfte: *«Die Symptome von ADHS sind wie ähm abgedeckt oder verschleiert worden von diesem Bipolaren irgendwie»* (Interview Person F, 2024).

Soziale Ängste wurden ebenfalls als Komorbidität thematisiert. Person C berichtet, dass sie im Laufe ihres Lebens zunehmend unter sozialen Ängsten litt, die ihren Alltag erheblich beeinträchtigte: *«Ja, soziale Ängste habe ich auch viel gehabt. Das war alles schon vor der Diagnose aber auch nach der Diagnose immer noch nur... also da will ich immer ein wenig aufpassen, weil ich möchte auch nicht immer alles auf das ADHS abschieben aber ich glaube eigentlich schon fest daran, dass es auch viel damit zu tun hat»* (Interview, Person C, 2024). Durch den ständigen Druck, sich anzupassen, entwickelte sich bei ihr eine tief verwurzelte Angst, Fehler zu machen oder etwas Falsches zu sagen. Diese pathologische Angst vor sozialen Situationen und vor negativer Bewertung führte laut ihr dazu, dass sie oft überangepasst handelte, um möglichst keine Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen.

Schlafprobleme wurden von einigen der Befragten ebenfalls erwähnt. Beispielsweise äussert sich bei Person F diese Schwierigkeiten darin, dass sie bereits als Kind sehr wenig schlief – ein Zustand, der bis ins Erwachsenenalter anhielt: *«Ich habe weiterhin nicht geschlafen, also wirklich fast nichts geschlafen, vom Alter von vier, drei Jahren an eigentlich bis zur Diagnose»* (Interview, Person F, 2024).

Die Essstörungen, von denen fünf der sechs befragten Frauen betroffen sind, spielen eine zentrale Rolle in ihrem Leben und stellen für einige weiterhin eine Herausforderung dar. Die Teilnehmerinnen berichten von unterschiedlichen Ausprägungen wie Anorexie, Bulimie und Binge-Eating, die sich jeweils auf individuelle Weise entwickelt haben.

Person E beschreibt, wie sich die Essstörung schleichend manifestierte und rasch zu einem starken Kontrollbedürfnis über ihr Essverhalten führte. Ähnlich schildert Person A: *«Da habe ich mal Kalorien angefangen zu zählen, weil man ja länger abgeschottet war und es einem langweilig ist. Und dann hat es bei mir in einem krankhaften eben ständig an dem Essen herumgedacht, was man essen darf und was nicht. Und so... Da habe ich dann auch ziemlich abgenommen»* (Interview, Person A, 2024). Bei Person C entwickelte sich ihre ursprüngliche Bewältigungsstrategie, der Sport, in eine Sportsucht, die eng mit einer Essstörung verknüpft war.

Die Interviews verdeutlichen, dass Komorbiditäten eine zentrale Rolle im Leben der befragten Frauen spielen und das Erkennen sowie den Umgang mit AD(H)S-Symptomen erheblich erschweren. Depressionen, Angststörungen, bipolare Störungen und Essstörungen wurden von den meisten Frauen bereits vor ihrer AD(H)S-Diagnose diagnostiziert und behandlungsbedürftig. Diese Belastungen führten bei den Betroffenen nicht nur zu einem komplexen

Symptombild, sondern auch zu einem erheblichen Leidensdruck, der ihr Leben geprägt hat. Das folgende Kapitel widmet sich daher der Frage, wie die Frauen diesen Leidensdruck wahrnehmen und bewältigen, und beleuchtet die tiefgreifenden Auswirkungen, die AD(H)S und seine Begleiterscheinungen auf ihr emotionales und soziales Wohlbefinden haben.

Komorbidität	Inhalt	Erleben der Betroffenen
Depressive Episoden	<ul style="list-style-type: none"> • Anhaltende Phasen von Niedergeschlagenheit • Antriebslosigkeit und Erschöpfung • Traurigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit • tiefer Selbstwert
Burnout	<ul style="list-style-type: none"> • Zustand emotionaler und physischer Erschöpfung durch chronische Überforderung bei der Arbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlust der Belastbarkeit, Rückzug aus sozialen und beruflichen Verpflichtungen
Suchtproblematik	<ul style="list-style-type: none"> • Konsum von Substanzen zur Selbstregulation (z. B. Dopamin-Minimierung durch Drogenkonsum) 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeiten, Sucht zu überwinden, • soziale Folgen, Verlust Freundschaften • Konflikt in der Familie
Bipolare Störung	<ul style="list-style-type: none"> • Stimmungsschwankungen zwischen Manie und Depression 	<ul style="list-style-type: none"> • Erschwerte Diagnostik von AD(H)S • zusätzliche psychische Belastung
Soziale Ängste	<ul style="list-style-type: none"> • Pathologische Angst vor sozialen Situationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung sozialer Interaktionen • Gefühle der Isolation

Schlafprobleme	<ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeiten, ausreichend Schlaf zu finden oder eine erholsame Schlafqualität zu erreichen 	<ul style="list-style-type: none"> • Chronische Müdigkeit, Konzentrationsprobleme • verstärkte AD(H)S-Symptome durch Schlafmangel
Essstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • Erkrankungen wie Anorexie, Bulimie und Binge-Eating, oft gekoppelt mit Kontrollbedürfnis oder Suchtverhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsprobleme • starke Fokussierung auf Körperbild und Essen • soziale und emotionale Belastungen • Essen ist kein stressfreies Thema mehr

Tabelle 4: Zusammenfassung Komorbidität Ergebnisse (eigene Darstellung)

5.4 Leidensdruck

Die Kategorie «Leidensdruck» ist bei den interviewten Frauen mit AD(H)S ausgeprägt und zeigt, wie tiefgehend und belastend ihre alltäglichen Herausforderungen sind. Dieser Leidensdruck zieht sich durch verschiedene Lebensbereiche, von schulischen und beruflichen Anforderungen bis hin zu sozialen Beziehungen und Selbstwahrnehmung.

Für einige Frauen führte der Leidensdruck schon früh zu emotionalem Stress und Schulproblemen. Person D beschreibt, wie sie ab der siebten Klasse mit den Anforderungen nicht mehr mithalten konnte und die schulischen Erwartungen für sie zu einem immensen Druck führten: *«Dort hatten wir so langweilige Lehrer und dort haben meine Noten völlig abgenommen. Ich konnte einfach nicht mehr zuhören und als ich zuhörte, merkte ich, dass ich nichts checke oder nicht zuhören kann»* (Interview Person D, 2024). Der fortwährende Misserfolg und das Gefühl, nicht mithalten zu können, führten zu einer starken inneren Belastung und schufen eine emotionale Distanz zum schulischen Umfeld.

Person B berichtet von erheblichen Schwierigkeiten während ihrer Ausbildungszeit, die geprägt war von mehreren Anläufen und wiederholten Rückschlägen. Es kam zu Lehrabbrüchen und zur plötzlichen Auflösung von Ausbildungsverträgen, da laut ihr, ihre AD(H)S-Symptome häufig missverstanden und zum Verhängnis wurden. Sie schildert ihre Erfahrung eindrücklich:

«Das macht einen schon kaputt, wenn man konstant das Gefühl hat, man schafft es nicht, man will verschiedene Dinge ausprobieren. Man macht und macht und macht. Und es funktioniert nicht. Man weiss nicht, wo man anfangen soll. Man versteht nicht, was genau bei einem läuft» (Interview, Person B, 2024). Person C erläutert, dass sie in der Ausbildung auch öfter zwischen der Unter- und Überforderung schwankte: «Ich habe schon dann in den Praktika mega gemerkt, dass einfach alle gleich viele Sachen viel schwieriger sind für mich als für andere, aber auch dass gewisse Sachen für mich viel einfacher sein können als für andere. Teilweise war ich auch unterfordert also ich sag es nicht gerne, aber gleichzeitig war das auch eine Überforderung» (Interview Person C, 2024).

Ein weiteres Element des Leidensdrucks ist die Reizüberflutung, die von vielen der Frauen als erheblicher Stressfaktor beschrieben wird. Diese Überflutung führt laut den betroffenen zu einer grossen Erschöpfung, vor allem in Sozialen Interaktionen. Person F schildert die Auswirkungen anschaulich: «Es ist eine Reizüberflutung, zu viel, keine Chance. Bin total apathisch am Abend, wenn ich nach Hause komme, nicht entscheidungsfähig, appetitlos, total wie eine Depression, so punktuell, volle Erschöpfung» (Interview, Person F, 2024).

Der Leidensdruck zeigte sich sowohl in sozialen Interaktionen als auch in der Selbstwahrnehmung vieler Frauen. Die meisten Betroffenen berichten, dass sie sich bereits in jungen Jahren «anders» als andere gefühlt haben und Schwierigkeiten hatten, sich in soziale Gruppen zu integrieren. Es bestand die Herausforderung, einerseits sozialen Anschluss zu finden und andererseits sich als wirklichen Teil der Gruppe zu fühlen, was einen grossen Leidensdruck verursachte, der sich von der Schulzeit bis ins Erwachsenenalter zog. Person A beschreibt dies wie folgt: «Ich habe mich gefühlt wie ein Alien, nie wirklich dazugehörig, immer mit dem Drang, aufzustehen und wegzugehen» (Interview, Person A, 2024). Hingegen erzählt Person E: «Und ja dann halt eben auch das Soziale, ich habe irgendwie einen Anschluss zu Freunden gehabt aber habe mich trotzdem nie wirklich zugehörig gefühlt» (Interview, Person E, 2024). Person B hatte, wie sie berichtet, oft mit ihrem Selbstwert zu kämpfen und erläutert: «Ich habe mich einfach konstant aufgeregt ab mir selbst. Wieso kannst du nicht einfach? Das habe ich auch viel von meinen Eltern gehört. Wieso kannst du nicht wie alle anderen Kinder normal sein? Ich dachte so, thanks, Ich weiss es nicht» dazu fügt sie an, dass sie sich oft «dumm» fühlte und Schwierigkeiten hatte, ein positives Selbstbild zu entwickeln: «Ich weiss, dass ich schlau bin oder dass ich Dinge begreife, aber ich fühlte mich trotzdem dumm... Irgendetwas stimmt mit mir nicht, ich bin dumm» (Interview, Person B, 2024).

Bereich	Inhalt	Auswirkungen auf die Betroffenen
Schulischer Druck	<ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeiten, den Anforderungen gerecht zu werden • Überforderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Emotionaler Stress • Rückzug • Distanz zum schulischen Umfeld
Berufliche Herausforderungen	<ul style="list-style-type: none"> • Probleme in Ausbildung und Job • häufiger Wechsel • Wiederholte Rückschläge • Unzufriedenheit der Beschäftigung 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlust von Selbstvertrauen • Unter- und Überforderung • Unsicherheit über eigene Fähigkeiten
Reizüberflutung	<ul style="list-style-type: none"> • Überforderung durch ungefilterte Reize im Alltag und in sozialen Kontexten 	<ul style="list-style-type: none"> • Erschöpfung • Apathie • Unfähigkeit zur Entscheidungsfindung
Soziale Interaktionen	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühl, anders zu sein Vergleich mit anderen • Schwierigkeiten, Anschluss in sozialen Gruppen zu finden 	<ul style="list-style-type: none"> • Isolation • Erschöpfung • mangelndes Zugehörigkeitsgefühl
Selbstwahrnehmung und Identität	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühl der Andersartigkeit • Selbstzweifel • Niedriger Selbstwert 	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühl nicht gut genug zu sein/ «dumm» zu sein • Frustration über Defizite

Tabelle 5: Zusammenfassung Leidensdruck Ergebnisse (eigene Darstellung)

Der schulische und berufliche Misserfolg, der ständige Kampf gegen Reizüberflutung und die Schwierigkeiten, sich in sozialen Gruppen einzufügen, stellt dar, wie allgegenwärtig dieser Leidensdruck für die Betroffenen ist. Dabei wurde immer wieder auch die eigene Identität infrage gestellt, was auch das Selbstwertgefühl erheblich beeinträchtigte. Die Erfahrungen der Frauen zeigen jedoch, dass dieser Leidensdruck nicht nur individuell erlebt wird, sondern auch durch gesellschaftliche Reaktionen und Vorurteile verstärkt wird. Im nächsten Kapitel geht es um das Thema Stigma und beleuchtet, wie die Frauen die Wahrnehmung und Behandlung von AD(H)S in ihrem sozialen Umfeld erleben.

5.5 Stigma

Die Kategorie «Stigma» umfasst zahlreiche Erfahrungen der Interviewten in Bezug auf die Reaktionen in ihrem Umfeld auf ihre AD(H)S Diagnose oder ihre Symptomatik. Dabei werden die Betroffenen nebst ihrem individuellen Leidensdruck mit gesellschaftlichen Stereotypen der Geschlechter, bestimmten Vorstellungen über AD(H)S und Vorurteilen in ihrem Umfeld konfrontiert.

Einige der Frauen berichten von dem häufig verbreiteten Bild in ihrem Umfeld, des sogenannten «Zappelphilipps». Dies beinhaltet, dass AD(H)S vor allem Jungen betrifft und mit sichtbarer Hyperaktivität verbunden ist. Dazu erläutert Person B folgendes: *«Und ich denke immer so ja klar ADHS ist eben nicht der eine kleine Junge in der Klasse, der immer rumspringt, wie ein Gummiball. Das muss es nicht sein. Das ist das, was mich aufregt»* (Interview, Person B, 2024). Auch Person C spricht dabei über die Stigmatisierung in ihrem Umfeld wie folgt: *«Eben genau das Stigma vom Zappelphilipp ist sehr in allen Köpfen drin. Das hat natürlich mein Umfeld auch mega beeinflusst und das ja wäre wahrscheinlich schöner gewesen, wenn es nicht so stigmatisiert gewesen wäre im Allgemeinen»* (Interview, Person C, 2024). Person D meint dazu, dass sogar ihre Eltern dieses Bild abgespeichert haben: *«Von meinen Eltern hat niemand eine Ahnung, was das eigentlich ist. Oder sie stellen sich das Klassische vor. Irgendwie so diese Jungs, die so unruhig sind und stören und immer reden, um Aufmerksamkeit zu bekommen. Sie haben diese Vorstellungen»* (Interview, Person D, 2024). Die Betroffenen erzählen anhand dieser Vorstellung des Zappelphilipps, dass sie nicht in dieses Bild gepasst haben und deshalb eine Diagnose nie in Frage gekommen wäre. Dazu sagt Person F Folgendes: *«Aber bei mir ist das absolut nie ein Thema gewesen. Einfach auch, weil ich nicht DIE typischen Symptome gezeigt habe, welche bei diesen Buben ganz klar waren. Auch vom Stigma entsprechend, von Unruhe, herumrennen, laut sein, stören und all das»* (Interview, Person F, 2024). Dazu meint Person B, dass die Symptome sehr unterschiedlich aussehen können: *«Es hat kein spezifisches Bild. Die meisten, die im Spektrum von ADHS sind, müssen sich sowieso anpassen an der Welt, dann sieht es eh nicht so aus»* (Interview, Person B, 2024). Die

betroffenen Frauen meinen dazu, dass die Diagnosekriterien und Screening Instrumente, welche Hyperaktivität und äusserer Unruhe als eines der Hauptsymptome deklarieren, aus ihrer Sicht mehr für Männer ausgelegt seien. Dies führte dazu, dass ihre eigenen Symptome als Charaktereigenschaften oder Schwächen interpretiert wurden. Person A meint dazu, dass sie nicht verhaltensauffällig war, keine Aggressionen und typischen Wutausbrüche hatte und somit auch keine Hyperaktivität gegen aussen gerichtet zeigte, wie es in den Diagnosekriterien steht. Auch Person E beschreibt dieses Thema wie folgt: *«Na eben die offensichtlichen Symptome sind mir wie bewusst gewesen. Aber so so viele Sachen, welche auch nicht in der Diagnosen-Kriterien stehen und auch nicht bei den Screening Fragebögen und Diagnoseinstrumente welche eher für Männer ausgelegt sind»* (Interview, Person E, 2024).

Einige Betroffene erklären ihre Wahrnehmungen über die stereotypischen Zusammenhänge von AD(H)S, den Geschlechterrollen und ihren Charakteristiken. Person F erklärt, wie sie diese Vorstellung wahrnahm: *«Ich denke, dass das schon korreliert mit dem Bild, das man von Mädchen und Frauen hat, dass ein Junge, der in einer Schule wild ist, das ist normal. Man tut ihn schon zurechtweisen und sagen, er soll mal still sitzen, aber wenn er es nicht kann, dann ist es wie eben normal, es ist ein Junge. Ein Mädchen wird von Anfang an wieder darauf eingetrichtert, dass du ein Mädchen bist, du musst dich doch ruhig verhalten und zahm sein, sonst bist du ja kein Mädchen»* (Interview, Person F, 2024).

Einige Frauen erzählen von der Zeit vor ihrer Diagnose, als ihre Symptome, für welche sie nichts dafürkönnen, negative Reaktionen im Umfeld auslösten. Dazu erzählt A beispielsweise von der Zeit im Gymnasium: *«Anfangs im Gymnasium hatte ich den Slogan «Sie ist im Wunderland», «Sie hat den Hänger» So haben sie es mir immer gesagt, wenn ich das Gespräch in diesem Sinne nicht mitbekommen habe, aber ich habe es genau mitbekommen und ich konnte tausende Dinge dazu sagen, aber gleichzeitig... Ende Gymnasium habe ich auch noch einen Pulli geschenkt bekommen «I love Hänger». Man wird dann auch etwas auf das reduziert»* (Interview, Person A, 2024).

Auch nach der Diagnose berichten die Frauen von einer geringen Akzeptanz und einer gewissen Stigmatisierung ihrer Diagnose in ihrem Umfeld. Insbesondere im sozialen und beruflichen Kontext stellten sie fest, dass ihre AD(H)S-Symptome oft als persönliche Schwächen oder Ausreden interpretiert wurden. Dazu erzählt Person E: *«Man muss sich immer bewusst sein, dass das Umfeld nicht so reagieren wird, wie man es wünscht. Dementsprechend, auch nicht die Lehrpersonen, es gibt immer wieder Leute, sehr nervig, die denken, jetzt nimmst du das ADHS als Entschuldigung»* (Interview, Person E, 2024). Person A erzählt, dass ihre Eltern ihre Diagnose leugneten und ihr nicht glauben wollten, da ihre Vorstellung von AD(H)S nicht mit dem ihrer Tochter übereinstimmte: *«Mir ist einfach noch aufgefallen, als ich dann auch die*

Familie ansprach. Da war dann schon die Fremdwahrnehmung anders als meine eigene. Aber ganz viele Sachen weiss man ja nur selber über sich, aber man erzählt es einfach nicht so. Die Eltern haben dann auch die Sätze gesagt, dass man nicht so ist» (Interview, Person A, 2024). Solche Reaktionen machten es für die Betroffenen schwer, ihre Diagnose offen anzusprechen oder Verständnis dafür zu erwarten.

Die Erfahrungen der Frauen verdeutlichen, wie stark das stereotype Bild des „Zappelphilipps“ und geschlechtsspezifische Erwartungen der Gesellschaft die Wahrnehmung und Diagnose von AD(H)S beeinflussen. Ihre Symptome wurden oft nicht erkannt oder als persönliche Schwächen interpretiert, da sie nicht den typischen Kriterien entsprachen, die überwiegend auf männliche Verhaltensweisen ausgerichtet sind. Diese Stigmatisierung erschwerte es den Betroffenen, Verständnis und Akzeptanz in ihrem sozialen und beruflichen Umfeld zu finden, was ihre Lebenssituation zusätzlich belastete.

Thema	Beschreibung	Auswirkungen auf die Betroffenen
Stereotyp des «Zappelphilipps»	<ul style="list-style-type: none"> • AD(H)S wird vor allem mit Jungen und sichtbarer Hyperaktivität assoziiert 	<ul style="list-style-type: none"> • Symptome der Frauen wurden übersehen • Unterstützung erschwert
Geschlechtsspezifische Erwartungen	<ul style="list-style-type: none"> • Mädchen und Frauen sollen ruhig und angepasst sein • untypisches Verhalten wird stärker hervorgehoben 	<ul style="list-style-type: none"> • Innerer Druck sich anzupassen • Unterdrückung von Symptomen, um Erwartungen zu entsprechen
Falsche Wahrnehmung der Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • Symptome wurden als persönliche Charaktermerkmal interpretiert • Symptome führten zu Spott • Negative Spitznamen 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlendes Verständnis im Umfeld • geringe Selbstakzeptanz • Belastung durch negative Zuschreibungen

		<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion der Persönlichkeit auf Schwächen • Unsicherheiten und soziale Ausgrenzung
Vorurteile gegenüber der Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> • AD(H)S wird als Ausrede oder Erklärung für negativ angesehene Verhaltensweisen angesehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeit, die Diagnose offen zu kommunizieren • soziale Stigmatisierung
Fehlende Akzeptanz durch Familie	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern oder Angehörige leugnen die Diagnose oder erkennen die Symptome nicht an 	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühl, nicht ernst genommen zu werden • Konflikte innerhalb der Familie

Tabelle 6: Zusammenfassung Stigma Ergebnisse (eigene Darstellung)

5.6 Spätdiagnose

Die Kategorie «Spätdiagnose» beschreibt aus der Sicht der Betroffenen ihren langen Weg bis hin zu ihrer Diagnose im Erwachsenenalter. Dabei kam eine Diagnose aufgrund ihrer unauffälligen Symptomatik im Kindesalter nicht in Frage.

Für die interviewten Frauen blieben die AD(H)S-Symptome in der Kindheit und Jugend unerkannt, da sie oft als Persönlichkeitsmerkmale fehlinterpretiert oder übersehen wurden. Die Symptome wurden häufig als Unaufmerksamkeit, Verträumtheit oder Faulheit gedeutet, anstatt als Anzeichen einer neurodiversen Veranlagung. Sie erhielten daher ihre Diagnosen alle erst im Erwachsenenalter. Person A erhielt ihre Diagnose mit 25 Jahren, Person B mit 23, Person C mit 20, Person D mit 32, Person E mit 28 und Person F mit 29 Jahren. Dies löste bei vielen zuerst einen Moment des Schocks und Unglaubens aus auch, dass es so lange dauern musste. Dazu äussert Person F folgendes: *«Und ich bin vor der Diagnose gesessen, und dann habe ich einfach zuerst wirklich, ich bin sehr baff gewesen, ich habe nicht damit gerechnet, ich bin wirklich davon ausgegangen, es kommt negativ zurück. Das ist immer die Überzeugung gewesen. Und dann bin ich zuerst nicht happy gewesen. Weil ich gedacht habe, noch etwas mehr. Und die erste Frage, die ich mir natürlich schon auch gestellt habe, wieso erst jetzt?»*

Was ist noch zusätzlich in meiner Kindheit und Jugend so schief gelaufen, dass man das damals nicht gemerkt hat?» (Interview, Person F, 2024).

Auch weitere Frauen waren perplex und wütend darüber, da sie unter der fehlenden Diagnose einige Jahre litten. Sie bedauern die späte Diagnose und die damit verpassten Chancen, frühzeitige Unterstützung und Verständnis zu erfahren. Laut den Betroffenen hätte es ihnen einige Jahre an Selbstzweifel, Anpassung und Ahnungslosigkeit gespart und sie hätten endlich einen Grund für ihre Andersartigkeit gehabt. Dazu äussert Person E folgendes: *«Das hätte mir viele Jahre und schwierige Jahre gespart. Ich musste selber Strategien erarbeiten. Es geht über Ewig, es ist ein bisschen Try and Error gewesen ist. Wenn ich dann gewusst hätte schon, was es ist, und in eine Therapie gekonnt hätte, und mir jemand sagte, wir kennen das. Es wäre viel einfacher gewesen» (Interview, Person E, 2024).*

Für alle der Frauen war die Diagnose im Erwachsenenalter eine Erleichterung, da sie ihnen half, die Herausforderungen und Schwierigkeiten ihres Lebens zu verstehen und neu zu bewerten. Person B schildert: *«Es kam eine grosse Last runter. Ich konnte endlich halbwegs begründen, wieso gewisse Dinge nicht funktionierten in meinem Leben» (Interview, Person B, 2024).* Die Diagnose verschaffte ihr ein besseres Selbstverständnis und bot den Betroffenen eine Grundlage, um konstruktive Bewältigungsstrategien zu entwickeln und die lange Zeit der Unsicherheit und Selbstzweifel zu verarbeiten. Dazu schildert Person C: *«Seitdem ich die Diagnose habe, bin ich eigentlich schon sehr erleichtert im Grossen und Ganzen also ähm... ich habe immer wieder Phasen, wo es mir wirklich nicht gut geht, aber man kann es ja behandeln. Ich habe das Gefühl ich kann etwas damit machen und ich habe nicht das Gefühl ich bin verloren. Es gibt mir einen Anhaltspunkt, ja... ich verstehe mich besser» (Interview, Person C, 2024).* Auch Person A sieht die Diagnose als grosse Erleichterung und als Anfang der Nutzung ihrer Potentiale, ihrer Persönlichkeitsentfaltung und ihrer Zufriedenheit mit sich selbst zu sehen.

Zudem löste die Diagnose eine Legitimation zur Medikation aus, was vielen Frauen Unterstützung brachte. Dazu äussert Person D: *«Aber Sachen, die man langfristig aufnehmen sollte, das ist mega schwierig. Dort hilft es mit den Medikamenten mega. Dort hilft es sehr, wenn es einfach mal still ist. Und du kannst dem Inhalt zuhören und nur DEN aufnehmen» (Interview, Person D, 2024).*

Aspekt	Inhalt	Auswirkungen auf die Betroffenen
Unauffällige Symptomatik in der Kindheit	<ul style="list-style-type: none"> • Symptome wurden als Persönlichkeitsmerkmale fehlinterpretiert 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Unterstützung und Diagnostik • selbstständiges Ausprobieren von Bewältigungsstrategien
Zeitpunkt der Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosen wurden erst im Erwachsenenalter gestellt 	<ul style="list-style-type: none"> • Verpasste Chancen auf frühzeitige Therapie • langjährige Selbstzweifel • Anpassungsdruck
Erste Reaktion auf die Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> • Überraschung • Schock • Unglauben bei einigen Betroffenen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hinterfragen der eigenen Vergangenheit und der Versäumnisse in der Kindheit
Bedeutung der späten Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose brachte langfristig Erleichterung und Verständnis für das eigene Verhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierung von Selbstzweifeln • Möglichkeit zur Entwicklung konstruktiver Bewältigungsstrategien • Selbstakzeptanz
Medikation	<ul style="list-style-type: none"> • Legitimation zur Einnahme von Medikamenten als Unterstützung im Alltag 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserte Konzentration

	<ul style="list-style-type: none"> • Alle der Betroffenen nehmen eine Medikation, die sich als effektiv zeigt 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Impulskontrolle • Verbesserung des Schlafes • Verbesserung der depressiven Symptomatik
Rückblick auf die Vergangenheit	<ul style="list-style-type: none"> • Bedauern über die späte Diagnose und die damit verbundene lange Ungewissheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühl, früheres Leid hätte durch frühzeitige Diagnostik vermieden werden können

Tabelle 7: Zusammenfassung Spätdiagnose Ergebnisse (eigene Darstellung)

Diese späte Diagnose führte laut den Betroffenen nicht nur zu einem langen Zeitraum des Unwissens über die Ursache ihrer Schwierigkeiten, sondern verstärkte auch den Leidensdruck und das Gefühl des Andersseins. Für viele war die Diagnose schliesslich eine Art Erleichterung, da sie ihnen half, die bisherigen Herausforderungen in einem neuen Licht zu sehen und besser zu verstehen, warum bestimmte Verhaltensweisen und Schwierigkeiten sie über viele Jahre begleitet hatten.

5.7 Anliegen der Betroffenen

Die Kategorie «Anliegen der Betroffenen» umfasst die vielfältigen Vorstellungen und Bedürfnisse der interviewten Frauen mit AD(H)S, wie ihre Symptome und Herausforderungen von ihrem Umfeld und der Gesellschaft besser verstanden und unterstützt werden könnten.

Alle Frauen äussern den Wunsch, dass AD(H)S-Symptome bereits im Kindes- und Jugendalter erkannt, berücksichtigt werden und zu einer Diagnose geführt hätten, um gezielt Unterstützung bieten zu können. Person B sowie alle anderen Frauen äussern das Anliegen, dass ihre Lehrkräfte ihre Symptome früher hätten erkennen und ihnen gezielte Unterstützung während der Schulzeit hätten anbieten sollen: *«Weisst du, die Lehrpersonen sind ja so fest im Leben deines Kindes. Sie sehen dein Kind mehr als du dein Kind. Sie sind viel mehr in der Schule, als sie zuhause sind. Also kann man doch irgendwie auch ein bisschen Unterstützung leisten»* (Interview, Person B, 2024). Person A äussert sich folgendermassen dazu: *«Aber ich denke, dass meine Lehrpersonen hätten schon genauer hinschauen können, dass ich Mobbing erfahren habe oder... vor allem im Sozialen»* (Interview, Person A, 2024). Person F meint dazu: *«Ich könnte mir gut vorstellen, dass Lehrpersonen, die während der Schulzeit fünf Tage in der*

Woche sehr nahe bei den Kindern sind, helfen können. Sie sehen alle Kinder gleichzeitig. Da kann ja ein Vergleich stattfinden» (Interview, Person F, 2024).

Dazu hat den Frauen die Sensibilisierung auf die unterschiedlich möglichen Symptomatiken der Geschlechter und auf die negativen Bewältigungsstrategien, sowohl bei Lehrpersonen, den Eltern als auch bei Therapeut*innen und weiteren Fachkräften gefehlt. Der Wunsch nach einer frühzeitigen, einfühlsamen Unterstützung im Schulkontext und auch während der Zeit im Studium steht für viele Frauen im Zusammenhang mit der Hoffnung, ihre schulischen und sozialen Herausforderungen besser meistern zu können. Daraus resultiert der Wunsch von Person E nach mehr Aufklärung und besserer Zusammenarbeit bei den Lehrpersonen, den Eltern, der Schulsozialarbeit und weiteren Fachkräften: *«So gemischte Veranstaltungen, wo jemand etwas zum therapeutischen Aspekt sagen kann, jemand etwas zur Alltagsfunktionalität, vielleicht zu den Medikamenten, oder überhaupt/ zum Neuroaspekt. Einfach so erklären, was da so geht. Beispielsweise erklären, dass dein Kind nicht faul ist, wenn es nicht aufstehen kann, das kannst du nicht sagen. Deine Kinder können nicht aufstehen. Sie würden gerne, aber es geht nicht»* (Interview, Person E, 2024).

Person C beschreibt das Bedürfnis nach individueller Förderung und Hilfe zur Selbsthilfe. Das Aneignen alternativen Strategien und Fähigkeiten, also Skills, mithilfe von Fachpersonen, zielt darauf ab, mit den täglichen Anforderungen besser umzugehen und die Symptome konstruktiver zu bewältigen: *«Ich hätte mir mehr gewünscht, dass ich vor allem, ähm, damit umgehen kann. Also die Medikamente helfen ja schon auch und ich finde sie auch gut, aber mir war der Fokus ein wenig zu wenig auf den Skills Entwicklung für das man im Alltag mit Sachen umgehen kann, abgesehen von den Medikamenten. Das hatte ich mir schon mehr gewünscht»* (Interview, Person C, 2024). Person D äussert ihren Wunsch nach einer unterstützenden Begleitperson, die ihr bei ihren Gefühlen, die sie zu dieser Zeit noch nicht verstehen konnte: *«Es wäre schön gewesen, wenn es jemand mit mir ausgehalten hätte, und mir helfen können diese Gefühle zu benennen. Ich war ja nicht wütend oder böse. Wenn jemand mal ein Wort finden würde, für was ich fühle, dann hätte ich einen besseren Umgang gefunden als DAS»* (Interview, Person D, 2024). Laut Person F hätte als kleines Mädchen schon nur das Zuhören und das Ernstnehmen der Probleme und Gefühle geholfen: *«Aber ein Kind, das das Gefühl hat, ich werde gehört, die sind da, um mir zuzuhören. Und dann auch wirklich etwas sagen kann. Das kann einen grossen Unterschied machen»* (Interview, Person F, 2024).

Auch über die AD(H)S informiert zu werden, Informationen zu externen Fachstellen sowohl der Schulsozialarbeit, hätte vielen Frauen in der richtigen Zeit Unterstützung leisten können. Die Person E erläutert ihre Erfahrung über Social-Media aufgeklärt und informiert zu werden: *«Wenn ich mich einlese, sieht man auch... Ich habe sogar Instagram Seiten gesehen, die das*

super erklären, es muss nicht einmal Fachliteratur sein. Auch schon dumme «Memes» helfen, um zu merken, anderen geht es auch so» (Interview, Person E, 2024). Zu wissen, dass es andere Frauen und Mädchen mit ähnlichen Symptomatiken und Schwierigkeiten gibt, hätte vielen der betroffenen Frauen das Gefühl gegeben, dass sie nicht allein sind.

Einige der Betroffenen wünschen sich mehr positive Bestärkung, die nicht nur auf die Erfüllung gesellschaftlicher Normen oder Leistungsziele abzielt, sondern auf ihre individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse eingeht. Diese Art der Anerkennung in ihrem Umfeld und im Kontakt mit Fachpersonen hätte ihnen geholfen, ein positiveres Selbstbild zu entwickeln. Dazu schildern Person C: *«Ich glaube, ich würde einem kleineren Mädchen auch gerne aufzeigen können, was es gut kann. Und zwar nicht die Anpassungsleistung, sondern alles andere was eben nicht diese Anpassung ist, sondern vom Kind selbst kommt, auch wenn es nicht immer wie die anderen gleich funktioniert» (Interview, Person C, 2024)* und Person B: *«Die Schultherapeutin, die hat mir genau nichts geholfen. Sie ist die ganze Zeit nur auf Probleme eingegangen. Ich bin ja in ein Time-Out gegangen und all das Zeug, da war sie sehr fest involviert in meinen Sachen. Aber es war nie ein Thema, von wegen, ja, eventuell hast du etwas, sondern einfach die Probleme, die du zu Hause hast» (Interview, Person B, 2024).*

Einige Frauen wünschen sich auch, dass AD(H)S in der Gesellschaft differenzierter betrachtet und nicht auf stereotype Symptome wie Hyperaktivität reduziert wird. Person B beschreibt, dass sie sich eine Umgebung wünscht, in der AD(H)S als vielfältiges Spektrum verstanden wird: Der Wunsch nach Entstigmatisierung, mehr Verständnis, Akzeptanz und offener mit ihrer Diagnose umgehen zu können. Sie äussert: *«Und ja, ich hätte mir einfach gewünscht, dass man ein wenig mehr Verständnis gehabt hätte gegenüber mir und wenn ich dann ready für mich wäre und gefunden hätte, ja, ich würde jetzt gerne mal das Medi probieren, dass ich etwas nehme, dass ich in der Schule stillsitzen kann. Gerne. Aber alles auf mich bezogen und nicht, weil mein Dad gefunden hat, nein, das ist jetzt kein ADHS» (Interview, Person B, 2024).*

Thema	Inhalt	Vorschläge der Betroffenen
Früherkennung und Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> • Frühzeitiges Erkennen von AD(H)S-Symptomen, insbesondere in der Schule 	<ul style="list-style-type: none"> • Schulungen für Lehrkräfte, stärkere Einbindung der Schulsozialarbeit und Sensibilisierung

Individuelle Förderung	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung durch auf die Bedürfnisse abgestimmte Strategien 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung von praktischen Bewältigungsstrategien, Förderung von Stärken, statt Anpassungsdruck
Aufklärung und Sensibilisierung	<ul style="list-style-type: none"> • Bedarf an geschlechtsspezifischer Aufklärung über AD(H)S-Symptome bei Eltern und Fachpersonen 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsveranstaltungen, Zugang zu einfachen und vielseitigen Informationsquellen
Ernstnehmen von Gefühlen	<ul style="list-style-type: none"> • Wertschätzung und Zuhören, insbesondere im schulischen und familiären Umfeld 	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung einer empathischen Kommunikation • Unterstützung bei der Gefühlsregulation
Positives Feedback	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus auf individuelle Fähigkeiten und Leistungen statt Defiziten 	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung des Selbstbewusstseins durch Lob und Anerkennung, nicht nur auf Normerfüllung basierend
Entstigmatisierung von AD(H)S	<ul style="list-style-type: none"> • Mehr Verständnis und Akzeptanz für die vielfältigen Ausprägungen von AD(H)S 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufklärungskampagnen, differenzierte Darstellungen von AD(H)S als Spektrum
Alternative Informationswege	<ul style="list-style-type: none"> • Zugang zu leicht verständlichen und alltagsnahen Ressourcen 	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzung von Social Media und anderen niederschweligen Plattformen zur Aufklärung

Tabelle 8: Zusammenfassung Anliegen der Betroffenen Ergebnisse (eigene Darstellung)

Die Frauen äussern in den Interviews verschiedene Anliegen nach einem konstruktiveren Umgang mit AD(H)S, der spezifisch auf ihre individuellen Bedürfnisse eingeht. Diese Wünsche richten sich sowohl an das Bildungssystem als auch an das soziale und therapeutische Umfeld und zeigen den Bedarf an mehr Verständnis, Anpassung, Unterstützung, und individuelleren Umgang mit AD(H)S. Insbesondere eine frühzeitige Erkennung und Unterstützung durch Lehrkräfte, Eltern und Fachpersonen schilderten die Betroffene. Sie betonen die Bedeutung von Aufklärung, geschlechtsspezifischer Sensibilisierung und einer ganzheitlichen Förderung, die nicht nur auf Medikamente, sondern auch auf die Entwicklung praktischer Bewältigungsstrategien abzielt. Besonders wichtig ist allen Frauen das Zuhören, das Ernstnehmen ihrer Gefühle sowie eine stärkere Entstigmatisierung von AD(H)S als vielfältiges Spektrum, um gesellschaftliches Verständnis und Akzeptanz zu fördern.

6. Interpretation der Forschungsergebnisse

Die Forschungsergebnisse verdeutlichen, wie vielschichtig die Auswirkungen einer späten AD(H)S-Diagnose auf das Leben der betroffenen Frauen sind. Sie zeigen nicht nur die Bandbreite der Symptomatik auf, sondern auch den Umgang damit und dem empfundenem Leidensdruck und die tiefgreifenden Folgen für die Identitätsbildung.

Die Ergebnisse der Interviews bestätigen und erweitern die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der AD(H)S-Symptomatik, wie es in der Literatur angedeutet wird. Während sich die Symptome bei den befragten Frauen oft internalisiert zeigten, dominierte der unaufmerksame Typus. Die Merkmale des unaufmerksamen Typus wurden von den Frauen in den Interviews detailliert beschrieben, insbesondere das Abdriften in Gedanken oder das Gefühl, «nicht ganz präsent» zu sein. Sie beschrieben das offizielle Hauptsymptom komplexer als nur mit «Konzentrationsschwierigkeit». Es steht in ihren Erzählungen fest in Verbindung mit der Reizüberflutung, die sie erleben. Dabei beschreiben sie mehr Symptome, wie die Verträumtheit und eine hohe Ablenkbarkeit, welche aber grob gefasst dem zu zuordnen sind.

Auch die Hyperaktivität, die sich bei den Frauen häufig in Form von innerer Unruhe manifestiert, wurde als prägend empfunden. So beschrieben einige der Befragten das ständige «innere Kribbeln» und die Schwierigkeit, Ruhe zu finden, ohne dass dies nach aussen sichtbar wurde. Viele sprachen von einer Unterdrückung dieser Symptome. In Übereinstimmung mit Antoniou et al. (2021) lässt sich erkennen, dass Frauen und Mädchen ihre Symptome häufig durch soziale Anpassung, Selbstkontrolle und die Vermeidung auffälligen Verhaltens kompensieren. In der Literatur und in den Interviews wird zwar viel beschrieben, dass Frauen mit AD(H)S eine innere Unruhe verspüren und wie erwähnt dem unaufmerksamen Typus entsprechen, nur deuten mehrere Aussagen der Interviews auch darauf hin, dass eine motorische Hyperaktivität präsent war, doch sich ab der Einschulung und nach negativer Rückmeldung, in eine innere Unruhe wandelte. Dies könnte auf die Geschlechterrollen einer Frau oder eines Mädchens und deren Erwartungen der Gesellschaft zurückführen sein.

Nicht nur das Feedback auf die Hyperaktivität und die Erwartungen an sie löste bei einigen Frauen eine Reaktion aus, sondern auch die Schwierigkeit sich zu organisieren wurde mit einer extremen Strukturierung und Vorausplanung kompensiert, die sich bis heute als Perfektionismus beschreibt. Eine Perfektion und soziale Anpassung, die wahrscheinlich auch dazu geführt hat, dass ihre innere Unruhe oder Konzentrationsprobleme nicht sichtbar werden liessen. Diese Form der Bewältigung, wie auch von Lachenmeier (2024) beschrieben, wird häufig von einem verzerrten Selbstbild begleitet, das primär die negativen Aspekte ihrer AD(H)S-Symptomatik betonte. Trotz Maladaptationen gibt es auch Strategien, die sie sich zwar auch selbst erarbeiten mussten, sich aber als positiv zeigen. So beispielsweise den Einsatz von

Skills, um der Unruhe entgegenzuwirken. Der Sport, der sich zwar primär als konstruktive Strategie zeigt, hat sich bei einigen Frauen als problematisch entwickelt. Hierbei spielen die komorbiden Störungen eine zentrale Rolle im Leben der betroffenen Frauen. Die meisten von ihnen entwickelten in ihrer Jugend eine oder mehrere komorbide Störungen, darunter Sportsucht, Essstörungen, Depressionen, Angststörungen, Schlafstörungen und Substanzkonsum. Es scheint, dass die unentdeckte AD(H)S, sowohl von den Frauen selbst als auch von ihrem Umfeld, häufig als Charaktermerkmal interpretiert wurde, was ihnen das Gefühl vermittelte, «nicht normal zu sein». Die Interviews verdeutlichen, dass dieser grosse Leidensdruck, oft begleitet von einem niedrigen Selbstwert, zu maladaptiven Bewältigungsstrategien führte. Diese Strategien entwickelten sich wiederum, weiter zu komorbiden Störungen. Die Interviews bestätigen die enge Verbindung zwischen AD(H)S und Essstörungen, insbesondere durch Impulsivität und gestörte Selbstregulation. Villa et al. (2023) und Stollhoff (2023) beschreiben Essstörungen nicht nur als komorbide Erkrankung, sondern auch als Bewältigungsstrategie, was sich in den Berichten der Frauen deutlich widerspiegelt. Einige Frauen schilderten, wie sich ihre Essstörung als Reaktion auf inneren Druck und Kontrollverlust entwickelte. So wurde sie auch als zwanghafte Kontrolle über ihr Essverhalten beschrieben.

Auch bei den beschriebenen depressiven Episoden lässt sich vermuten, dass diese einerseits eine Folge der Lebenserfahrungen der Frauen sein könnten. Andererseits könnten sie, wie in der oben genannten Literatur von Winkler (2024) beschrieben, auf den sogenannten AD(H)S-Blues zurückzuführen sein. Dies könnte auch eine mögliche Erklärung dafür sein, warum Antidepressiva bei einigen Betroffenen nicht die gewünschte Wirkung zeigten. Ähnliches gilt für die Schlafproblematiken, mit denen einige Frauen konfrontiert waren. Diese konnten nicht durch Schlafmedikation gelindert werden, sondern erst durch eine AD(H)S-Medikation. Dies verdeutlicht, wie eng die komorbiden Störungen mit der AD(H)S verbunden sind und wie diese einen möglichen Ursprung vieler der beschriebenen Herausforderungen darstellen.

Die Interviews zeigen auch, dass ein negatives Selbstbild und die Anpassung an gesellschaftliche Erwartungen zentrale Belastungsfaktoren sind. Der Leidensdruck, der durch die Kombination aus Symptomen, Komorbiditäten und fehlender Unterstützung entstand, durchzog nahezu alle Lebensbereiche der Frauen. Viele berichteten von erheblichen Schwierigkeiten in Schule, Ausbildung und Beruf, die nicht nur auf die Symptome, sondern auch auf das mangelnde Verständnis im sozialen Umfeld zurückzuführen waren. Die Berichte der Frauen zeigen, dass gesellschaftliche Stereotype und Missverständnisse über AD(H)S erheblich zu ihrem Leidensdruck beitrugen. Insbesondere die Annahme, dass AD(H)S hauptsächlich Jungen betrifft und durch Hyperaktivität gekennzeichnet ist, führte dazu, dass die Symptome der Frauen oft übersehen oder falsch interpretiert wurden, auch von ihnen selbst. Die Erfahrungen verdeutlichen, wie sehr die gesellschaftlichen Vorstellungen von Geschlechterrollen das Leben

der betroffenen Frauen beeinflussten. Obwohl die wissenschaftliche und gesellschaftliche Auseinandersetzung mit AD(H)S Fortschritte macht, bleibt das Stigma für betroffene Frauen ein weitgehend unerforschtes und stark unterschätztes Problem. Der Gender Health Gap scheint beim Umfeld der interviewten Frauen in der alltäglichen Gesellschaft tief verankert zu sein.

Die befragten Frauen bestätigen vergleichbare Studien, indem sie erst im Erwachsenenalter diagnostiziert wurden. Zunächst lässt sich stark vermuten, dass sie durch hohe Anpassungsleistungen ihre Symptome kompensieren, was dazu führte, dass die AD(H)S nicht erkannt wurde. Und in der Jugend, als die komorbiden Störungen begannen und überwogen, maskierten diese zusätzlich die AD(H)S-Symptomatik. Daher erhielten viele Frauen ihre Diagnose erst als Erwachsene zwischen 20 und 35 Jahren. Die Diagnose im Erwachsenenalter stellte für viele einen Wendepunkt dar. Sie bot ihnen nicht nur eine Erklärung für die bisher erlebten Herausforderungen, sondern auch die Möglichkeit, ihre Erfahrungen in einem neuen Licht zu sehen. Gleichzeitig führte die späte Diagnose zu Bedauern über verpasste Chancen, insbesondere in Kindheit und Jugend, in der eine frühzeitige Unterstützung viele Probleme hätte abmildern können.

Es lässt sich also feststellen, dass die Forschungsergebnisse eindrücklich die weitreichenden und einschneidende Auswirkungen einer späten AD(H)S-Diagnose auf das Leben der betroffenen Frauen beleuchten. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Symptomatik und deren Wahrnehmung, der daraus resultierende Leidensdruck sowie die Entwicklung maladaptiver Bewältigungsstrategien unterstreichen die Dringlichkeit, die bestehenden gesellschaftlichen und strukturellen Barrieren zu hinterfragen. Besonders der Einfluss von Geschlechterrollen und Stereotypen wird als zentraler Faktor für die Unsichtbarkeit und Fehldiagnose bei Frauen sichtbar.

7. Bedeutung für die Soziale Arbeit

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Bedeutung der Forschungsergebnisse für die Soziale Arbeit und beleuchtet die vielfältigen Möglichkeiten, wie diese Profession Frauen mit AD(H)S wirksam unterstützen kann. Im Fokus steht die Interpretation der Ergebnisse unter Berücksichtigung der spezifischen Herausforderungen, denen die betroffenen Frauen begegnen. Anschliessend werden die Erkenntnisse aus der Perspektive der Sozialen Arbeit kritisch bewertet, um die Relevanz und die Handlungsoptionen innerhalb dieses Arbeitsfeldes zu analysieren. Folglich werden praxisorientierte Handlungsempfehlungen präsentiert, die sich strukturiert auf verschiedene Ebenen verteilen. Es wird also versucht einen fundierten Beitrag zur Weiterentwicklung der Unterstützungssysteme für Frauen mit AD(H)S zu leisten.

7.1 Bewertung aus Sicht der Sozialen Arbeit

Die Interpretation der Ergebnisse wird nun aus Sicht der Sozialen Arbeit bewertet und analysiert, um das soziale Problem zu erkennen und um passende und praxisnahe Handlungsempfehlungen daraus abzuleiten.

Aus der Perspektive der Sozialen Arbeit sind diese Ergebnisse sowohl im Hinblick auf individuelle Unterstützung als auch auf gesellschaftliche Veränderungen von zentraler Bedeutung. Der Berufskodex von AvenirSocial bietet dabei eine ethische Grundlage, um die Ergebnisse zu beurteilen.

In den Resultaten der vorliegenden Forschung wird deutlich, dass die betroffenen Frauen mit ihrer AD(H)S nicht nur unter den spezifischen Symptomen leiden, sondern auch mit deren Folgen, die psychosozialen Belastungen mit sich ziehen. Diese betreffen die Profession der Sozialen Arbeit in besonderem Masse, da sie zentrale Themen wie soziale Integration, Selbstwertproblematik, Ungleichheit, Stigmatisierung und den Umgang im Alltag mit AD(H)S Folgen und deren komorbiden Erkrankungen berühren.

Die soziale Integration wird von den Frauen als herausfordernd wahrgenommen, sei es in ihrer Schulzeit, im Freundeskreis oder am Arbeitsplatz. Sie fühlen sich meistens «*am Rand*», «*nicht dazugehörig*» oder «*wie ein Alien*». Abgesehen von den Gefühlen, erhielten die Frauen von aussen negative Rückmeldungen für ihre Auffälligkeiten oder Andersartigkeiten. Dabei berichten einige von Schwierigkeiten sich sozial zu integrieren, Freundschaften aufrecht zu erhalten und den Anschluss zu finden. Diese Begrifflichkeiten deuten darauf hin, dass die Betroffenen Schwierigkeiten haben, sich in soziale Strukturen einzufügen und als gleichwertiger Teil der Gemeinschaft wahrgenommen zu werden. Die Schilderungen zeigen, wie stark das Gefühl der Andersartigkeit ihr Selbstbild und ihr Verhalten prägt und auch einen Einfluss auf das jeweilige

Umfeld hat. Das kann dazu führen, dass sie sich aus sozialen Situationen zurückziehen oder gar ausgeschlossen werden. Viele der befragten Frauen haben jedoch versucht, sich anzupassen und ihre Symptome zu maskieren, um nicht negativ aufzufallen.

Die Professionellen der Sozialen Arbeit sind dazu aufgefordert, dem Ausschluss der sozialen Integration entgegenzuwirken. Dabei beschreibt der Berufskodex der Sozialen Arbeit von AvenirSocial (2010) den Grundsatz der Integration als Entfaltung des Menschseins in Gesellschaften, welche erfordert, die Bedürfnisse der Menschen und ihre soziale Umwelt zu berücksichtigen (S. 10). Soziale Arbeit strebt an, dass sich Menschen gegenseitig in ihren sozialen Umfeldern unterstützen und dadurch zur sozialen Integration beitragen (AvenirSocial, 2023, S. 7). Daraus schliesst sich ein Handlungsbedarf der Professionellen der Sozialen Arbeit, um der sozialen Teilhabe entgegenzukommen.

Das Gefühl, nicht in die vorherrschenden sozialen Normen und Erwartungen zu passen, kann nicht nur das Empfinden der Andersartigkeit verstärken, sondern die Selbstakzeptanz und damit den Selbstwert beeinflussen. Fast alle Frauen der Forschung berichten von Problemen mit ihrem Selbstwert, was aus der Perspektive der Sozialen Arbeit kritisch betrachtet werden muss. Gemäss dem Berufskodex von AvenirSocial (2010) soll die Soziale Arbeit die Menschen in ihrer Selbstbestimmung stärken und ihre individuellen Ressourcen fördern. Studien wie die von Gassmann und Grawe (2006) zeigen, dass wenn Ressourcen durch die Fachkraft hervorgerufen werden, sich dies positiv auf einen Behandlungsverlauf auswirken kann. Auch werden die Selbstwirksamkeit und kleine Erfolgserlebnisse gefördert, wenn Betroffene ihre eigenen Ressourcen nutzen können (S. 1-10). Die Soziale Arbeit soll, unter Beachtung von Gerechtigkeit, Gleichheit und Gleichwertigkeit, die Andersartigkeit anerkennen, um sie in ihrer Arbeit zu berücksichtigen. Dies bedeutet, dass hier ein klarer Handlungsbedarf auf individueller Ebene besteht. Die betroffenen Frauen benötigen Unterstützung, um ihre Selbstakzeptanz zu fördern und ihren Selbstwert nachhaltig zu stärken (AvenirSocial, 2010, S. 10-11).

Die Frauen berichten aus ihren Erfahrungen oftmals fehlender Zugang zu den möglichen Informationen und Ressourcen der Hilfeleistungen rund um die AD(H)S gehabt zu haben. Darunter gehören auch die fehlenden Informationen über Symptomatik, Strategien, komorbide Störungen in Bezug auf AD(H)S. Dies hatte einerseits mit der fehlenden Vermittlung und Bereitstellung von Informationen durch jeweilige Fachkräfte zu tun. Andererseits wurde der Zugang zu Ressourcen und Wissen aufgrund einer späten Diagnose und einer Verleugnung einer möglichen vorliegenden AD(H)S lange verwehrt.

Dabei sind die Professionellen der Sozialen Arbeit laut dem Berufskodex von AvenirSocial (2010) verantwortlich dafür, die Menschen über die Ursachen und die strukturellen Probleme aufzuklären, die für ihre fehlende soziale Teilhabe verantwortlich sind. Sie informieren sie über

ihre Rechte, Ressourcen, Fähigkeiten und wie sie davon Gebrauch machen können, um ihre Selbstwirksamkeit zu fördern (S. 12).

Auch auf gesellschaftlicher Ebene leitet sich ein bedeutender Handlungsbedarf ab. Die niedrige Selbstwertschätzung der Frauen wird nicht nur durch die Symptome ihrer AD(H)S bedingt, sondern auch durch gesellschaftliche Faktoren verstärkt. Das Stigma und die mangelnde Sensibilisierung für AD(H)S im Umfeld erschweren die soziale Integration erheblich. Insbesondere der stereotype «Zappelphilipp», der in den Köpfen vieler Menschen präsent ist, führt zu Fehlinformationen und verhindert, dass Mädchen mit AD(H)S eine angemessene Diagnosestellung erhalten. Dies verweist auf den Gender Health Gap, also die geschlechtsspezifische Lücke in der Gesundheitsversorgung. Zudem neigt die Gesellschaft dazu, die Diagnose AD(H)S bei Mädchen weniger ernst zu nehmen oder gar zu vergessen, da ihre Symptome oft nicht dem klassischen, hyperaktiven Bild entsprechen. Für die betroffenen Mädchen verstärkt dies das Gefühl, selbst das Problem zu sein, was zu zusätzlichem Leidensdruck führen kann. Dieser Leidensdruck entsteht hier nicht nur als Folge der Symptome, sondern wird durch gesellschaftliche Missstände und Vorurteile erheblich verstärkt. Der Berufskodex von AvenirSocial (2010) fordert Fachpersonen der Sozialen Arbeit auf, Ungleichheiten, Diskriminierungen und Stigmatisierung aufzudecken und entgegenzuwirken. Die Soziale Arbeit sollte daher aktiv zur Entstigmatisierung von AD(H)S beitragen (S. 11).

Auch betont der Berufskodex von AvenirSocial (2010) die Bedeutung einer interdisziplinären Zusammenarbeit bei den Professionellen der Sozialen Arbeit. Sie sollen den interdisziplinären als Ansatz für komplexe Soziale Probleme fördern und achten auf eine möglichst transdisziplinäre Analyse, Bewertung und Bearbeitung dieser Probleme und Fragestellungen (S. 15). Die Ergebnisse zeigen, dass die interviewten Frauen häufig unter Komorbiditäten leiden. Zudem unterstreichen viele der betroffenen Frauen die mangelnde und teilweise fehlende Zusammenarbeit unter den Fachkräften und den Wunsch nach einem besseren und transparenteren Austausch zwischen den Beteiligten. Dies erfordert ein ganzheitliches und systemisches Unterstützungsangebot, das die Zusammenarbeit zwischen Eltern, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen, Pädagog*innen und Ärzt*innen einschliesst.

7.2 Handlungsempfehlungen für Fachpersonen der Sozialen Arbeit

Die vorangegangenen Kapitel verdeutlichten die erheblichen Herausforderungen, mit denen Frauen mit einer AD(H)S-Diagnose im Erwachsenenalter konfrontiert sind. Die Ergebnisse und ihre Bewertung haben gezeigt, dass AD(H)S nicht nur eine medizinische, sondern auch eine soziale Dimension besitzt, die durch gesellschaftliche Stereotypen, unzureichende

Unterstützungsangebote und mangelnde Sensibilisierung verstärkt wird. Die betroffenen Frauen erleben nicht nur einen erheblichen Leidensdruck, sondern auch strukturelle Barrieren, die eine frühzeitige Unterstützung und adäquate Hilfestellung verhindern können. Daher ist es von zentraler Bedeutung, dass die Soziale Arbeit ihre Rolle im Umgang mit AD(H)S neu definiert und gezielte Massnahmen entwickelt, die sowohl präventiv als auch intervenierend wirken.

Dieses Kapitel bietet konkrete Handlungsempfehlungen eingeteilt in Prävention, Früherkennung und Intervention. Die Autorinnen empfinden diese drei Ansätze als essenziell, da sie aufeinander aufbauen und jeweils unterschiedliche Aspekte der Versorgung und Unterstützung abdecken: Die Prävention setzt früh an, um bei potenziell Betroffenen negative Entwicklungen vorzubeugen, die Früherkennung identifiziert erste Hinweise und ermöglicht eine rechtzeitige Diagnosestellung, während Intervention gezielte Massnahmen bietet, um bestehende Symptome zu behandeln und langfristige Auswirkungen zu minimieren. Zusammen bilden sie ein ganzheitliches Konzept, um die Herausforderungen von AD(H)S bei Frauen effektiv anzugehen. Die folgenden Handlungsempfehlungen gliedern sich in drei Ebenen: die Mikroebene, also die individuelle Ebene sowie direkte Interaktionen und Beziehungen zwischen Einzelpersonen, die Mesoebene, die soziale Institutionen umfasst, und die Makroebene, die gesellschaftliche Systeme beschreibt.

7.2.1 Prävention

Die folgenden Handlungsmöglichkeiten und Empfehlungen in der präventiven Arbeit wurden aus den Forschungsergebnissen sowie unter Berücksichtigung der behandelten Literatur abgeleitet. Das globale Ziel der Prävention ist es, das Bewusstsein für AD(H)S bei Frauen zu schärfen. Diese werden mit konkreten Empfehlungen in Mikro- Meso- und Makroebene eingeordnet.

Mikroebene

Stärkung und Wissensvermittlung emotionaler und sozialer Kompetenzen:

Fachpersonen in sozialen und Bildungseinrichtungen sollten gezielt Themen fördern, die Frauen und Mädchen mit AD(H)S oft begegnen, auch ohne Diagnose. Angebote zur Stärkung von Selbstbewusstsein, Resilienz sowie Sozialkompetenzen sind dabei zentral (Helbig-Lang et al., 2020, S. 696-699). Stressreduzierende Aktivitäten wie Sport, Meditation oder kreative Projekte sowie Workshops können zusätzlich soziale und emotionale Fähigkeiten fördern, die gerade für Frauen mit AD(H)S oft herausfordernd sind. Solche Ansätze richten sich an alle, die es als nützlich erkennen.

Wissensvermittlung zu AD(H)S bei Mädchen und Frauen:

Die Bereitstellung leicht zugänglicher Informationsmaterialien ist laut den Autorinnen entscheidend, um potenzielle Betroffene und ihr Umfeld besser zu erreichen. Dies kann durch Workshops, Elternabende, Websites, Social Media, Newsletter, Flyer oder Fachstellenbesuche erfolgen. Mädchen und Frauen, Familien und Fachkräfte sollen über genderspezifische Unterschiede, AD(H)S-Symptome, Auswirkungen, Hilfeleistungen und Versorgungslücken informiert werden. Besonders in der Sozialen Arbeit, etwa in Bildung, Jugendhilfe oder Familienberatung, besteht ein hoher Informationsbedarf. Auch alle weiteren Personen im Umfeld von Mädchen und Frauen sowie Interessierte sollten Zugang zu diesen Informationen erhalten.

Mesoebene*Schulung von Fachkräften:*

Die Schulung und Beratung von Fachkräften ist besonders im Gesundheitswesen, in Bildungsinstitutionen und in der Sozialen Arbeit wichtig (Petermann et al., 2020, S. 830). Dabei werden Weiterbildungen empfohlen, die frühzeitig AD(H)S-Symptome auch bei Mädchen und Frauen und geschlechtsspezifische Unterschiede in der Symptomatik überhaupt zu erkennen lassen. Ziel ist es, die Sensibilität für AD(H)S bei Mädchen und Frauen zu steigern. Lehrkräfte, Schulsozialarbeitende, Führungskräfte und Fachpersonal im Gesundheitswesen und in sozialen Institutionen spielen eine wichtige Rolle für die Prävention. In den Schulungen für die Fachkräfte wird empfohlen, dass sie sich mit geschlechtsspezifischen Unterschieden und deren herrschenden Vorurteile auseinandersetzen. Dabei sollten sie dazu beitragen, genderbezogene Stereotypen in Bezug auf AD(H)S abzubauen und über die Besonderheiten von AD(H)S bei Mädchen und Frauen informiert sein. Beispielsweise können solche Schulungen im internen Kontext stattfinden. Die Schulsozialarbeit, welche in der Schule auch dafür zuständig ist, Projekte mit sozialem Hintergrund durchzuführen und Lehrkräfte zu coachen, kann sich mit der Thematik auseinandersetzen, um diese allen Fachkräften des Schulsystems näher zu bringen.

Freizeit- und Bildungsprogramme entwickeln:

Es wird empfohlen, präventive Konzepte, Workshops und Materialien zu entwickeln, die Fachkräfte unterstützen und Kinder sowie Jugendliche stärken. Neben der Schulung von Fachkräften sollen Programme soziale Kompetenzen, Resilienz, Selbstwertgefühl und persönliche Ressourcen fördern. Themen wie Achtsamkeit, Stressbewältigung und Work-Life-Balance können integriert werden, um das Vertrauen in eigene Fähigkeiten und gesunde soziale Beziehungen zu fördern (Michalak & Heidenreich, 2020, S. 672-673). Jugendzentren können als Begegnungsorte kreative Projekte zu diesen Themen anbieten.

Strukturelle Massnahmen:

Auch strukturelle Massnahmen von Institutionen und Bildungseinrichtungen können präventiv wirken. Dabei werden Angebote zu flexiblen Arbeits- und Lernmodelle in der Schule empfohlen, um Über- und Unterforderung zu vermeiden. AD(H)S und andere Entwicklungsstörungen wie die Autismus-Spektrum-Störung sollten laut den Empfehlungen der Autorinnen in Lehrplänen und Lernmethoden berücksichtigt werden. Weiter werden Handlungsspielräume für Anpassungen schulischer und beruflicher Anforderungen empfohlen, um der Individualität gerecht zu werden.

Makroebene*Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit:*

Auf gesellschaftlicher Ebene wird eine breite Öffentlichkeitsarbeit empfohlen, um die Sensibilisierung für AD(H)S und dessen geschlechtsspezifische Ausprägungen zu fördern. Die Soziale Arbeit kann hier als Vermittlerin und Aufklärerin zum Beispiel im Rahmen der öffentlichen Kinder- und Jugendarbeit agieren. Kampagnen sollten auf eine Entstigmatisierung abzielen und dabei Vorurteile und Stereotypen über AD(H)S und den Geschlechtern abzubauen. Es sollte eine gesellschaftliche Sensibilisierung auf geschlechtsspezifische Symptome und deren Auswirkungen sowie auf die alltäglichen, beruflichen und persönlichen Belastungen einer unerkannten AD(H)S (Arbeitslosigkeit, Beziehungsprobleme) stattfinden. Mithilfe allgemeiner öffentlicher Anlässe, Informationsveranstaltungen sowie Beiträge in den Medien könnte das öffentliche Bewusstsein für die Thematik erhöhen.

Diagnostik fördern:

Die Soziale Arbeit kann eine zentrale Rolle bei der Förderung einer gendersensiblen Diagnostik und Aufklärung zu AD(H)S spielen. Sie kann durch Kampagnen und Bildungsangebote gezielt auf Lücken in der Diagnostik und Versorgung, wie den Einfluss des weiblichen Zyklus auf die Medikation, aufmerksam machen. Zudem kann sie interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Sozialer Arbeit, Medizin und Psychologie fördern, um genderspezifische Unterschiede besser zu berücksichtigen. Forschungsprojekte und die Entwicklung von Programmen, die speziell auf Mädchen und Frauen mit AD(H)S abgestimmt sind, können ebenfalls von der Sozialen Arbeit angestossen und unterstützt werden. So trägt sie aktiv zur Schliessung des Gender Health Gaps bei.

Prävention ist aus Sicht der Autorinnen ein zentraler Ansatz, um eine späte Diagnose vorzubeugen. Die Soziale Arbeit fördert die Lebenskompetenzen und vermittelt gendersensibles Wissen zu AD(H)S. Durch Schulungen und der Entwicklung von Freizeit- und Bildungsprogrammen sowie flexible Arbeits- und Lernmodelle, werden Fachkräfte und Betroffene präventiv

unterstützt. Öffentlichkeitsarbeit und die Aufklärung über gendersensible Unterschiede bei AD(H)S tragen zur Entstigmatisierung und Sensibilisierung der Gesellschaft bei. Die Soziale Arbeit leistet hiermit einen wichtigen Beitrag zur Prävention und zur Schliessung von Wissens- und Versorgungslücken.

7.2.2 Früherkennung

Die Früherkennung hat zum Ziel, Symptome und Anzeichen von AD(H)S frühzeitig zu identifizieren, bevor sie sich negativ auf die psychische Gesundheit und das soziale Leben auswirken. Ziel ist es, frühzeitige geeignete Massnahmen einzuleiten, um Betroffene bestmöglich zu beraten und zu unterstützen. Im folgenden Abschnitt werden ebenfalls auf Mikro- Meso- und Makroebene Empfehlungen aufgelistet, um die Früherkennung einer AD(H)S bei Mädchen zu fördern.

Mikroebene

Unterstützende Fachkraft:

Auch Fachkräfte, die auf die Thematik sensibilisiert sind, können Mädchen und jungen Frauen mit Auffälligkeiten auf ihrem Weg bis hin zu einer möglicherweise anstehenden Diagnose begleiten, beraten und dabei Informationen vermitteln. Durch Begleitung einer unterstützenden Person im Alltag, werden junge Frauen bei der Bewältigung einer Überforderung im alltäglichen Leben unterstützt. Dies könnten Bezugspersonen, Lehrpersonen, Schulsozialarbeitende und Fachkräfte mit einer unterstützenden Rolle, wie Coaching oder Mentoring, sein.

Gezielte Information für Betroffene:

Die Soziale Arbeit kann durch die Förderung professioneller Social-Media-Kanäle und digitaler Tools wie Apps oder Websites gezielt Mädchen und Frauen mit AD(H)S unterstützen. Niedrigschwellige Plattformen wie YouTube, Instagram oder TikTok können erste Orientierung bieten und über Symptome informieren. Zudem könnten Symptom-Tracker in digitaler oder analoger Form entwickelt werden, um Betroffenen zu helfen, ihre Symptome zu dokumentieren und Muster zu erkennen (Ebert & Baumeister, 2020, S. 742). Diese Werkzeuge stärken die Selbstwahrnehmung der Betroffenen und liefern Fachkräften wichtige Informationen für Diagnostik und Behandlung. Die Soziale Arbeit trägt hier durch Aufklärung und die Bereitstellung solcher Ressourcen aktiv zur Verbesserung der Versorgung bei.

Mesoebene*Niederschwellige Angebote:*

Einige der interviewten Frauen betonen das Fehlen von niederschweligen Anlaufstellen, welche ihnen noch vor einem Verdacht auf AD(H)S geholfen hätten. Anlaufstellen für allgemeine Fragen ohne komplizierte Zugangsbarrieren werden als Hilfeleistung empfohlen. Dabei können beispielsweise die Schulsozialarbeit bei Mädchen sowie weitere Beratungsstellen für Frauen diesem Problem entgegenwirken. Offene Sprechstunden und offene Türen, also Beratungen ohne Terminvereinbarung in Einrichtungen und Fachstellen, welche auch telefonisch beraten, können den Mädchen und Frauen erste Ideen und weiterführende Unterstützungen anbieten und sie auf ihrem Weg zu einer potenziellen Diagnose begleiten.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit:

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Fachkräften aus sozialen und gesundheitlichen Einrichtungen, medizinischem Personal, Bildungsinstitutionen und Angehörigen von betroffenen Frauen und Mädchen ist entscheidend für eine frühzeitige Erkennung von AD(H)S. Es wird empfohlen, standardisierte Leitlinien zu entwickeln, die geschlechtsspezifische Symptome berücksichtigen und Fachpersonen der Sozialen Arbeit Orientierung bieten. Sozialpädagog*innen können somit beispielsweise in der psychiatrischen Versorgung durch gezielte Beobachtungen wertvolle Beiträge zur Diagnostik leisten und so die Früherkennung unterstützen.

Makroebene*Berücksichtigung von kulturellen und sozioökonomischen Gegebenheiten:*

Die Soziale Arbeit spielt hier eine zentrale Rolle, indem sie niedrigschwellige und inklusive Angebote schafft, kulturelle Sensibilität fördert und Sprachbarrieren abbaut. Besonders wichtig ist eine einfühlsame Zusammenarbeit mit Familien, auch wenn Eltern aufgrund kultureller Werte zunächst Vorbehalte haben. Durch Aufklärung und eine auf Akzeptanz basierende Kommunikation kann Vertrauen aufgebaut und der Zugang zu Unterstützungsangeboten verbessert werden. So trägt die Soziale Arbeit entscheidend zur Chancengleichheit bei.

Sensibilisierung in der Politik:

Die Soziale Arbeit kann aktiv zur Förderung einer gendersensiblen Diagnostik und zur Schließung des Gender Health Gaps beitragen, insbesondere durch Zusammenarbeit auf politischer Ebene. Sie kann sich für die Finanzierung von Forschungsprojekten einsetzen und darauf hinwirken, dass aktuelle und geschlechtsspezifische Daten in der Schweiz systematisch erhoben und aktualisiert werden. Diese Daten können wiederum genutzt werden, um Instrumente für die Früherkennung von AD(H)S zu entwickeln und zu verbessern.

So trägt die Soziale Arbeit dazu bei, sowohl die wissenschaftliche Grundlage als auch die praktische Umsetzung einer besseren Diagnostik und Versorgung zu stärken.

Anhand der erwähnten Empfehlungen lässt sich sagen, dass die Soziale Arbeit bei der Früherkennung und Unterstützung von Frauen und Mädchen mit potenzieller AD(H)S eine zentrale Rolle spielt. Auf allen Ebenen können die Professionellen der Sozialen Arbeit einen Beitrag zur Sensibilisierung, Alltagsbegleitung, Beratung und der Erstellung von niederschweligen Angeboten leisten. Sie fördern die Chancengleichheit, das Bewusstsein für AD(H)S bei Frauen und Mädchen und stellen sicher, dass der Zugang zu Unterstützungshilfen gewährleistet ist. Die Früherkennung ist nicht nur ein wesentlicher Bestandteil in der Sozialen Arbeit, um frühzeitige Hilfe anzubieten, sondern auch um schwerwiegende komorbide Störungen sowie andere Schwierigkeiten bei Betroffenen zu verhindern und somit das Leben von Frauen und Mädchen mit AD(H)S nachhaltig zu verbessern.

7.2.3 Intervention

Die Intervention beinhaltet gezielte Massnahmen und Strategien, um Frauen und Mädchen bei der Bewältigung einer diagnostizierten AD(H)S und deren Herausforderungen zu unterstützen. Im folgenden Abschnitt werden wieder in Mikro-, Meso- und Makroebenen Empfehlungen für die Professionellen der Sozialen Arbeit vorgestellt, um einen adäquaten Umgang mit AD(H)S-Betroffenen und ihrem Umfeld zu fördern. Es gibt verschiedene mögliche Ansätze, die Fachpersonen sowie Betroffene gleichermaßen unterstützen und begleiten können.

Mikroebene

Individuelle und ressourcenorientierte Unterstützung:

Sozialarbeitende sollten auf die individuellen Bedürfnisse, Schwierigkeiten und Herausforderungen im Alltag der Frauen und Mädchen mit AD(H)S eingehen. Dabei können im gemeinsamen Gespräch Hilfspläne entwickelt werden, die Alltagsstrukturierung, Zeitmanagement, Stressbewältigung und die Förderung von Selbstwirksamkeit und dem Selbstbewusstsein umfassen. Auch sollten Trainings gefördert werden, die die Geduld, Ausdauer, Selbstregulierung und soziale Kompetenzen von Betroffenen stärken und ihnen helfen, gesunde Strategien und Routinen zu entwickeln (Bittner & Helbig-Lang, 2020, S. 710). Weitere mögliche Herausforderungen von Frauen und Mädchen mit einer AD(H)S-Diagnose wie beispielsweise impulsive Entscheidungen und die Unpünktlichkeit sollten in einem Gespräch mit einer Sozialarbeiter*in erkannt und gezielt angegangen werden. Technische Hilfsmittel wie Zeitmanagement-Apps, Notiz- und Erinnerungsapps, Noise-Cancelling-Kopfhörer und Finanz-Apps können bei der Umsetzung dieser Hilfspläne unterstützen (Ebert & Baumeister, 2020, S. 742). Das regelmäßige Einsetzen kleinerer Belohnungen nach erreichten Zielen kann bei Betroffenen motivierend

wirken und ihnen helfen den erstellten Hilfsplan einzuhalten. Von den Betroffenen geführten Dokumentationen körperlicher und psychischer Symptome, alltäglicher Herausforderungen und weiterer Auffälligkeiten ermöglicht der sozialarbeitenden Fachkraft einen umfassenden Überblick über die täglichen Problematiken. Dazu soll die betroffene Person ihre eigenen Symptome und Verhaltensweisen reflektieren und kann dadurch bei der Entwicklung von gesunden Strategien mithelfen. Dies alles bietet eine gezielte Grundlage für individuelle Unterstützung. Zudem kann die Förderung der Fachperson der Sozialen Arbeit von kleinen Bewegungseinheiten, Routinen und besserer Struktur im Alltag den Betroffenen Sicherheit und das Gefühl von Kontrolle geben. Bewegungen können einen positiven Einfluss auf die Konzentration und Ausgeglichenheit der Betroffenen haben. Langfristige Begleitung und regelmässige Gespräche, basierend auf einer transparenten und vertrauensvollen Beziehung zwischen Sozialarbeiter*innen und Betroffenen, kann den Frauen und Mädchen Verständnis und Akzeptanz vermitteln. Es ist äusserst wichtig, dass Mädchen mit AD(H)S früh ihre eigenen Stärken und Schwächen auch unbewusst von der Symptomatik kennenlernen und ihre Ressourcen gefördert werden (Flückiger & Beesdo-Baum, 2020, S. 576- 577). Zusätzlich zu den genannten Unterstützungsmöglichkeiten sollte bei Frauen auch ein Wandel in ihren Strategien angestrebt werden. Dabei ist gemeint, dass kompensierenden Strategien bewusst abgelegt werden können. Statt sich durch Überstrukturierung an andere anzupassen, sollte der Fokus auf gesunde Strategien, Selbst- sowie Fehlerakzeptanz gelegt werden.

Psychoedukation – Aufklärung:

Die Psychoedukation, also die Aufklärung des Störungsbildes, nimmt bei der Intervention von Mädchen und Frauen mit AD(H)S laut den Autorinnen eine wichtige Rolle ein. Sie beinhaltet eine ganzheitliche Aufklärung über AD(H)S, um sich besser zu verstehen, sowie mögliche Unterstützungshilfen bei Mädchen, Frauen und deren Umfeld (Mühling & Jacobi, 2020, S. 558). Diese Aufklärung kann in einem Gespräch mit einer kompetenten Fachkraft der Sozialen Arbeit erfolgen. Es ist wichtig, nicht nur die Betroffenen selbst aufzuklären, damit sie sich und ihre Situation besser verstehen, sondern auch ihre Familien und ihr Umfeld. Dadurch können mehr Verständnis und Akzeptanz gefördert werden, um auch die Stigmatisierung zu minimieren.

Mesoebene

Triagieren an therapeutische Stellen:

Ergänzend können die Fachkräfte der Sozialen Arbeit Betroffene an therapeutische Stellen triagieren. Dort können Ansätze wie kognitive Verhaltenstherapie, Achtsamkeitstrainings oder multimodale Therapieansätze, welche mit einer medikamentösen Behandlung einhergehen, umgesetzt werden (Petermann et al., 2020, S. 827-828). Bei diesen Ansätzen werden versucht

problematische und negative Verhaltensweisen, Einstellungen und Selbstbilder der Frauen und Mädchen mit AD(H)S zu verändern.

Systemische Familienarbeit:

Das Miteinbeziehen von Familien und dem gesamten Umfeld der betroffenen Person kann die Kommunikation und das Vorantreiben lösungsorientierter Ansätze fördern (Petermann et al., 2020, S. 829). Die Betroffenen ganzheitlich zu betrachten und in ihrem Kontext zu verstehen dient als Empfehlung. Dieser Ansatz kann sowohl in der Pädagogik als auch in der Sozialarbeit angewendet werden, um die Betroffenen zu unterstützen und ihre Familien bei der Bewältigung von Problemen zu beraten. Die interdisziplinäre Arbeit zwischen Fachkräften der Sozialen Arbeit, medizinischen Fachkräften, dem Personal von Bildungsinstitutionen und den Familien der Betroffenen sollen zu dieser ganzheitlichen Unterstützung zusammen kooperieren. Gezielte Unterstützungen durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit bei der Bewältigung von familiären Konflikten im Zusammenhang mit einer AD(H)S-Diagnose kann die Familiendynamik verbessern und einen positiven Umgang miteinander fördern.

Zielgruppenspezifische Angebote:

Fachkräfte der Sozialen Arbeit, vor allem die Schulsozialarbeit, kann Workshops zu Stressmanagement und Selbstorganisation und richtige Erholung entwickeln und umsetzen (Ruhl et al., 2020, S. 720-721). Diese sind speziell an Mädchen und Frauen mit einer AD(H)S Diagnose in verschiedenen Lebenssituationen gerichtet. Angebote oder Anlässe in der Schule, die um die berufliche Integration gehen, können betroffene Mädchen bei der Wahl ihrer beruflichen Zukunft unterstützen. Eine spätere Unterstützung sowie Vermittlung von beruflichen Weiterbildungen durch beratende und begleitende Sozialarbeiter*innen kann in diesem Bereich Entlastung bieten. In weiteren sozialen Institutionen wie Jugendtreffs, Wohngruppen oder beispielsweise Tageskliniken könnte es themenspezifische Angebote gezielt an Betroffene gerichtet geben. Diese Angebote thematisieren AD(H)S bedingte Herausforderungen und deren Bewältigung und können von den Professionellen der Sozialen Arbeit angeboten werden. Auch könnte es die Option geben in den sozialen Institutionen Onlinekurse oder Apps zu diesen Themen anzubieten.

Peer-Anlaufstellen:

Als weitere Empfehlung könnte es die Möglichkeit geben sich mit Peer-Groups oder Selbsthilfegruppen über die Diagnose einer AD(H)S austauschen zu können. Die Fachkraft der Sozialen Arbeit kann auf qualitätssichere Online-Plattformen verweisen, welche von Betroffenen selbst erstellt wurden und auf denen sie ihre Lebensgeschichten teilen. Es können auch Bücher sein, die aus der Perspektive von Betroffenen über die Lebenswelt von Frauen und

Mädchen mit AD(H)S berichten. Solche Inhalte können den Betroffenen einen authentischen Einblick in die Welt der Frauen und Mädchen mit AD(H)S bieten. Die Betroffenen können von den Erfahrungen anderer lernen, es bietet ihnen Orientierung und kann zur Reduzierung der Selbststigmatisierung beitragen. Der Zugang zu den Betroffenen sollte möglichst niederschwellig gestaltet werden, um insbesondere unsichere Mädchen und Frauen zu erreichen, die Fragen zu ihrer Lebenssituation im Zusammenhang mit einer AD(H)S haben.

Makroebene

Soziale Arbeit:

Die Soziale Arbeit sollte sich laut den Empfehlungen für eine ganzheitliche und vernetzte Versorgung von Frauen und Mädchen mit AD(H)S engagieren. Dies beinhaltet eine enge Zusammenarbeit zwischen medizinischen, psychologischen und sozialen Hilfeleistungen. Die Soziale Arbeit sollte sich für eine vielseitige und ganzheitliche Versorgung von Frauen und Mädchen mit AD(H)S einsetzen. Dazu gehört die Verknüpfung medizinischer, psychologischer und sozialer Hilfestellungen sowie die Einbindung therapeutischen Ansätzen. Die Soziale Arbeit kann sich dafür einsetzen, Frauen und Mädchen mit AD(H)S aktiv in die Gestaltung von Angeboten sowie in politische Entscheidungsprozesse zur genderspezifischen Diagnostik einzubinden. Sie kann sich auch für die Interessensvertretung von Betroffenen in gesellschaftlichen Diskussionen und Weiterbildungen in Bildungsinstitutionen engagieren. Die Soziale Arbeit kann sich für mehr Zielgruppenspezifischere Angebote sowie den Aufbau von Netzwerken für Frauen und Mädchen mit AD(H)S in sozialen Institutionen bemühen. Zudem kann sie sich für flexiblere Arbeits- und Lernmodelle einsetzen, die die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen berücksichtigen.

Die Soziale Arbeit unterstützt in der Intervention Frauen und Mädchen mit AD(H)S durch individuelle Hilfspläne, Psychoedukation und langfristige Begleitung. Sie stärkt die persönlichen Ressourcen der Betroffenen, arbeitet zusammen mit ihnen an ihren Herausforderungen und vermittelt sie an therapeutische Stellen sowie an zielgruppenspezifische Workshops. Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit stärken das Umfeld der Betroffenen durch systemische Familienarbeit und die Schulung von Fachkräften. Auf gesellschaftlicher Ebene engagiert sie sich für vernetzte Versorgungsstrukturen sowie flexible Rahmenbedingungen ein, um eine ganzheitliche Unterstützung der Frauen und Mädchen mit einer AD(H)S- Diagnose zu fördern.

8. Schlusswort

Ziel dieser Forschungsarbeit war es, wie in Kapitel 1 beschrieben, die Auswirkungen einer späten AD(H)S-Diagnose aus der persönlichen Perspektive von sechs betroffenen Frauen zu untersuchen. Ein weiteres Ziel war, den spezifischen Handlungsbedarf der Sozialen Arbeit aufzuzeigen und praxisorientierte Handlungsempfehlungen abzuleiten. Im Rahmen dieser Forschung wurden die individuellen Lebenserfahrungen der Frauen in Bezug auf einer AD(H)S-Spätdiagnose ermittelt und sorgfältig untersucht. Die Fragestellung lassen sich wie folgt beantworten.

AD(H)S ist eine neurologische Entwicklungsstörung, die sich durch Unaufmerksamkeit, Impulsivität und teilweise Hyperaktivität äussert. Bei Frauen treten die Symptome jedoch oft subtiler auf, beispielsweise durch innere Unruhe, emotionale Dysregulation oder soziale Anpassungsschwierigkeiten. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede erschweren die frühzeitige Erkennung und führen häufig zu einer Spätdiagnose im Erwachsenenalter. Diese Verzögerung ist unter anderem auf den Gender Health Gap und gesellschaftliche Rollenerwartungen zurückzuführen, was ein ernsthaftes soziales Problem darstellt. Die fehlende Unterstützung und das mangelnde Bewusstsein führen nicht nur zu einer Verstärkung psychosozialer Belastungen, sondern auch zu Stigmatisierung und Benachteiligung im sozialen und beruflichen Kontext. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, wie stark Frauen mit AD(H)S unter den Folgen einer späten Diagnose leiden, insbesondere im Hinblick auf soziale Integration, Selbstwert und den Zugang zu Hilfesystemen. Diese Herausforderungen berühren zentrale Aufgabenfelder der Sozialen Arbeit, wie sie im Berufskodex von AvenirSocial beschrieben werden. Für die Praxis ergeben sich daraus wichtige Handlungsempfehlungen: eine stärkere Sensibilisierung auf allen Ebenen durch Öffentlichkeitsarbeit, gendersensible Schulungen für Fachkräfte, der Aufbau niedrigschwelliger Beratungsangebote sowie die Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit. Insbesondere präventive Massnahmen, eine verbesserte Früherkennung und gezielte Unterstützungspläne können betroffenen Frauen frühzeitigen Zugang zu Diagnostik und Unterstützung ermöglichen und ihre soziale Teilhabe nachhaltig stärken.

9. Ausblick

Die vorliegende Forschungsarbeit identifiziert mehrere zentrale Ansatzpunkte, die für die Soziale Arbeit von Bedeutung sind und in zukünftigen Studien vertieft werden sollten. Insbesondere zeigt sich ein deutlicher Bedarf an quantitativen Untersuchungen zur AD(H)S-Diagnostik bei Frauen in der Schweiz, da hierzu bislang nur wenige repräsentative Daten vorliegen. Während die qualitative Ausrichtung dieser Arbeit wertvolle Einblicke in die individuellen Erfahrungen betroffener Frauen liefert, fehlt eine breitere statistische Grundlage, um das Phänomen in der Gesamtheit besser zu verstehen und fundierte Handlungsempfehlungen abzuleiten. Zukünftige Forschungsarbeiten sollten daher nicht nur die Erhebung statistischer Daten priorisieren, sondern auch interdisziplinäre Ansätze fördern, um die vielfältigen Dimensionen von AD(H)S bei Frauen, einschliesslich psychosozialer, medizinischer und gesellschaftlicher Aspekte, ganzheitlich zu beleuchten. Die Entwicklung gendersensibler Diagnostik- und Interventionsmethoden sowie die Untersuchung der gesellschaftlichen und strukturellen Bedingungen, die zu späten Diagnosen beitragen, sind von grosser Bedeutung. Sie könnten dazu beitragen, die Unterstützungsangebote für Frauen mit AD(H)S gezielter und effektiver zu gestalten.

Abschliessend bleibt festzuhalten, dass diese Bachelorarbeit einen wichtigen Schritt zur Sensibilisierung für genderspezifische Unterschiede bei AD(H)S und die Auswirkungen einer späten Diagnose bei Frauen darstellt. Sie legt die Grundlage für weitere Diskussionen und Forschungen in diesem Bereich und unterstreicht die entscheidende Rolle der Sozialen Arbeit bei der Unterstützung und Stärkung betroffener Frauen. Die Erkenntnisse der Arbeit bieten wertvolle Impulse, um die Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe dieser Zielgruppe nachhaltig zu fördern.

10. Quellenverzeichnis

- Almey, A., Milner, T. A., & Brake, W. G. (2015). Estrogen receptors in the central nervous system and their implication for dopamine-dependent cognition in females. *Hormones and Behavior*, 74, 104–115. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.06.010>
- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (2., korrigierte Auflage). Hogrefe Verlag. <https://doi.org/10.1026/02803-000>
- Antoniou, E., Rigas, N., Orovou, E., Papatrechas, A., & Sarella, A. (2021). ADHD Symptoms in Females of Childhood, Adolescent, Reproductive and Menopause Period. *Medical Science Monitor*, 33, 114-118. <https://doi.org/10.5455/msm.2021.33.114-118>
- Armstrong, K., Meyer, B., & Davidson, R. (2001). Neurocognitive Problems in Attention Deficit Disorder. Alternative Concepts and Evidence for Impairment in Inhibition of Selective Attention. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931 (1), 203-214. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb05780.x>
- AvenirSocial. (2010). *Berufskodex für Soziale Arbeit in der Schweiz*. Abgerufen von <https://www.avenirsocial.ch>.
- Bachmann, C. J., Philipsen, A., & Hoffmann, F. (2017). ADHS in Deutschland: Trends in Diagnose und medikamentöser Therapie—Bundesweite Auswertung von Krankenkassendaten der Jahre 2009–2014 zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114 (9), 141-148. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0141>
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the Nature of Self-Control*. Guilford Press.
- Beheshti, A., Chavanon, M.-L., & Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 20 (1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2442-7>
- Berry, C. A., Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (1985). Girls with attention deficit disorder: A silent minority? A report on behavioral and cognitive characteristics. *Pediatrics*, 76 (5), 801-809. <https://doi.org/10.1542/peds.76.5.801>
- Bertakis, K. D., & Azari, R. (2012). Patient-Centered Care: The Influence of Patient and Resident Physician Gender and Gender Concordance in Primary Care. *Journal of Women's Health*, 21 (3), 326-333. <https://doi.org/10.1089/jwh.2011.2903>

- Bittner, A. & Helbig-Lang, A. (2020). Stressbewältigungs- und Problemlösetrainings. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3., überarb. Aufl.). (S. 709-718). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1>
- Boeger, A., & Lüdmann, M. (2023). *Psychologie für Erziehungswissenschaften und Soziale Arbeit*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-62017-5>
- Brandau, H., & Kaschnitz, W. (2013). *ADHS im Jugendalter. Grundlagen, Interventionen und Perspektiven für Pädagogik, Therapie und Soziale Arbeit* (2., überarb. Aufl.). Juventa Verlag.
- Carl, C., Ditrich, I., Koentges, C., & Matthies, S. (2022). *Die Welt der Frauen und Mädchen mit AD(H)S: Warum sie so besonders sind und was sie stark macht* (4. Aufl.). Julius Beltz GmbH.
- Cubillo, A., Halari, R., Ecker, C., Giampietro, V., Taylor, E., & Rubia, K. (2010). Reduced activation and inter-regional functional connectivity of fronto-striatal networks in adults with childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and persisting symptoms during tasks of motor inhibition and cognitive switching. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 35 (2), 636-639. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.11.016>
- Dalsgaard, S., Østergaard, S. D., Leckman, J. F., Mortensen, P. B., & Pedersen, M. G. (2015). Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: A nationwide cohort study. *The Lancet*, 385 (9983), 2190-2196. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61684-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61684-6)
- Döpfner, M., & Banaschewski, T. (2022). Klassifikation von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen in der ICD-11 [Classification of Attention Deficit-/Hyperactivity Disorder in ICD-11]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 50 (1), 51-53. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000854>
- Dorani, F., Bijlenga, D., Beekman, A. T. F., van Someren, E. J. W., & Kooij, J. J. S. (2021). Prevalence of hormone-related mood disorder symptoms in women with ADHD. *Journal of Psychiatric Research*, 133, 10-15. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.005>
- Ebert, D.-D. & Baumeister, H. (2020). E-Mental Health: Internet- und mobilbasierte Interventionen in der Psychotherapie. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3., überarb. Aufl.). (S. 741-755). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1>
- Engel, J. (2018). Der „unaufmerksame“ Typus erschwert die Diagnose. *DNP – Der Neurologe & Psychiater*, 19 (6), 20-24. <https://doi.org/10.1007/s15202-018-2091-6>

- Faraone, S. V., und Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 24 (4), 562-575. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>
- Flückiger, C. & Beesdo-Baum. (2020). Ressourcenaktivierung. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3., überarb. Aufl.). (S. 575-588). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1>
- Fuchs-Heinritz, W. (2009). Biografische Interviews in der Sozialforschung. In R. Bohnsack, W. Marotzki, & M. Meuser (Hrsg.), *Methoden der empirischen Sozialforschung* (7. Aufl., S. 201–222). Juventa Verlag.
- Gassmann, D., & Grawe, K. (2006). General Change Mechanisms: *The Relation Between Problem Activation and Resource Activation in Successful and Unsuccessful Therapeutic Interactions*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13 (1), 1-11. <https://doi.org/10.1002/cpp.442>
- Haimov-Kochman, R., & Berger, I. (2014). Cognitive functions of regularly cycling women may differ throughout the month, depending on sex hormone status: A possible explanation to conflicting results of studies of ADHD in females. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 191. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00191>
- Harreiter, J., Thomas, A., & Kautzky-Willer, A. (2016). Gendermedizin. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich* (S. 34–44). Hogrefe.
- Hechtman, L. (2009). ADHD in Adults. In T. Brown (Hrsg.), *ADHD Comorbidities: Handbook for ADHD Complications in Children and Adults* (S. 81-96). American Psychiatric Publishing.
- Helbig-Lang, S., Klose, M. & Berking, M. (2020). Trainings emotionaler, sozialer und kommunikativer Fertigkeiten. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3., überarb. Aufl.). (S. 695-708). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1>
- Heyken, M. (2012). Komorbidität und Differenzialdiagnose. In K. G. Kahl, J. H. Puls, G. Schmid, & J. Spiegler (Hrsg.), *Praxishandbuch AD(H)S. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen* (2., überarb., erw. Aufl., S. 103-106). Georg Thieme Verlag KG.
- Hölter, T. (2016). Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter. In T. Schnell (Hrsg.), *Praxisbuch: Moderne Psychotherapie. Der Guide bei komplexen Störungsbildern*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-50315-7>
- Jungnitsch, G. (1999). *Klinische Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

- Kautzky-Willer, A. (2012). Editorial. In A. Kautzky-Willer (Hrsg.), *Gendermedizin. Prävention, Diagnose, Therapie* (S. 7-17). Böhlau Verlag.
- Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T., & Hölling, H. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Querschnittergebnisse aus KIGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3 (3), 37-45. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-077>
- Klicpera, C., Gasteiger-Klicpera, B., & Besic, E. (2019). Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung. In *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter* (2. Aufl.). Facultas. <https://doi.org/10.36198/9783838551524>
- Kooij, J. J. S., Boonstra, A. M., Swinkels, S. H. N., Bekker, E. M., de Noord, I., & Buitelaar, J. K. (2008). Reliability, Validity, and Utility of Instruments for Self-report and Informant Report Concerning Symptoms of ADHD in Adult Patients. *Journal of Attention Disorders*, 11 (4), 445-458. <https://doi.org/10.1177/1087054707299367>
- Kölle, M., Mackert, S., & Philipsen, A. (2023). Diagnostik und Therapie der ADHS im Erwachsenenalter. *InFo Neurologie & Psychiatrie*, 25 (6), 38-49. <https://doi.org/10.1007/s15005-023-3315-7>
- Krause, J., & Krause, K.-H. (2014). *ADHS im Erwachsenenalter: Symptome, Differenzialdiagnose, Therapie* (4. Aufl.). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Lachenmeier, H. (2024). *Mit AD(H)S erfolgreich im Beruf: So wandeln Sie vermeintliche Schwächen in Stärken um* (2. Aufl.). Springer-Verlag GmbH Deutschland. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-67241-9>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. (11. Aufl.). Springer.
- Liang, X., Zhao, M., Su, L., Haegele, J. A., Xu, R. H., Li, J., Guo, J., Tse, A. C.-Y., Li, S. X., & Shum, D. H. K. (2024). Sleep Problems in Children with ADHD: Associations with Internalizing Symptoms and Physical Activity. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06623-9>
- Linden, M., & Weddigen, J. (2016). Teilleistungsstörungen/MCD und ADHS im Erwachsenenalter. *Der Nervenarzt*, 87 (5), 527-533. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-0063-z>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. Auflage). Beltz.

- Michalak, J., & Heidenreich, T. (2020) Achtsamkeit und Embodiment. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3., überarb. Aufl.). (S. 671-682). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1>
- MSD Manuals. (2024). Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität (ADHS). In *MSD Manuals – Ausgabe für Fachkreise*. <https://www.msmanuals.com/de/profi/p%C3%A4diatrie/lern-und-entwicklungsst%C3%B6rungen/aufmerksamkeitsst%C3%B6rung-und-hyperaktivit%C3%A4t-adhd>
- Mühling, S., & Jacobi, F. (2020) Psychoedukation. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3., überarb. Aufl.). (S. 557-573). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1>
- Müller, A., Candrian, G., & Kropotov, J. (2011). *ADHS - Neurodiagnostik in der Praxis*. Springer.
- Neuy-Lobkowicz, A. (2023). Geschlechtsunterschiede bei AD(H)S im Erwachsenenalter. *Neurologie und Psychiatrie*, 33 (3), 25-30. Abgerufen von https://multi-schulmedizin.mgo-fachverlage.info/redaktion/wp-content/uploads/sites/14/2023/03/nea_03-2023_ADHS1.pdf
- Noterdaeme, M. (2009). Komorbidität und Differenzialdiagnose. In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus: Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (S. 46). Huber.
- Nyberg, E., Hofecker-Fallahpour, M., & Stieglitz, R.-D. (2013). *Ratgeber ADHS bei Erwachsenen: Informationen für Betroffene und Angehörige*. Hogrefe.
- O'Grady, S. M., & Hinshaw, S. P. (2021). Long-term outcomes of females with attention-deficit hyperactivity disorder: Increased risk for self-harm. *British Journal of Psychiatry*, 219(4), 595–602. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.106>
- Petermann, F., Schwörer, M. C. & Ruhl, U. (2020). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3., überarb. Aufl.). (S. 813-836). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1>
- Philipsen, A., und Döpfner, M. (2020). AD(H)S im Übergang in das Erwachsenenalter: Prävalenz, Symptomatik, Risiken und Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (S. 910-915). <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03175-y>
- Rastedt, D. E., Vaughan, R. A., & Foster, J. D. (2017). Palmitoylation mechanisms in dopamine transporter regulation. *Journal of Chemical Neuroanatomy*, 83, 3-7. <https://doi.org/10.1016/j.jchemneu.2017.01.002>

- Renner, T. J., Gerlach, M., Romanos, M., Herrmann, M., Reif, A., Fallgatter, A. J., & Lesch, K.-P. (2008). Neurobiologie des Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndroms. *Der Nervenarzt*, 79 (7), 771-781. <https://doi.org/10.1007/s00115-008-2513-3>
- Retz-Junginger, P., Retz, W., Blocher, D., Weijers, H. G., Thome, J., & Rösler, M. (2002). Wender Utah Rating Scale (WURS-k): Die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Der Nervenarzt*, 73 (9), 830-838. <https://doi.org/10.xxxx/yyyy>
- Roy, A., Hechtman, L., Arnold, L. E., Sibley, M. H., Molina, B. S. G., Swanson, J. M., & Howard, A. L.; MTA Cooperative Group. (2016). Childhood factors affecting persistence and desistence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adulthood: Results from the MTA. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55 (11), 937-944. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.027>
- Ruhl, U., Hach, I. & Wittchen, H.-U. (2020). Entspannungsverfahren. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3., überarb. Aufl.). (S. 719-731). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1>
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.). (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015*. Hogrefe Verlag.
- Semeijn, E. J., Korten, N. C. M., Comijs, H. C., Michielsen, M., Deeg, D. J. H., Beekman, A. T. F., & Kooij, J. J. S. (2015). No lower cognitive functioning in older adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *International Psychogeriatrics*, 27 (9), 1467-1476. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000010>
- Sobanski, E., und Alm, B. (2004). *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen: Ein Überblick*. *Der Nervenarzt*, 75, 697-716. <https://doi.org/10.1007/s00115-004-1757-9>
- Spencer, T. J., Wigal, S. B., Arnsten, A. F. T., & Scahill, L. (2009). Advances in the treatment of pediatric ADHD: A focus on the role of noradrenergic inputs and the alpha-2a receptor. *The Journal of Pediatrics*, 154 (5), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.01.016>
- Stollhoff, K. (2021). Wie sich AD(H)S bei den Geschlechtern äussert. *Pädiatrie*, 33 (5), 15. <https://doi.org/10.1007/s15014-021-3872-5>
- Stollhoff, K. (2023). Essstörungen und ADHS bedingen sich oft gegenseitig. *Pädiatrie*, 35 (3), 8-13. <https://doi.org/10.1007/s15014-023-4912-0>

- Tebartz van Elst, L. (2018). *Autismus und AD(H)S: Zwischen Normvariante, Persönlichkeitsstörung und neuropsychiatrischer Krankheit* (2. Aufl.). Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-034167-8>
- Villa, F. M., Crippa, A., Rosi, E., Nobile, M., Brambilla, P., & Delvecchio, G. (2023). ADHD and eating disorders in childhood and adolescence: An updated minireview. *Journal of Affective Disorders*, 321, 265-271. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.10.016>
- Winkler, M. (2024, Oktober). Warum ADHS bei Depression und Angst im Erwachsenenalter als mögliche Ursache bedacht werden sollte. <https://adhsspektrum.com/2024/10/30/warum-adhs-bei-depression-und-angst-im-erwachsenenalter-als-moegliche-ursache-bedacht-werden-sollte/>
- World Health Organization. (2002). *Integrating gender perspectives in the work of WHO: WHO gender policy*. Abgerufen von <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67649/a78322.pdf>
- World Health Organization. (2019). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10)*. Abgerufen von https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/icd-10-who/version2019/icd10who2019syst-pdf_zip.html?nn=468782&cms_dIConfirm=true&cms_calledFromDoc=951528.
- Young, S., Chadwick, O., Heptinstall, E., Taylor, E., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2005). The adolescent outcome of hyperactive girls: Self-reported interpersonal relationships and coping mechanisms. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14 (5), 245-253. <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0461-z>

11. Anhang

A Leitfaden Teilstrukturiertes biografisches Interview

Information zur Anonymität und Einverständnis zum Gebrauch der Aufnahme unterschreiben lassen. Informieren, dass sie sich so viel Raum nehmen können, wie sie brauchen und sie einfach das erzählen können, was sie wollen!

Einstiegsfrage:

Können Sie uns Ihren Lebensweg bis heute erzählen und dabei darauf eingehen, wann Sie zum ersten Mal bemerkt haben, dass Sie AD(H)S haben bzw. Wann es zu einer ersten Auseinandersetzung mit den Symptomen und Bewältigungsstrategien kam oder es in ihrem Leben das erste Mal Thema wurde, und wie es sich seitdem auf Ihr Leben ausgewirkt hat?

Checkliste:

- Erinnerungen an die frühe Kindheit
- Einschulung
- Einfluss in der Primarschule?
- Einfluss in der Sekundarschule?
- Gab es Auswirkungen in der Ausbildung/Weiterführenden Schulen
- Ab wann gab es Vermutungen von Ihnen selbst?
- Ab wann gab es Vermutungen von aussen?
- Weg bis zur Diagnose
- Gab es zuerst andere Diagnosen/ Vermutungen, bevor Sie auf AD(H)S kamen?
- Wann kam es zur definitiven Diagnose?
- Was hätten Sie sich gewünscht an Unterstützung?
 - zu welchem Zeitpunkt
 - In welchen Lebensbereichen
 - Von welchen Personen (Fachpersonen)
- Was bedeutete die Diagnosen Stellung für Sie/ was hat es gebracht?
- Was würden Sie sich in Zukunft für jüngere Mädchen wünschen, die auch mit AD(H)S im Leben konfrontiert werden und was würden Sie ihnen mit auf den Weg geben?

Abschluss

Checkliste kontrollieren, sich bedanken, Geschenk geben und Audioaufnahme stoppen.

B Auswertung in Tabellen

Person A

Kategorie	Codes	Zeilen	Ankerbeispiele
Spät diagnose	Erste Eigenvermutungen bei Berufseinstieg	Z. 135-159	«Das war dann der Punkt. Und ab diesem Punkt/ und das ist vor zwei Jahren gewesen, ich würde eben sagen der hat bei mir sehr viel geändert. Ich konnte alles aufrollen und anfangen es einzuordnen.»
	Vermutung von Freundin	Z. 162-175	«Ich kreiste nicht mehr immer an diesem Punkt herum, dass etwas mit mir nicht stimmt. Sondern es funktioniert halt so und so. Und das ist gut so. Und mit dem wie weitergehen wo ist, so.»
	Diagnose mit 25 J.	Z. 181-182	«Ja, ich würde sagen, nicht nur eine kleine Erleichterung. Ich würde sagen, das ist so/ ... Das hat den Pfannendeckel abgehoben.»
	Diagnosenstellung als grosse Erleichterung	Z. 184-187 & Z. 191-206	«Und das Potenzial, oder ich weiss nicht, die Selbstentwicklung, Entfaltung, Zufriedenheit solche Dingen konnten starten.»

	Weniger Anspannung seit Diagnose	Z. 533-534	
	Medis als Unterstützung und Stopp von Essstörung und Suche nach Dopamin	Z. 670-671	
	Gender Health gab	Z. 435-439	
Stigma	Reduziert auf ADHS- Symptom	Z. 105-116	« Und ich glaube einfach, erstens, als ich 1996 in die Schule gegangen bin, ist es noch weniger Thematik gewesen. Und es war noch überhaupt nicht bekannt, dass es auch Mädchen haben können.»
	ADHS löst Schulische Probleme aus	Z. 355-357	« Ich bin ja trotzdem keine Zappelphilipp. Ich bin trotzdem nicht Verhaltensauffällig. Ich habe trotzdem keine Aggressionen und Ausraster.»
	Früher war ADHS bei Mädchen nicht Thema	Z. 358-361	«Eltern haben dann auch die Sätze, dass man nicht so ist.
	Klassisches Zappelphilipp Bild	Z. 418-423	In diesem Sinne hat mein Mami den schlimmsten
	Eltern stellen sich Zappelphilipp vor bei ADHS	Z. 453-457	in dem Sinne verhaltensauffälligster «ADHS-ler» von ihrer Schule im Kopf. Sie denkt sich so, dass das meine Tochter

			hat... Und das bekommt man dann auch gespiegelt.»	
	Pathologisieren vom ADHS	Z. 707-710		
Leidensdruck	Gefühl des anders Seins	Z. 17-20	«Aber da habe ich alles noch nicht mit ADHS verbunden, sondern es hat sehr auf meinen Selbstwert geschlagen.»	
	Einzelgängerin	Z.39-49		
	Ausgeschlossen in der Schule	Z. 78-81		
	Selbstwertprobleme	Z.100-105		
	Am Rand gestanden	Z. 27-31		
	Ambivalente Gefühle zu sich selbst	Z.116-123 & 126-131		«Ähm ich glaube, was mich schon immer begleitet hat, ist das Gefühl ein Alien zu sein. Also so ähm und das war eigentlich schon früh so. Ich habe gemerkt, dass etwas ein bisschen anders ist.»
	Sich selbst nicht mehr spüren	Z. 217-220		

	Zwischenmenschliche Schwierigkeiten	Z. 222-234	«Aber das andere, das Zwischenmenschliche ... Da bin ich manchmal durchgefallen. Da habe ich dann irgendeinen Patzer gemacht, weil ich ungefiltert etwas gesagt habe. Oder ich habe immer viel zu viel Preis gegeben.»
	Probleme mit sich selbst ausgemacht	Z. 365-377	
	Mobbing in der Schule	Z. 378-391	
	Leidensdruck da, aber nicht bewusst.	Z. 407-409	
	Offensichtliche Symptome belasten	Z. 487-491	
Symptome	Gedächtnisschwierigkeiten	Z. 21-23	«Also ich habe/ Manchmal habe ich wie auch ein Löschhirn. Oder wie Sachen aus der Vergangenheit weiss ich gar nicht mehr so genau.»
	Innere Unruhe	Z. 32-37	

	Soziale Kontakte knüpfen als Schwierigkeit	Z. 66-72	«Ich bin schon immer (...) sehr in Bewegung. Ich fühlte mich einfach wohl, wenn ich in Bewegung war. (.) Und so ein bisschen das Schnellleben. Also nicht das Zielorientierte, auf etwas hinzugehen, und das ist jetzt meins,
	Hyperaktivität	Z. 86-89	das ziehe ich durch. Sondern (...) immer auf der Suche. Und ich bin noch jetzt auf der Suche.»
	Impulsivität	Z. 124-126	«Ich bin schon immer der gleiche impulsive Mensch gewesen. Man sieht es (lacht) heute Morgen um zehn Uhr ein Tattoo gemacht, das ich gestern abgemacht habe.»
	Hochsensibilität	Z. 215-217	«Ich glaube, ich habe die Hochsensibilität sehr ausgeprägt. Und dann auch das ständige Spüren von anderen Menschen»
	Viele Interessen	Z. 306-309	
	Stimmungsschwankungen	Z. 391-392	
	Schwierigkeiten bei Emotionsregulierung	Z. 459-474	
Bewältigungsstrategie/ /	Wegräumen als Strategie bei Überforderung	Z. 81-86	«Oft habe ich mich auch so gefühlt, aussen, so angespannt, Zimmertüre zu

Maladaptation			und ich konnte entspannen. Dann ist etwas rausgeplatzt. Oder im Garten, Früher, bevor ich nach Hause kam, habe ich eine Stunde lang für mich getanzt und das rausgelassen.»
	Emotionen mit sich ausgemacht	Z. 474-481	«Ich habe dann schon gemerkt, dass das das ist was zum Beispiel dann bei einem Junge herausplatzt, im Unterricht. Und bei mir platzt es dann heraus, wenn ich das Gefühl habe ich kann es jetzt zeigen.»
	Erlernen von Strategie wieder sich selbst zu sein	Z. 501-507	
	Viele Strategien erlernt, um nicht aufzufallen	Z. 528-533	«Ich habe mich dann glaube ich ins Träumen gerettet, oder in einer sozialen Situation, wenn ich irgendwo stand und dann wusste ich gerade nichts zum Bereden und was machen, habe ich mich einfach so in meine Gedanken weggeträumt. Ähm. (.) und das war sicher auch eine Bewältigungsstrategie.»

Anliegen der Betroffenen	Wunsch nach Früherkennung der Anzeichen	Z. 514-526	
	Wunsch nach Psychoedukation für ADHS betroffene	Z. 534-538	«Oder was ich vielleicht sagen würde, dass ich die Diagnose gerne drei, vier Jahre früher gehabt hätte.»
	Wunsch nach nicht zu früher Medikation, sondern gesund Strategien Entwicklung	Z. 538-540	«Sie hätte nichts anderes machen können, weil ich ihnen trotzdem nicht so die Chance gegeben habe, das überhaupt zu merken.»
	Wunsch nach Diagnose in der Jugend	Z. 545-546	«Aber ich denke, als Lehrperson von mir, man hätte schon genauer hinschauen können, dass ich Mobbing erfahren habe oder vor allem im Sozialen.»
	Wunsch nach individueller Förderung	Z. 577-585	Ich glaube, ich hätte das irgendwie/ das vielleicht für mich gebraucht.»
	SSA in der Schule als Resource nutzen	Z. 599-607	
	Wunsch nach Aufmerksamkeit bei Angepassten Mädchen in der Schule	Z. 615-619	

	Wunsch nach besser informierten Fachleuten	Z. 645-651	
Komorbidität	Essstörung	Z. 651-652	
	Essstörung als Kompensation	Z. 654-657	
	Von Kalorien zählen ins Krankhafte Essverhalten	Z. 685- 664	«Was mich sicher auch lange begleitet hat, war eine Essstörung. (.) Aber das ist dann eigentlich erst so ein bisschen mit Ende Gymnasium, wo dann das Essen, vielleicht die Kompensation manchmal war»
	Essstörung und Selbstzweifel gekoppelt	Z. 665-668	«Kalorien zählen, weil man ja länger abgeschotet und es einem langweilig ist. Und dann hat es bei mir in einem krankhaften eben ständig an dem Essen herumgedacht, was man essen darf und was nicht. Und so. Da habe ich dann auch ziemlich abgenommen.»

Person B

Kategorie	Codes	Zeilen	Ankerbeispiele
Spätdiagnose	Verdacht in Hintergrund gefallen	Z.18-Z.20	«und so kam es dazu, dass wir das nie mehr angeschaut haben. Es hat dann immer nur geheissen, ja, nein, dein Kind ist voll okay, es hat einfach Komplikationen» «so von wegen «live hard, die young» oder, es war mir alles sch-eissegal, weil man hat mir eh wie die Chance nie gegeben.» «Auf eine Art war es schon ein «Uff-Moment». Aber es kam auch eine grosse Last runter. Ich konnte endlich halbwegs begründen, wieso gewisse Dinge nicht funktionierten in meinem Leben» «Ja. Also hätten sie mit meinen Eltern ein Gespräch gemacht und so gefunden, also schaut, wir machen
	Fehlende Diagnose	Z.108-Z.109	
	Negative Auswirkungen aufgrund fehlender Chance auf Diagnose	Z.155-Z.163	
	Aufgrund von Corona Verzögerungen in Klinik	Z.177-Z.178	
	Fehlende Diagnose durch Verleugnung in Familie	Z.263-Z.275	
	Erleichterung, besseres Selbstbild und mehr Verständnis für sich selbst durch Diagnose	Z.295-Z.298 Z.341-Z.342 Z.368-Z.367	
	Sieht positive Seiten von AD(H)S	Z.333-Z.334	
	Diagnose mit 23 Jahren	Z.303-Z.305	
	Über AD(H)S unaufgeklärte Eltern bei klar ersichtlichen Symptomen in Kindheit	Z.309 Z.324-Z.329	
	Fehlende Diagnose im Kindes- und Jugendalter	Z.555-Z.565	
Spätdiagnose durch fehlendes Engagement bei Eltern und Lehrpersonen	Z.594-Z.599 Z.631-Z.633		

			das zum Schutz des Kindes nicht, weil es euch anscheisst oder weil ihr das wollt, sondern das Kind wird so nicht weiterkommen.»
Stigma	Leugnung und fehlende Problemeinsicht des Vaters	Z.16-Z.18 Z.244-Z.247 Z.261-Z.263	«Und mein Dad war halt sauer und fand, nein, mein Kind ist nicht beeinträchtigt» «Und ich denke immer so ja klar ADHS ist eben nicht der eine kleine Junge in der Klasse, der immer rumspringt, wie ein Gummiball. Das muss es nicht sein. Das ist das, was mich aufregt» «Wenn ich meine Reize verflüchtige oder wenn ich nicht mehr mag, bin ich einfach ruhig. Das heisst nicht, dass ich scheu bin und kein ADHS haben kann»
	Vorstellung des Umfelds von AD(H)S als hyperaktiver Junge	Z.319-Z.322 Z.443-Z.445	
	Stigmatisierung als invalide Person beim Arbeiten	Z.349-Z.350	
	Verleugnung der ADHS-Diagnose von aussen	Z.359-Z.365	
	Falsche Vorstellung, dass ruhige Menschen kein AD(H)S haben können	Z.542-Z.550	
	Stigmatisierende Vorstellungen von Borderline und ADHS bei Frauen	Z.730-Z.737	
	Äusserliche Wahrnehmung eines Menschen kann täuschen	Z.742-Z.744	
Leidensdruck	Probleme in der Schule mit Lehrpersonen	Z.43-Z.54 Z.83-Z.95	«Das macht einen schon kaputt, wenn

Time-out durch Schwierigkeiten in Schule	Z.61-Z.63	<p>man konstant das Gefühl hat, man schafft es nicht, man will verschiedene Dinge ausprobieren. Man macht und macht und macht. Und es funktioniert nicht. Man weiss nicht, wo man anfangen soll. Man versteht nicht, was genau bei einem läuft»</p> <p>«Ich habe mich einfach konstant aufgeregt ab mir selbst. Wieso kannst du nicht einfach?/ Das habe ich auch von meinen Eltern gehört. Wieso kannst du nicht wie alle anderen Kinder normal sein? Ich dachte so «thanks» Ich weiss es nicht.»</p>
Midlife-Crisis mit 15	Z.104-Z.108	
Verspätungen während Ausbildung daraus resultierende Schwierigkeiten	Z.112-Z.116 Z. 124-Z.127	
Beleidigungen durch Chef während der Lehre	Z. 124-Z.127	
Plötzliche Auflösung des Lehrvertrags	Z.134-Z.136	
Mutter verbannt aus dem Haus	Z.138-Z.141	
Für 5 Monate obdachlos	Z.192-Z.195	
Selbstverletzendes Verhalten	Z.145-Z.149	
Streit mit bester Freundin als letzter Grund für Einweisung	Z.164-Z.177	
Sucht und Prostitution	Z.204-Z.211	
Tiefpunkt des Selbstwertes	Z.217-Z.222 Z.580-Z.583 Z.629-Z.631	
Innere Leere	Z.279-Z.280	
Gefühl des nicht genug Seins	Z.298-Z.302	
Selbstkritik	Z.329-Z.332	
Fehlende Selbstbestimmung beim Arbeiten	Z.351-Z.355	
Angst vor fehlender Akzeptanz des Umfelds	Z.427-Z.433	

	Finanzielle Probleme	Z.565-Z.574	
	People Pleaser	Z.649-Z.653	
Symptome	«Problemkind» in Schule und Ergänzungsunterricht	Z.24-Z.28 Z.72-Z.75	«Verspätung war schon immer so ein Thema in meinem Leben, das stand wirklich immer zuoberst oben.» «Ich habe ein «mega» Zeug, dass meine Rezeptoren, würde ich mal sagen, sind verdammt offen. Ich bin «mega» hellhörig, ich höre alles Mögliche» «Ich habe viel mehr gemerkt, dass ich ein Problem habe, dass ich mich nicht spüre. (...) Ich spüre mich aber erst recht, wenn ich eine Reizüberflutung habe. Das sind Momente, in denen ich nicht weiss, wie ich mich herunterholen und wie. Ich weiss nur, dass ich mich zurückziehen kann. Ich rede mit niemandem, sonst fauch ich alle an»
	Fehlendes Zeitmanagement	Z.101-Z.104 Z.239-Z.244	
	Selbstverletzendes Verhalten	Z.145-Z.149	
	Schlaf, Müdigkeit und ADHS	Z.251-Z.254 Z.473-Z.485	
	Blockaden und Reizüberflutung	Z.335	
	Fehlendes Gespür für sich selbst	Z.343-Z.349	
	Schwierigkeiten bei Kommunikation durch zu viele Gedanken	Z.396-Z.402	
	Hochsensibel auf Geräusche und Berührungen	Z.447-Z.456	
	Ablenkbar	Z.458-Z.461	
	Hibbelig	Z.464-Z.469	
Tiefes Selbstwertgefühl	Z.584-Z.588		

Bewältigungs- strategie/Ma- ladaptation	Anpassung für Dazugehörigkeit	Z.67-Z.71	«Aber es ist einfach zu maskieren. Ich finde das Maskieren/Das ist auch so ein Riesen Ding. Wieso kann ich so durchkommen? Jedes Mal, wenn ich Leute sage, dass ich im Spektrum bin, sind sie so: «Ah schon, ah schon? Das hätte ich jetzt gar nicht gedacht du wirkst so normal.» «Aber unterdrückt sind diese Symptome nie, sie sind immer da. Also es kratzt mich jedes Mal. Es ist einfach mehr so ein... Ja, schon eine Art Unterdrücken, aber einfach so... Es ist ein Unterdrücken nach aussen.»
	Maskierung	Z.314-Z.319	
	Bewusster Augenkontakt als Beispiel für eine Maske	Z.371-Z.377	
	Anpassung an das Umfeld	Z.403-Z.405	
	Unterdrückung der Symptome nach Aussen	Z.405-Z.425	
	Anpassung an andere seit klein	Z.537-Z.542	
Anliegen der Betroffenen	Wunsch nach Therapie in Klinik	Z.181-Z.185 Z.512-Z.520	«Und ja, ich hätte mir einfach gewünscht, dass man ein wenig mehr Verständnis gehabt hätte gegenüber mir, Und wenn ich dann «ready» für mich wäre und gefunden
	fehlende Hilfe beim Sozialdienst	Z.196-Z.201	
	Wunsch nach Verständnis der Eltern	Z.490-Z.500	

	Wunsch nach Ressourcenorientierter Ansatz bei Fachpersonen	Z.527-Z.532	<p>hätte, ja, ich würde jetzt gerne mal das Medi probieren, dass ich etwas nehme, dass ich in der Schule stillsitzen kann. Gerne. Aber alles auf mich bezogen und nicht, weil mein Dad gefunden hat, nein, das ist jetzt kein ADHS»</p> <p>«Weisst du, die Lehrpersonen sind ja so fest im Leben deines Kindes. Sie sehen dein Kind mehr als du dein Kind. Sie sind viel mehr in der Schule, als sie zu Hause sind. Weisst du, wie ich meine? Also kann man doch irgendwie auch ein bisschen Unterstützung leisten»</p>
	Sensibilisierter Blick der Fachpersonen in Bezug auf eine mögliche Diagnose	Z.532-Z.537	
	Unterstützung bei administrativen Dinge	Z.574-578	
	Wunsch nach frühere Unterstützung durch Lehrpersonen	Z.588-Z.594 Z.604-Z.609	
	Unterstützung bei Wiederaufbau des Selbstwertes	Z.578-Z.584	
	Wunsch nach einer akzeptierenden und verständnisvollen Begleitperson	Z.638-Z.649 Z.653-Z.661	
	Akzeptierendes und verständnisvollerer Umfeld	Z.665-Z.669	
	Wunsch nach Anpassung im System	Z.674-Z.676	
	Anpassung der Arbeitszeiten in der Arbeitswelt	Z.693-Z.699	
	Akzeptanz der Individualität	Z.699-Z.720	
Allgemeiner Wunsch nach mehr Verständnis	Z.737-Z.740		
Komorbidität	ADHS und ASS	Z.11-Z.16	<p>«Dopamin-Mining». Das ist das, was viele sagen, Dopamin holen. Da würde ich schon sagen das war der</p>
		Z.22-Z.24	
		Z.305	
	Z.310-Z.311		
Dyskalkulie und ADHS	Z.38-Z.42		

	Sprachfehler	Z.54-Z.57	<p>Grund, weshalb ich so viel konsumiert habe.»</p> <p>«Ja, voll. (...) Ja, sie haben ja viel mehr auf meine depressiven Episoden und so gemacht. Also weil ich halt einfach eben, ich habe schon sehr früh depressive Anzeichen und Symptome gehabt und all das Zeug.»</p>
	Depressive Phasen im Vordergrund	Z.98-Z.100 Z.618-Z.621	
	Burn-Out	Z.118-Z.119 Z.188-Z.190	
	ADHS und Sucht	Z.136-Z.138 Z.206-Z.208 Z.278-Z.279	
	Graskonsum und ADHS	Z.232-Z.233	
	Dopaminerefüllung durch Sucht	Z.290-Z.292	
	Verdacht Persönlichkeitsstörung	Z.322-Z.324	
	Hochsensibilität	Z.447-Z.456	

Person C

Kategorie	Code	Zeile	Ankerbeispiele
Spät diagnose	Vermutungen von LP nicht preisgegeben	Z. 153-156	
	Erste Vermutungen in Therapie Motivation für	Z. 174-178	
	Abklärung durch Leidensdruck	Z. 198-202 Z. 256-258	«Deswegen haben es vor allem Lehrpersonen ein wenig vermutet aber auch nicht viel dazu gesagt, also jetzt spezifisch zum ADHS / was zu meinem Verhalten schon. Was ist wie eigentlich auch versendet.»
	Versandung von Vermutungen wegen fehlender Hyperaktivität	Z. 210-212	
	Nach der Diagnose Erklärung für Leiden gefunden	Z. 220-222	«Und ja seitdem ich die Diagnose habe, bin ich eigentlich schon sehr erleichtert im Grossen und Ganzen also ich ähm
	Nach der Diagnose: Umgang gefunden	Z. 226-232	ich habe immer wieder so Phasen,

			wo es mir wirklich nicht gut geht, aber man kann es wie behandeln ich habe das Gefühl ich kann etwas damit machen und habe nicht das Gefühl ich bin verloren es gibt mir einen Anhaltspunkt ich bin nicht verloren wie in der Welt, ja... ich verstehe mich besser.»
	Abklärung verleiht anderen Problematiken Sinn	Z.239-242	
	Nach der Diagnose: Erleichterung	Z. 242-244	«Da musste ich zu meinem Therapeuten gehen und dem auch sagen müssen, dass ich unter etwasem leide bis passiert ist und bis man etwas gemacht hat.»
	Anhaltspunkt gewonnen durch Diagnosen Abklärung	Z. 245-248	

	Durch Diagnose besseres Selbstvertrauen	Z. 278-280	
	Zurückhalten von Vermutungen	Z. 293-300	
Komorbidität	Sportsucht	Z.167-168	«Ja und halt die... Sportsucht im Zusammenhang mit einer Essstörung und dann hatte ich auch noch Depressionen, Depressionen hatte ich immer wieder einmal, ja soziale Ängste habe ich auch viel gehabt.»
	Therapie wegen Sportsucht	Z. 180-182	
	Sportsucht im Zusammenhang mit Essstörung	Z. 212-213	«Das war alles schon vor der Diagnose aber auch nach der Diagnose immer noch nur-also da will ich immer ein wenig aufpassen, weil ich möchte auch nicht immer alles auf das ADHS abschieben aber ich glaube eigentlich schon fest daran dass es auch viel

			damit zu tun hat ähm.»
	Revidierende Depression	Z. 214-215	
	Soziale Angst	Z. 215-216	
	Erkennen von Zusammenhang mit ADHS und anderen Diagnosen	Z. 219-220	
	Mehrere Diagnosen vor ADHS- Diagnose	Z. 236-337	
Leidensdruck	Bewusstsein des anderen sein	Z. 85-87	«leider gab es viele Sachen die mich im Alltag nicht so interessiert haben und da war es ziemlich schwierig still zu hocken ähm und da dachte ich mir nur entweder drehe ich durch oder ich weiss nicht muss ich dann halt
	Alltag schwierig	Z. 116-120	
	Niedriges Selbstvertrauen	Z.163-164	

			aufstehen oder ich melde mich schon am morgen krank und gehe nicht in die Schule.»
	Selbstwertprobleme	Z.166-167	
	Überforderung mit allem	Z. 173-174	«Ähm, ja dann ja- bin ich absichtlich nicht schnuppern gegangen , was weil ich schon ge- dacht habe ja ich kann das eh nicht- was ja da habe ich eben auch schon viele Selbstwert- probleme ge- habt»
	Unter- und Überforderung	Z. 189-191	
	Bewusstsein des Leiden- drucks	Z. 193-197	
	Downphasen beständig	Z. 244-245	«nicht gerne, aber teilweise war ich auch unterfordert ich sage es ei- gentlich nicht gerne, aber gleichzeitig war das auch eine Überforderung»

	Selbstoffenbarung ohne Resonanz	Z. 286-288	
	«Schmerzende» Langweile	Z. 356-363	«und ich möchte gerne mal oder halt thematisieren weil der Leidensdruck war schon so gross und ich hab ihm gesagt dann irgendetwas leide ich doch noch weil ja ich leide. Diese Leidensdruck war im gesellschaftlichen Leben nicht schön»
	Überforderung wegen Reizüberflutung	Z. 370-376	
	Temporärer Lehrstopp durch psychische Abgeschlagenheit	Z. 380-387	
	Aushalten von Langweile als grosse Belastung	Z. 388-391	
Stigma	Bestrafung von Lehrpersonen	Z.124-132	
	Hyperaktivität als ADHS-Hauptindikator	Z. 145-146	«Und als Kind vor allem/ also warum diese Abklärung

			schlussendlich nicht gemacht wurde, hat hauptsächlich daran gelegen, dass ich nicht das offensichtliche hyperaktive Ding zeige»
	Selbststigmatisierung	Z. 164-166	
	Keine Abklärung wegen fehlender Hyperaktivität	Z. 208-210	«eben genau das Stigma vom Zapfelphilipp ist sehr in allen Köpfen drin. Das hat natürlich mein Umfeld auch „mega“ beeinflusst und das ja wäre wahrscheinlich schöner gewesen wenn es nicht so stigmatisiert gewesen wäre im Allgemeinen.»
	Keine Abklärung, weil Fokus auf der Hyperaktivität lag	Z. 254-256	
	ADHS erst mit Hyperaktivität berücksichtigt	Z. 258-261	

	Stigma Zappelphilipp	Z. 303-311	
Maladaptationen/Bewältigungsstrategien	Perfektionismus entwickelt Ich: Strukturierung als Kompensation	Z. 54-59	
	Strategie, um nichts zu vergessen	Z. 64-69	«und so viel ich mich an mein kindliches Ich zurückerinnern kann/ Ich musste mich immer so oft und so viel selbst unterdrücken. Ich musste mich einfach ständig anpassen und es ist so anstrengend gewesen.»
	Perfektionismus als Anpassung	Z. 87-100	
	Orientierung am Perfektionismus	Z. 100-106	
	Mit Sport begonnen	Z. 107-109	«ich habe angefangen mega viel Sport zu machen. Und in der Oberstufe habe ich mir viel Knete und

			antistress Sachen besorgt da möchte ich immer etwas in den Fingern habe als Bewältigungsstrategie.
	Antistress Skills	Z.109-110	
	Als Kind: sich selbst unterdrücken	Z. 261-263	«also mir war es immer sehr wichtig dass ich mega perfekt bin und wenn es mal einmal nicht geklappt hat, nur einmal zu spät gekommen war, habe ich mich direkt tausendmal dafür entschuldigt also sehr übertrieben halt.
	Anstrengung durch ständiges Anpassen	Z. 263-264	Also das ist auch etwas, was mir noch heute oft passiert was, ähm, was ja das ist sicher aus dem entstanden, dass ich so viele negative Erfahrungen gemacht habe was und mich dann mega fest/ also meinen

			ganzen Alltag was versucht an dem zu orientieren was ich meine dass mir diese Sachen nicht passieren Sachen zu vergessen oder zu spät zu kommen»
Anliegen der Betroffenen	Wunsch an Schule	Z. 265-270	
	Wunsch nach Früherkennung	Z. 271-278	«hätte mir im Nachhinein „megafest“ gewünscht, dass eigentlich eben schon auch in der Schule also zum Beispiel schon in der zweiten Klasse/wie mal dass dieser Aspekt man auch mal angeschaut hätte weil es war einfach immer so, dass man gesagt hat ja sie kann sich ja schon auch
	Wunsch nach Wachsamkeit vom Fachpersonal in der Schule	Z. 280-286 & Z. 290-292	konzentrieren und sie passt sich mega an und sie ist nicht böse mit

			ihren Mitschülern, sondern sie ist ja eigentlich schon auch ein angenehmes Kind und
	Wunsch nach positiver Bestärkung abseits der Normen	Z. 428-432	dann hat sie sicher jetzt kein ADHS etc. Und ja ich bin mir schon sehr sicher das hätte mir schon sehr viel geholfen und einfacher gemacht, wenn ich den dann zumal schon die Diagnose gehabt hätte, weil jetzt habe ich auch Medikamente,
	Wunsch nach weniger Stigmatisierung	Z. 300-303	die ich jetzt nehmen kann die mir sehr viel helfen schon allein die helfen mega und wenn ich mir denke ich hätte das schon damals gehabt dann hätte ich vielleicht nicht meine ganze Schulzeit verschlafen.»

	Wunsch nach Skills Entwicklung	Z. 320-325	
	Wunsch nach mehr Zeit für Skillsentwicklung	Z.332-333	
	Wunsch nach Früherkennung im Schulsystem	Z. 338-347	
	Wunsch nach Hinterfragen überangepassten wirkenden Verhaltens	Z. 394-401	
	Wunsch nach Thematisierung und Informationsaneignung von Fachleuten	Z. 406-412	
	Wunsch nach Wachsamkeit negativer Bewältigungsstrategien	Z. 404-406	
Symptome	Mühe mit Autorität	Z.11-13	
	Schwierigkeit der Emotionsregulierung im jungen Alter	Z. 23-27	«Reizfilter, den ich nicht entwickelt habe ist es wie auch logisch dass es mich auch schnell zu viel werden kann wenn zum

			Beispiel viele Menschen in einem Raum sind und dass ich dann auch schnell überfordert bin in diesen Situationen»
	Verträumtheit	Z. 28-31 & Z. 139-140	
	Wutanfälle, Emotionsregulierung	Z. 24-38	«habe schon dann in den Praktika gemerkt dass einfach mega viele Sachen viel schwieriger sind als für andere aber auch dass gewisse Sachen für mich viel einfacher sein können als für andere also ich sag es»
	Braucht länger als andere durch Ablenkbarkeit	Z. 40-41	«Also immer sobald ich etwas gekannt habe oder
	Dopamin- Mining	Z. 358-363	das Gefühl hatte jetzt bin ich im System drin und jetzt weiss ich wie der laden läuft, hat sich wie/

			es wurde einfach so langweilig für mich ähm dass ich wie einfach möglichst weg wollte einfach etwas Neues wollte etwas Aufregendes ja ich weiss auch nicht (lacht).»
	Hyper- und Hypofokus	Z. 42-47 & Z. 185-188	«Ähm... ja und dann in der Schule war es so, dass ich halt «mega» Mühe hatte mit Hausaufgaben. Ich habe nie Hausaufgaben gemacht und so ich habe auch immer mein Zeugs zu Hause vergessen so Bücher und Hefter.»
	Vergesslichkeit	Z. 50-54	
	Veränderung der Symptomatik	Z. 84-85	
	Inneres Kribbeln	Z. 111-116	

	Reizfilter weniger entwickelt	Z. 223-226	
	Positive Symptome	Z. 419-422 Z. 424-427	

Person D

Kategorie	Code	Zeilen	Ankerbeispiele
Spät diagnose	Vermutung von ADHS ab Studium	Z. 27-28	«Und ja, so ein bisschen zum Lebensweg, es war auch einfach schon relativ früh recht klar, wenn man darauf geschaut hätte, aber es war halt wie, glaube ich, dann nicht so ein Thema»
	Ignoranz von Frühanzeichen	Z. 33-36	
	Abklärung mit 32 Jahren	Z. 44-45	«Aber Sachen, die man langfristig aufnehmen sollte, das ist «mega» schwierig. Dort hilft es mit den Medis «mega». Dort hilft es sehr, wenn es einfach mal still ist. Und du kannst dem Inhalt zuhören und nur DEN aufnehmen»
	Durch internalisieren der Hyperaktivität, ADHS nicht klar sichtbar	Z. 132-136	
	Medikamente als «Gamechanger»	Z. 164-169	
	Medikamente entlasten nach der diagnosesstellung	Z. 255-257	«Sonst passiert in einem Schulzimmer in einer Minute so 100 Sachen. Du sitzt da und das Tram fährt vorbei überall reden Leute, dann hat es ein Geräusch von einem Beamer etc. Mit dem Ritalin ist es so still. Dann ist der Mensch vorne, der redet, und alles andere ist weg. Das tut mich körperlich so entspannen»
	Nach Diagnose: Medis helfen bei Reizüberflutung	Z. 257-263	
	Nach Diagnose: körperliche Entspannung durch Medis	Z. 263-264	

	Spätdiagnose durch Nicht-Wissen	Z. 277-287	
	Nach der Diagnose: Medizin helfen bei alltäglichen Einschränkungen	Z.407-409	
Stigma	Banalisieren von ADHS	Z.184-186	«Es war immer so, «oh nein, das Kind hat wieder eine Störung». Und alle haben ein wenig Angst vor mir» «Von meinen Eltern hat niemand eine Ahnung, was das eigentlich ist. Oder sie stellen sich das Klassische vor. Irgendwie so diese Jungs, die so unruhig sind und stören und immer reden, um Aufmerksamkeit zu bekommen. Sie haben diese Vorstellungen.»
	Krankhafte Darstellung von ADHS	Z. 186-188	
	Vorstellung des Zappelphilips von den Eltern	Z. 190-193	
	Pathologisierung von ADHS	Z. 227-229	
Leidensdruck	Grosse Anstrengung, um im Gymnasium durchzukommen	Z. 112	«Und ab der Ausbildung und ab dem Studium kam der Leidensdruck» «Das Studium und die Weiterbildung waren ein Horror. Es war wirklich so anstrengend»
	Körperliche Beschwerden durch ADHS-Symptome	Z. 172-181	

	Zunahme des Leidensdrucks ab der Ausbildung	Z. 203-204	<p>«Ich hatte Migräne und ich brauchte die Brille, weil ich vorlauter Konzentration so eine Sehstörung bekommen habe, und man hätte mir gesagt ich bin kurzsichtig und dann nach dem Studium habe ich die Brille gar nicht mehr gebraucht, weil ich mich nicht mehr so fest konzentrieren musste.»</p> <p>«Ich habe mich so geschämt. Und ich denke ich habe viel als Kind nicht gecheckt, wie ich aufs Aussen wirke. Ich war in meiner Welt und habe mir gar nicht überlegt, wie ich es für die anderen mache. Das war das erste mal wo man es mir gesagt habe und habe mich geschämt»</p>
	Ressourcen kompensieren den Leidensdruck	Z. 211-215	
	Anstrengung durch Konzentrationsschwierigkeit	Z.249-252	
	Grosse Anstrengung durch Reizüberflutung	Z.264-267	
	Scham Realisierung Wirken aufs äussere	Z. 286-301	
	Körperliche Auswirkung auf innere Unruhe, Übelkeit und Müdigkeit	Z. 332-337	
	Innere Unruhe bei langweiligen Sachen	Z. 338-343	
	Bewusstsein von Einschränkungen in Administrativen Erledigungen	Z. 390-407	

Symptome	Einschränkung durch Symptome zum ersten Mal bewusst ab Ausbildung	Z. 18-23	«und ich war nur aggro und habe Zeug rum geschossen oder «mega» ausgerastet»
	Schwierigkeiten bei Emotionsregulation	Z. 40-44	«Und das sind alles so Sachen ja/ Ich habe 80% der Dinge nicht mehr mitbekommen. Weil ich war irgendwo anders. Ich habe einfach viel geträumt»
	Desinteresse	Z. 67-71	
	Konzentrationsschwierigkeiten	Z. 71-73	«Und darum zu Hause hat man dann auch gemerkt vor allem wenn ich «hässig» geworden bin/ wenn ich wie / ich hatte viele Tobsuchtsanfälle.»
	Wutausbrüche zu Hause	Z. 76-77	
	Verträumtheit	Z. 82-94	
	Tobsuchtsanfälle	Z. 95-105	
	Hypofokus	Z.105-107	
	Impulsivität	Z. 118-121	«Das war immer eine innere Unruhe, die ich immer gehabt habe.»
	Innere Unruhe	Z.121-123	
	Mühe mit Autorität	Z. 137-138	«Dann hatte ich schwere Konzentrationsstörungen»
	Desorganisation	Z. 147-150	

	Prokrastinieren	Z. 409-413	
	Symptome verbergen	Z. 36-37	
	Umgang mit Hypofokus	Z.110-111	Dann hatte ich impulsive Anteile. Innere Unruhe hatte ich sicher. (...) Temperament ist ja
	Durch negative Rückmeldung von LP hat sich Hyperaktivität internalisiert	Z. 124-129	eine Skala. Und ich bin dauernd ausgerastet. Desorganisation. Ich habe ich nie etwas dabeigehabt. Ähm, Ich habe immer das»
	Strategie entwickelt, um Hyperaktivität nicht nach aussen zu zeigen	Z. 129-131	«Ich schiebe alles sehr stark auf. Ausser es geht um Leben und Tod. Sonst mache ich es
	Gleichgültigkeit als Strategie	Z. 150-155	einfach nicht»
Bewältigungsstrategie/Maladaptation	Gleichgültigkeit im Alltag	Z.208-211	
	Vermeidung von nicht interessanten Inhalten	Z. 243-246	«Und ich habe es auch sehr schnell gelernt, wie nicht zu zeigen.»
	negative Rückmeldung der LP in erster Klasse verinnerlicht	Z. 301-306	
	Neuer Umgang seit Diagnose	Z.368- 374	«Ich fand es sehr langweilig und Ich «trümmelte» auf meinen Knien und habe gesungen. Meine Lehrerin hat mich «Mega
	Optimierung der Strategien nach Diagnose	Z. 389-390	zämägschisse». Sie sagte zu mir: «hey XY das interessiert

			hier niemanden, was du hier machst». Und ab dann habe ich es gegen innen angefangen zu drehen. Und da habe ich immer Strategien angewendet. Ich habe die Zehen, Knie und Arsch angespannt und dann wieder retour und in allen Reihenfolgen. So dass es nicht nach aussen geht»
	Unterstützung für die überforderten Lehrpersonen	Z. 197-203	
	Wunsch nach innerer Ruhe in der Schule	Z. 220-223	
	Wunsch nach Unterstützung in der Emotionsregulierung	Z.225-227	
	Wunsch nach emotionaler Begleitung und alternative Ausdrucksmöglichkeiten	Z. 229-233	
Anliegen der Betroffenen	Besseren Austausch zwischen Schule und Eltern	Z. 234-236	
	Wunsch nach Früherkennung	Z. 170-172	
	Wunsch nach Erkennung der Anzeichen in der Schule. Extreme Unterschiede der Noten	Z. 267-276	
	Wunsch nach alternativem Umgang mit Symptom	Z.312-318	
			Ja also schon mal das Mediz wäre sehr «gäbig» gewesen, eben so in der Schule, dass ich mal in allen Fächern hätte zuhören können. Oder, dass es einfach mal eine innere Ruhe hätte geben können. Dass du nicht am Pult

			hockst und denkst, du verbrennst jetzt innerlich. Dass ich mehr präsent hätte sein können. Das wäre sicher schön gewesen.
	Wunsch die positiven Seiten aufzuzeigen von ADHS	Z. 380-383	Ich hätte sicher Unterstützung brauchen können, wenn jemand mal angeschaut hätte, warum das Kind die ganze Zeit ausrastet.»
	Wunsch nach besserer Information über ADHS	Z. 418-427	«Oder mir wäre es glaube ich wichtig, dass die Schulen ihre Kinder darüber sensibilisieren. Was es ist und was es nicht ist. Das ist wichtig. Dass die Fachleute
	Wunsch nach Sensibilisierung in Schulen	Z. 427-429	mehr gezielt über das Thema geschult werden. Ja und genau die, die das Lernen, wie die Sozialarbeit also Schulsozialarbeit, mit den Leuten die sie zu tun haben, und wissen um was es geht. Dass sie mit denen Kontakt haben. Viele werden über neuropsychologische Testungen abgeklärt.
	Wunsch nach Schulung der Fachleute im Schulsystem	Z. 429-435	Das kannst du gar nicht. Es gibt noch solche Dinge, die Fehler im System sind.» «es wäre schön gewesen, wenn jemand mit mir

			ausgehalten hätte mir helfen können diese Gefühle zu benennen. Ich war ja nicht wütend oder böse. Wenn jemand mal ein Wort finden würde, für was ich fühle, dann hätte ich einen besseren Umgang gefunden als DAS»
--	--	--	--

Person E

Kategorie	Codes	Zeilen	Ankerbeispiele
Spätdiagnose	Keine Hinterfragung der aufgeweckten Art als Kind	Z.18-Z.19	«Und ja jetzt im Nachhinein weiss ich habe ja keine Depressionen gehabt aber es war wieder an mir nicht klar gewesen. Ja irgendwie hab ich mir nie Gedanken gemacht und ich habe auch nie hinterfragt dass es keine Depression ist» «ich habe dann wie verstanden das ist ja auch ein Grund hat warum ich das manchmal nicht kann und das ist ok das ist nicht geht. Und ich habe mich besser akzeptieren können quasi» «Das hätte mir viele Jahre und schwierige Jahre gespart. Ich musste selber Strategien
	Als Kind keine Hinterfragung des eigenen Stress	Z.33-Z.35	
	Fehlende Hinterfragung der Diagnose Depression	Z.243-Z.247	
	Erstes Mal Symptome Therapeutin im Studium aufgefallen	Z.256-Z.258	
	Analyse und Aufklärung der Symptome durch Therapeutin	Z.268-Z.271	
	Drängen der Therapeutin für Diagnose	Z.280-Z.286	
	Entscheidung für Diagnose und Hyperfokus	Z.290-Z.301	
	Erklärungen für gewisse Situationen im Leben gefunden durch Diagnose	Z.305-Z.313 Z.342-Z.350	
	Reue der Mutter	Z.319-Z.321	
	Klare Diagnose während Studienzeit	Z.321-Z.326	

	Auch überrascht über Diagnose	Z.326- Z.330	erarbeiten. Es geht über Ewig, es ist ein bisschen Try and Error gewesen ist. Wenn ich dann gewusst hätte schon, was es ist, und in eine Therapie gekommen hätte, und mir jemand sagte, wir kennen das. Es wäre viel einfacher gewesen.»
	Selbstakzeptanz aufgrund Diagnose	Z.354- Z.359 Z.405- Z.408	
	Dilemma ob für oder gegen eine Diagnose	Z.386- Z.394 Z.398- Z.401	
	Mehr Behandlungsmöglichkeiten und Therapiemöglichkeiten durch Diagnose	Z.396- Z.398 Z.455- Z.460	
	Harter und langer Weg bis zur Diagnose	Z.485- Z.490	
Stigma	Nur Kernsymptome bekannt: Hyperaktivität, Impulsivität und Ablenkbarkeit	Z.172- Z.176	«Na eben die offensichtlichen Symptome sind mir wie bewusst gewesen. Aber so so viele Sachen, welche auch nicht in der Diagnosen-Kriterien stehen und auch nicht bei den Screening Fragebögen und Diagnoseinstrumente welche eher für Männer ausgelegt sind»
	Fehlende Erweiterung der Symptomatik in den Screening-Fragebögen und Klassifikationssysteme	Z.275- Z.280 Z.303- Z.305	
	Stigmatisierung durch Umfeld "alle haben AD(H)S"	Z.337- Z.342 Z.344 Z.360- Z.361	

	Stigmatisierung einer Diagnose in der Gesellschaft	Z.402-Z.404	«Was ich noch sehr wichtig finde ist, dass nicht jedes aktive Kind in die ADHS Abklärung schickt werden soll. Das finde ich schon doof. Solange man nicht über einen Leidensdruck spricht, lässt man die Kinder, Kinder sein» «Man muss sich immer bewusst sein, dass das Umfeld nicht so reagieren wird, wie man es wünscht. Dementsprechend, auch nicht die Lehrpersonen, es gibt immer wieder Leute/sehr nervig/ die denken, jetzt nimmst du das ADHS als Entschuldigung»
	Der Zappelphillip als typisches Bild von AD(H)S	Z.467-Z.468 Z.474-Z.477 Z.512-Z.513	
	Einseitiger Blick auf AD(H)S in der Forschung und fehlende Aufklärung	Z.505-Z.506 Z.471-Z.474	
	Stigmatisierung des Umfelds und der Lehrpersonen auch bei einer Diagnose	Z.558-Z.566	
Leidensdruck	Stress bei sozialen Situationen den Erwartungen der anderen nicht zu entsprechen	Z.23-Z.27	«Nicht im Sinne von sozialer Angst, sondern mehr so, ähm, im Sinne von, was,

	Stress bei sozialen Aktivitäten und Interaktionen	Z.30-Z.33	wenn ich wie, diesen Erwartungen nicht entspreche. Und wieso können das alle und ich nicht. »
	Stress und Überforderung im Gymnasium mit Leistungssport und Schule	Z.59-Z.66 Z.71-Z.72 Z.84-Z.86	«Und ja dann halt
	Grösserer Aufwand in Schule, weniger Zeit ein Kind zu sein	Z.103- Z.104	eben auch das soziale, ich habe irgendwie einen Anschluss zu Freunden gehabt
	Trotz sozialer Anschluss, nie dazugehörig gefühlt	Z.136- Z.138 Z.142- Z.144	aber habe mich trotzdem nie wirklich zugehörig gefühlt»
	Grösserer Aufwand in Schule um Durchschnittsnoten zu erreichen	Z.161- Z.163	«Ich meine, meine Studienfreundinnen haben ja auch angefangen zu arbeiten
	Frühere Strategien funktionieren beim Arbeiten nicht mehr	Z.181- Z.190	und klar es ist schon etwas Neues am Anfang aber sie hatten es nicht so schwierig
	Grosser Energieverbrauch für Arbeit	Z.190- Z.197	und harzig wie ich. Meine Freundinnen
	Trennung Freund	Z.197- Z.199	sind klar gekommen und haben nicht gelitten und ich, ich
	Stress beim Freudentreffen aufgrund Anpassung	Z.210- Z.214 Z.219- Z.222	habe gelitten»

	Trotz Erfolg im Studium, währenddessen gelitten	Z.263-Z.265	«Mir tut es gut darüber zu reden mit anderen. Aber ja, sag mal jemandem: hey ich bin immer sehr erschöpft und mir geht es auch sehr schlecht. Dann sagen sie mir, dass ich ein bisschen mehr schlafen soll und dass ich mir ein Wellnesswochenende geben kann. Ja, Vielen Dank»
	Mehr Überstunden beim Arbeiten als andere	Z.366-Z.367	
	Eigene Strategie verringert Freizeit	Z.425-Z.428	
	Lange Zeit das Leben als anstrengend empfunden	Z.433-Z.442	
	Schwierigkeiten über Leidsdruck zu sprechen	Z.449-Z.455	
	Jeden Tag im Gymnasium geweint	Z.477-Z.479	
	Hänseleien aufgrund von Tic mit den Augen	Z.546-Z.549	
Symptome	Viel Energie	Z.16-Z.18 Z.147-Z.148	«Zum einen funktioniere ich «mega» gut sozial, ich kann es sehr gut, ich kann mit anderen etwas reden und ich komme immer irgendwie in eine Gruppe, gut klar. Und gleichzeitig hatte ich schon als Kind immer recht Stress gehabt»
	Zwischen sozialkompetent und Stress bei Interaktionen	Z.20-Z.23	
	Konzentrations-schwierigkeiten, impulsiv und unruhig in Schule	Z.51-Z.54	
	Stimmungsschwankungen	Z.79-Z.80	

		Z.425- Z.437	«Mein Zimmer ist wirklich ein Schlachtfeld gewesen und meine Eltern haben immer gesagt «räum doch auf», was für mich aber wie kein Sinn gemacht hat. Und so lange es für mich keinen Sinn gemacht hat, habe ich es auch nicht gemacht. Ähm und ich bin mit dem Chaos wunderbar zurecht gekommen» «Ich habe einfach auch viel länger für alles als alle anderen also zum Beispiel auch das Bad zu putzen. Es kostet mich dann den ganzen Freitag mein freier Tag. Trainieren, putzen, Duschen, Haare machen, hat mich einen Tag gekostet»
	unorganisiert	Z.92-Z.93	
	Vergesslichkeit bei Prüfungen, Hausaufgaben	Z.97-Z.102 Z.105- Z.106	
	Chaotisch	Z.109- Z.115	
	Hat länger für alles als andere	Z.422- Z.425	
	Tic mit Augen und weitere	Z.544- Z.547	

Bewältigungsstrategie/Maladaptation	Sport gab Struktur und soziale Zugehörigkeit	Z.39-Z.45	«Und von diesem Zeitpunkt an bin ich immer sehr strukturiert geworden. Also meine Wohnung, ist immer alles perfekt. Meine Freunde sagen immer es ist wie ein IKEA-Ausstellungsmodell, ja es ist halt alles an seinem Platz und mich stresste es auch wenn es ein Chaos ist und ja man könnte jetzt sagen, dass es fast schon wieder ungesund ist.»
	Perfektionismus und Überstrukturierung als Kompensation im beruflichen und alltäglichen	Z.108-Z.109 Z.115-Z.119 Z.123-Z.129 Z.331-Z.335 Z.364-Z.366 Z.411-Z.415	
	Strukturiertheit in Schule mithilfe Agenda	Z.133-Z.136	
	Eigene Lernstrategien, früher angefangen als alle anderen	Z.149-Z.159 Z.176-Z.179	
	Anpassung an Freundesgruppen und andere	Z.203-Z.210 Z.214-Z.216	
	Späteres reflektieren der Anpassung an andere	Z.313-Z.318	
	Selbst gezwungen anderen zuzuhören, um nicht aufzufallen	Z.350-Z.353	
			«Und ja da habe ich mein Leben einfach angepasst. Ich habe viel früher als die anderen angefangen zu lernen, damit ich einfach durchkommen kann»
			«Und da hab ich wie gemerkt/Nein nicht gemerkt es war mir nicht mega bewusst. Aber ich habe mich

	Anderen Symptome nicht aufgefallen aufgrund eigener Kompensation	Z.361- Z.363	immer ein wenig verstellen müssen. Und das ist einerseits noch «gäbig» weil ich kann mich an jede Freundesgruppe anpassen ich könnte jetzt mit Links und Rechtsexremen sprechen auch wenn keines von beidem meine Einstellung ist aber ich könnte mich mit ihnen unterhalten und ich kann wie jede Person handeln»
	Vielen Bereichen fehlen Strategien	Z.415- Z.421	
	Überspielen des Leidendrucks	Z.442- Z.449	
Anliegen der Betroffenen	Aufklärung in der Schule für Eltern und Kinder	Z.466- Z.471 Z.480- Z.484	«Wenn sie die Infos gehabt hätten, könnten sie in diese Richtung gehen. Dann hätten sie mehr die verschiedenen Symptome, die nicht in den Diagnosen Kriterien stehen, wahrnehmen können» «So gemischte Veranstaltungen, wo jemand etwas zum therapeutischen
	Informationsveranstaltungen und Psychoedukation	Z.495- Z.505	
	Schulung und Aufklärung Lehrpersonen	Z.506- Z.511 Z.562- Z.568	
	Keine zu frühe Zufriedenstellung der Mädchen	Z.514- Z.518	

	Social Media Seiten als Aufklärungsorte	Z.520- Z.523	Aspekt sagen kann, jemand etwas zur Alltagsfunktionalität, vielleicht zu den Medikamenten, oder überhaupt/ zum Neuroaspekt. Einfach so erklären was da so geht. Beispielsweise erklären, dass dein Kind nicht faul ist wenn es nicht aufstehen kann das kannst du nicht sagen. Deine Kinder können nicht aufstehen. Sie würden gerne, aber es geht nicht» «Aber hier finde ich eben wichtig, wenn du siehst, dass die Kinder leiden, dann lieber zu früh als zu spät»
	Möglichkeit zur offener Kommunikation	Z.539- Z.542 Z.549- Z.554	
Komorbidität	Mit 15 Jahren erste Major Depression	Z.82-Z.84	«Aber wenn du findest, Depressionen erklärt alles, mit Bestimmtheit, dann nimm das. Aber wenn du das Gefühl hast es ist noch viel mehr dahinter. Dann
	Depressive Phasen	Z.224- Z.226	
	Essstörung entwickelt aufgrund Gewichtszunahme	Z.230- Z.236	

	Esstörung und Depression Komorbiditäten von ADHS	Z.236- Z.243	bleib dran. Es ist bekannt, Frauen mit ADHS bekommen mindestens zwei Diagnosen vor der korrekten Diagnose. Man gibt sich dann einfach zufrieden. Ja man vertraut halt auch sehr in das Fachpersonal, ist ja gut»
	Erfüllung der Diagnose Kriterien für Depression	Z.247- Z.248 Z.479- Z.480	
	Langer Weg mit Fehldiagnosen aufgrund Komorbidität von AD(H)S	Z.523- Z.529	
	Eigene Hinterfragung bei der Diagnose Depression	Z.532- Z.539	

Person F

Kategorie	Codes	Zeilen	Ankerbeispiele
Spätdiagnose	Diagnose mit 29 Jahren	Z.11-Z.13	«Das macht mich sehr perplex, dass es so weit kommen muss. Dass man so lange damit auskommen muss, man weiss nicht, was es ist oder wieso es ist und so weiter. Und dass es dann auch zur Folge hat, dass man ganz andere Krankheiten zusätzlich entwickelt» «Ich bin vor der Diagnose gesessen, und dann habe ich einfach zuerst wirklich, ich bin sehr baff gewesen, ich habe nicht damit gerechnet, ich bin wirklich da-von ausgegangen, es kommt negativ zurück. Das ist immer die Überzeugung gewesen. Und dann bin ich zuerst nicht happy gewesen. Weil ich gedacht habe, noch etwas mehr. Und die
	ADHS Abklärung aufgrund Drängen Psychiaterin	Z.17-Z.20 Z.36-Z.38	
	Ohne die bipolare Störung wäre AD(H)S nicht aufgefallen	Z.20-Z.24	
	Diagnose als unangenehme Überraschung	Z.40-Z.42 Z.53 Z.318- Z.324	
	Reue der Mutter nichts gemacht zu haben	Z.130- Z.135 Z.422- Z.425	
	Langer Weg in Ahnungslosigkeit bis zur Spätdiagnose	Z.140- Z.153	
	Zuerst unglücklich über Diagnose auch über späten Zeitpunkt	Z.324- Z.329	
	Dankbar über Diagnose und Medikation	Z.340- Z.344 Z.347- Z.350	
	Lieber spät als nie eine Diagnose	Z.429- Z.432	
	Auffallen der Symptome erst durch Selbstständigkeit	Z.527- Z.531	

	Bemerken der Symptome durch Psychiaterin	Z.758-Z.760	<p>erste Frage, die ich mir natürlich schon auch gestellt habe, wieso erst jetzt? Was ist noch zusätzlich in meiner Kindheit und Jugend so schief gelaufen, dass man das damals nicht gemerkt hat?»</p> <p>«Dann habe ich gemerkt, es ist sehr wichtig gewesen, dass ich die Diagnose bekam. Das Concerta/ wo das Concerta ja auch rechtfertigt, und mir schlussendlich extrem viel Lebensqualität nochmals zusätzlich zum Medikament fürs Bipolare gegeben hat»</p>
	Hartnäckigkeit der Psychiaterin bei den Symptomen	Z.776-Z.777	
Stigma	Nicht Symptome wie Unruhe, Hyperaktivität und laut sein gezeigt	Z.32-Z.36	<p>«Ich denke dass das schon korreliert mit dem Bild, das man von Mädchen und Frauen hat, dass ein Junge, der in einer Schule wild ist, das ist normal.</p>
	Eigene Vorstellung von AD(H)S: ein hyperaktives Kind	Z.53-Z.55	
	Vorstellung der Lehrpersonen: ein AD(H)S Kind kann keine gute Noten haben	Z.89-Z.92	

	Stigmatisierung der Geschlechterrollen: ein Junge ist laut/ ein Mädchen ruhig	Z.110- Z.119 Z.826- Z.827	Man tut ihm schon zurechtweisen und sagen er soll mal stillsitzen, aber wenn er es nicht
	AD(H)S nicht in Betracht gezogen aufgrund des Geschlechts	Z.138- Z.140	kann, dann ist es wie eben normal, es ist ein Junge. Ein
	AD(H)S als Jungenkrankheit	Z.550- Z.551	Mädchen wird von Anfang an wieder
	Schwierigkeit der Rolle als Mädchen/Frau in der Gesellschaft	Z.803- Z.805	darauf eingetrichtert, dass du ein Mädchen bist, du musst dich doch ruhig verhalten und zahm sein, sonst bist du ja kein Mädchen» «Du hast ADHS plus du bist ein Mädchen. Du kannst ganz vieles nicht»
Leidensdruck	Schlafstörungen von klein bis Erwachsenenalter	Z.64-Z.66 Z.81-Z.84 Z.127- Z.130 Z.173- Z.174	«Das «Knorz» bis zum geht nicht mehr. Ich konnte einfach nicht mehr. Ich bin wirklich fertig gewesen»
	Psychisch am Ende im Studium	Z.163- Z.164	«Es ist eine Reiz-
	Ausgebrannt und überfordert beim Arbeiten durch hohe Reizüberflutung	Z.199- Z.207	überflutung, zu viel, keine Chance. Total

		Z.264- Z.267 Z.291- Z.297	apathisch am Abend, wenn ich nach Hause komme, nicht ent- scheidungsfähig,
	Überflutung durch Reize im Alltag	Z.232- Z.235	appetit-los, total wie eine Depression, so
	Reizüberflutung beim Arbeiten trotz Medikation	Z.244- Z.246	punktueller Erschöp- fung»
	Zusammenbruch mit 17 Jahren	Z.377- Z.379	
	Zeit am Abend im Bett als Fluchttort	Z.406- Z.411	«Es ist eigentlich tatsächlich/ für mich ist Schlafen unwich- tig gewesen. Ich bin so durch die Hölle,
	Konnte keine Leistung mehr im Stu- dium vollbringen	Z.413- Z.414	durch den Tag durch, dass der Abend die Zeit für mich gewesen ist, meine eigene Welt zu kreieren. In die ich flüchten konnte.
	Überforderung bei Selbstständigkeit im Erwachsenenalter	Z.477- Z.492 Z.524- Z.527	Wieso schlafen? Spinnt ihr. Jetzt kann ich mit mei- nem Teddybär re- den»
	Hilflosigkeit bei keiner Kontrolle über Fokus	Z.520- Z.522	
	Verzweiflung durch Eigenversagen	Z.547- Z.548	
	Gefühl von Einsamkeit	Z.725- Z.730	
Symptome	Viel Energie, als Säugling viel ge- schrien	Z.61-Z.64	«Ich bin als Kind in- nerlich extrem unru- hig gewesen. Nicht gegen aussen so
	Innere Unruhe und viel Fantasie	Z.120- Z.127	

	Reizüberflutung als Sinneswahrnehmung	Z.207- Z.209	offensichtlich, aber innen extrem unruhig. Ich hatte ein wildes Fantasieleben. Also eine Imagination durch beide Ohren heraus. Meine Eltern haben nicht gewusst, wie ich auf die Geschichten komme, die ich mir eingebildet habe»
	Reizüberflutung anhand Metapher erklärt, alles wirkt gleich wichtig	Z.225- Z.232	
	Konzentrationschwund bei Reizüberflutung	Z.235- Z.244	
	Hyperfokus	Z.499- Z.509	
	Probleme beim gezielten Abrufen von Infos	Z.509- Z.511	
	Langeweile bei monotonen Aufgaben	Z.513- Z.515 Z.789- Z.793	
	Andere Wahrnehmung als andere	Z.726- Z.729	
	Vergesslichkeit	Z.763- Z.765	
Abgelenkt während Gesprächen	Z.771- Z.773	zwischen Blattpapier und meiner Nase fünf Stunden lang ein archäologisches Fundstück mit Punktiertechnik zeichnen. Und nicht merken, dass fünf Stunden vorbei gehen»	
Bewältigungsstrategie/Maladaptation	Erlernte Disziplin, Fokus und Konzentration	Z.71-Z.76	«Also es sind dann auch so Methoden

	Nicht aufgefallen und Anpassung in Schule	Z.86-Z.87 Z.439- Z.453	zustande gekommen, die dazu geführt haben, dass ich mich so darstellen konnte, als das Kind, das alles kann, perfekt ist, sehr wohl versteht, was es lest und so weiter, und einfach Top-Noten macht» «Ich habe vieles einfach so zurechtgelegt, dass es niemand bemerkt, meine innere Unruhe und die ganzen Schwierigkeiten, die ich habe» «Aber ich habe gearbeitet, hart gearbeitet für meine guten Noten. Sehr schwer gekämpft. Und sehr viel Energie investiert in so ein in ein Bildaufrechterhalten von der Schülerin, die
	Verdecken der Lernschwierigkeiten	Z.92-Z.94	
	Lernstrategie in Schule um grösseren Aufwand dahinter zu verdecken	Z.97- Z.109 Z.439- Z.442	
	Vieles zurechtgelegt, dass die Probleme niemandem auffallen	Z.136- Z.138	
	Lerncoaching als Strategie im Studium	Z.181- Z.191	
	Gute Noten als Verdeckung der Probleme	Z.372- Z.273 Z.442- Z.445	
	Grösserer Aufwand in Schule als andere	Z.445- Z.453	
	An Erwartungen zuhause angepasst	Z.459- Z.462	
	Routinen als Strategie für Fokus	Z.467- Z.469 Z.472- Z.475	
	Harter Sport als Kompensation	Z.492- Z.498	
Anpassung der Mädchen/ Frauen an Strukturen und Gesellschaft	Z.531- Z.533		

		Z.540- Z.547	einfach da schnell Antworten aus dem Ärmel schüttelt»
	Verdrängen	Z.613- Z.618	
	Strukturierung durch Agenda als Kompensation	Z.736- Z.745 Z.748- Z.750	
Anliegen der Betroffen en	Unterstützungsbedarf bei diversen Themen wie Mobbing, Suizidalität, Vater Alkoholiker	Z.356- Z.371	«Vielleicht hätte ich mir da wünschen können, dass die Therapeuten, die ich schon vorher hatte, die mich meh- rere Jahre thera- piert haben, dass diese vielleicht auf die Symptome auf- merksam geworden wären»
	Frühere Diagnose während Studium	Z.381- Z.387	
	Unterstützende Familie und Umfeld	Z.389- Z.396	
	Wunsch nach unterstützender Be- gleitperson während schweren Zeit	Z.548- Z.550	
	Enge Zusammenarbeit Eltern und Fachstellen	Z.554- Z.556	
	Schulung und Verantwortungsüber- nahme der Lehrpersonen mithilfe Fachstellen	Z.569- Z.572 Z.576- Z.580	«Ich könnte mir gut vorstellen, dass Lehrpersonen, die während der Schul- zeit fünf Tage in der Woche sehr nahe bei den Kindern sind, helfen können. Sie sehen alle
	Genug Anlaufstellen bei Schule für Kinder, Eltern und Lehrpersonen	Z.581- Z.586	
	Raum zum Sprechen für Kind	Z.589- Z.594	

	Sensibilisierung und Schulung bei Lehrpersonen	Z.597- Z.600	Kinder gleichzeitig. Da kann ja ein Vergleich stattfinden» «Aber ein Kind, das das Gefühl hat, ich werde gehört, die sind da, um mir zuzuhören. Und dann auch wirklich etwas sagen kann. Das kann einen grossen Unterschied machen»
	Hoffnung zu positiven Veränderung von Fachstellen	Z.620- Z.622	
	Informationen über Nachteilsausgleich	Z.641- Z.643	
	Informationen über Hilfeleistungen	Z.645- Z.651	
	Erweiterter Blick von Fachpersonen auf andere mögliche Diagnosen	Z.652- Z.667	
	Mehr geschützte Räume für Peer-Groups	Z.669- Z.673	
	Unterstützung während Studium	Z.680- Z.691	
	Andere Bedingungen bei AD(H)S	Z.693- Z.696	
	Geschützter, abgelegener Raum als Unterstützung in Schule	Z.699- Z.707 Z.714- Z.715 Z.720- Z.722 Z.730- Z.734	

	ADHS als Bereicherung sehen	Z.806- Z.807	
	Hilfe holen als Tipp für Mädchen	Z.819- Z.823	
Komorbidität	Lange in Therapie für Bipolare Störung	Z.14-Z.17 Z.85	«Die Symptome von ADHS sind wie ähm abgedeckt oder ver-schleiert worden von diesem Bipola-ren irgendwie» «Ja die innere Un-ruhe ist halt auch schneller mal/ das korreliert auch sehr schnell mit dem Bi-polare. Das sind lei-der zwei Dinge, die sich doch auch sehr nahe sind»
	Verschleierung der ADHS Symptome durch andere Krankheiten	Z.24- Z.25	
	Schlafstörungen	Z.81-Z.84	
	Erleichterung durch Diagnose bipo-lare Störung mit 21 Jahren	Z.302- Z.308	
	Bulimie	Z.337- Z.338	
	Ähnliche Symptomatik bei AD(H)S und bipolare Störung	Z.403- Z.405	
	Symptombekämpfung bei bipolarer Störung	Z.414- Z.419	
	Depression	Z.761- Z.763	
	Stressquellen im Studium für Bulimie und Bipolare Störung	Z.778- Z.785	