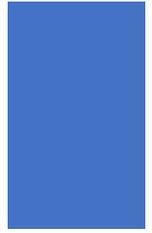


Hochschule Merseburg, Fachbereich Soziale Arbeit, Medien, Kultur  
ISP Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapie  
Grossmünsterplatz 6  
8001 Zürich



Masterarbeit

# ADHS und SEXUALITÄT

Aspekte der Paarsexualität im Kontext einer ADHS-Diagnose

Zur Erlangung des akademischen Grades  
Master of Arts Sexologie

Vorgelegt von

Manuela Kurz



Matrikelnummer: 28108

Master of Arts Sexologie IV

Erstgutachter\*in: Ben Kneubühler

Zweitgutachter\*in: Prof. Dr. Harald Stumpe

Abgabedatum: 29. Juli 2024

## Vorwort

Die ADHS ist meine persönliche Superkraft, die mich mit viel Energie, Kreativität und Impulsivität durchs Leben und ebenso intensiv durch die Sexualität begleitet.

Da die ADHS bereits im Alltag herausfordernd sein kann, stellt sich die Frage, wie sie sich in der Paarsexualität von diagnostizierten Erwachsenen gestaltet. Ein Blick in die wissenschaftliche Literatur zeigt, dass die ADHS im Zusammenhang mit Sexualität, insbesondere der Paarsexualität, wenig erforscht ist. Darum wollte ich mich gerne mit dieser Thematik befassen und das gewonnene Wissen aus dem Masterstudium in Sexologie und dem Modell Sexocorporel mit dem Erleben von ADHS in der Paarsexualität in Bezug bringen.

Da mir die weibliche Sicht von ADHS näher liegt und sich vier weibliche Probandinnen für eine Befragung finden liessen, steht in der vorliegenden Arbeit die weibliche ADHS in der Paarsexualität im Fokus.

Ich möchte mit dieser Arbeit einen vielseitigen Einblick in das Leben und Erleben der Paarsexualität von ADHS-diagnostizierten Frauen gewähren.

## Dank

Ein Dankeschön geht an Ben Kneubühler, CEO und Studienleiter des ISP in Zürich, der den Schreibprozess dieser Arbeit mit Rat, Interesse und Denkanstössen begleitete und mich bei Entscheidungen bezüglich der Vorgehensweise unterstützte.

Ein weiteres «riesengrosses Merci» gebührt meinem geliebten, wundervollen Partner Christoph, der es verstand, im Entstehungsprozess dieser Arbeit mein Chaos im Kopf in geordnete Bahnen zu lenken, mich stets wieder an das Büropult zu beordern, meine Impulsivität und innere Unruhe zu zügeln und sich liebevoll um mein Wohlergehen kümmerte. Egal zu welcher Tages- und Nachtzeit, er war und ist IMMER und in allen Belangen für mich da. DANKE.

Auch Andrina und Seraina danke ich für ihre wertvolle Unterstützung.

Ihr seid wunderbar!

Auch meinen vier Interview-Probandinnen und deren Partner und Partnerinnen gebührt ein herzliches Dankeschön für ihre unglaubliche Offenheit, Energie und Freude, sich mit dem Erleben ihrer ADHS in der Paarsexualität tiefer auseinanderzusetzen. Euer Interesse, eure Neugier und eure positiven Feedbacks waren meine Motivation, diese Arbeit zum Fliegen zu bringen. Dank euch lebt diese Arbeit auf!

Ein Hoch auf Euch, ihr wundervollen, kreativen und ganz besonders einzigartigen Frauen!

## Zusammenfassung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine neurobiologische Störung, die sich in Konzentrationsstörungen in Verbindung mit Hyperaktivität und impulsivem Handeln zeigt. Diese Masterarbeit gibt einen Überblick über den aktuellen wissenschaftlichen Stand der ADHS von Erwachsenen, insbesondere der ADHS von Frauen und zeigt historische, medizinische, therapeutische und diagnostische Aspekte der ADHS. Sie klärt auf, wie sich die ADHS-Wender-Utah Diagnosekriterien für Erwachsene im Erleben der vier Komponenten des sexualwissenschaftlichen Modells Sexocorporel zeigen und welche Ressourcen und Herausforderungen die ADHS in der Paarsexualität mit sich bringt. In einer qualitativen Untersuchung wurden vier Interviews mit Paaren geführt, um das Erleben der ADHS von ADHS-diagnostizierten Frauen in Bezug zur Paarsexualität zu ermitteln. Die anschliessende Auswertung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2015) hat gezeigt, dass sich insbesondere eine hohe Ablenkbarkeit durch äussere Reize in der Paarsexualität negativ auswirkt und sich durch Reizüberflutung entstandener Stress in einem konstant erhöhten Muskeltonus manifestiert. Sexuell erregendste Begegnungen in der Paarsexualität von ADHS-diagnostizierten Frauen ergeben sich durch die Abgabe von Verantwortung und Kontrolle an den Partner/die Partnerin.

## Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurobiological disorder that manifests itself in concentration disorder combined with hyperactivity and impulsive behavior. This master's thesis provides an overview of the current state of scientific knowledge about adult ADHD, particularly ADHD in women, and presents historical, medical, therapeutic and diagnostic aspects of ADHD. The thesis clarifies how the Wender Utah Rating Scale for ADHD in adults is reflected in the experience of the four components of the sexological model "Sexocorporel" and what resources and challenges ADHD brings to couple sexuality. To understand and determine the experiences of women diagnosed with ADHD in relation to their couple-sexuality, four couples were interviewed as part of a qualitative investigation. The subsequent evaluation of the qualitative investigation according to Philipp Mayring (2015) revealed that a high distractibility due to external stimuli has a particularly negative effect on their couple sexuality, as well as the manifestation of increased muscle tone due to stress caused by sensory overload. The most sexually stimulating encounters in couple sexuality for women diagnosed with ADHD arise from the transfer of responsibility and control to the partner.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	1
1.1	Ziel und Fragestellung	2
1.2	Methodenwahl	2
1.3	Aufbau der Arbeit	3
<b>2</b>	<b>ADHS-Definition</b>	4
2.1	Historisches	4
2.2	Prävalenz	6
2.3	Struktur, Funktion und Entwicklung des Nervensystems	6
2.4	ADHS Kernsymptomatik	8
2.4.1	Aufmerksamkeit	8
2.4.2	Impulsivität	9
2.4.3	Hyperaktivität	11
2.4.4	Entstehung der ADHS	13
2.4.5	ADHS und Genetik	13
2.4.6	ADHS und Umwelteinflüsse	14
2.4.7	ADHS in der Schwangerschaft	14
2.4.8	ADHS und Ernährung	15
2.4.9	ADHS und Schlaf	15
2.4.10	ADHS und psychosoziale Einflüsse	16
<b>3</b>	<b>Internationale Diagnosekriterien der ADHS für Erwachsene</b>	17
3.1	DSM 5	18
3.2	ICD-10	18
3.3	Wender-Utah Skala	19
3.3.1	Aufmerksamkeitsstörung	19
3.3.2	Motorische Hyperaktivität	20
3.3.3	Affektlabilität	20
3.3.4	Desorganisiertes Verhalten	20
3.3.5	Affektkontrolle	20
3.3.6	Impulsivität	21
3.3.7	Emotionale Überreagibilität	21
3.4	Komorbidität	21
3.4.1	Angst- und Belastungsstörungen	22
3.4.2	Affektive Störungen	22
3.4.3	Somatische Störungen	23
3.4.4	Persönlichkeitsstörungen	23
3.4.5	Schlafstörungen	24
3.4.6	Suchterkrankungen	25

<b>4</b>	<b>Therapeutische Behandlungsansätze</b>	27
4.1	ADHS und Medikamente	27
4.2	ADHS und Psychotherapie	28
4.3	ADHS und alternative Behandlungsmethoden	29
4.4	ADHS und therapieunterstützende Massnahmen	29
<b>5</b>	<b>Das Modell Sexocorporel</b>	31
5.1	Die vier Komponenten	32
5.2	Sexodynamische Komponenten	32
5.3	Kognitive Komponenten	32
5.4	Physiologische Komponenten	33
5.5	Beziehungskomponenten	33
<b>6</b>	<b>ADHS und Sexualität bei Frauen</b>	34
6.1	Sexuelle Appetenz	35
6.2	Hypersensibilität	35
6.3	Sexuelle Beziehungen	36
<b>7</b>	<b>Qualitative Untersuchung</b>	37
7.1	Methodische Grundlegung	37
7.2	Form des Interviews	37
7.3	Vorbereitung des Interviews	39
7.4	Vorstellung der Interview-Paare	40
7.5	Interviewdesign	42
7.6	Transkription	43
7.7	Auswertung der Interviews	45
<b>8</b>	<b>Ergebnisse</b>	47
8.1	Kategorie 1 Sexodynamische Komponenten	47
8.1.1	Aufmerksamkeit in der Paarsexualität	47
8.1.2	Wirkung äusserer Reize in der Paarsexualität	48
8.1.3	Erleben der Stimmung in der Paarsexualität	48
8.1.4	Starke emotionale Momente in der Paarsexualität	50
8.1.5	Selbstsicherheit in der Paarsexualität	51
8.1.6	Sexuell erregendste Begegnungen in der Paarsexualität	51
8.2	Kategorie 2 Kognitive Komponenten	52
8.2.1	Geplante oder spontane Momente in der Paarsexualität	52
8.2.2	Wie es im Kopf während der Paarsexualität aussieht	53
8.2.3	Abbruch oder nicht stattfinden sexueller Austausch	54
8.2.4	Geduld in der Paarsexualität	54

8.3	Kategorie 3 Beziehungskomponenten.....	55
8.3.1	Verführung des Partners/der Partnerin .....	55
8.3.2	Empfindungen körperlicher Berührungen.....	56
8.3.3	Konflikte in der Paarsexualität.....	57
8.4	Kategorie 4 Physiologische Komponenten.....	58
8.4.1	Anfühlen des Körpers in der Paarsexualität.....	58
8.4.2	Körperliche Impulse in der Paarsexualität.....	59
8.4.3	Stress in der Paarsexualität .....	59
8.4.4	Atmung in der Paarsexualität .....	61
8.4.5	Paarsexualität unter Medikamenteneinnahme .....	62
8.5	Bedeutung der ADHS in der Paarsexualität .....	63
8.6	Wichtigste Ressourcen der ADHS in der Paarsexualität.....	64
8.7	Wichtigste Herausforderungen der ADHS in der Paarsexualität .....	65
<b>9</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>66</b>
9.1	Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse.....	66
9.2	Erleben der vier Komponenten des Modells Sexocorporel durch die Wender-Utah Diagnosekriterien.....	66
9.2.1	Sexodynamische Komponenten.....	66
9.2.2	Kognitive Komponenten .....	69
9.2.3	Beziehungskomponenten.....	71
9.2.4	Physiologische Komponenten.....	72
9.3	Ressourcen der ADHS in der Paarsexualität .....	74
9.4	Herausforderungen der ADHS in der Paarsexualität.....	75
<b>10</b>	<b>Reflexion der Arbeit</b> .....	<b>77</b>
10.1	Limitationen und Ausblick .....	77
10.2	Implikationen für die sexologische Praxis .....	78
	<b>Schlussfolgerungen und Fazit</b> .....	<b>81</b>
	<b>Nachwort</b> .....	<b>83</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	
	<b>Anhang</b> .....	<b>i</b>

## 1 Einleitung

Russel A. Barkley (2024), ein weltweit führender Experte zum Thema ADHS, zeigt im «grossen Handbuch für Erwachsene mit ADHS» auf, dass für ADHS-Betroffene in intimen Beziehungen besondere Herausforderungen bestehen. Seine Forschungen haben ergeben, dass Erwachsene mit einer ADHS vier- bis fünfmal häufiger mittelmässige bis schlechte Liebesbeziehungen führen, sie doppelt so häufig schlechtere Ehen führen und auch mit grösserer Wahrscheinlichkeit aussereheliche Beziehungen haben - im Vergleich zu Nichtbetroffenen (S. 290). Damit kann er an Melissa Orlov und Nancie Kohlenberger (2014) anschliessen, die in ihrem Buch «The Couple's Guide to Thriving with ADHD» im Vorwort über ADHS schreiben: «Ich sage manchmal, hat eine Person eines Paares eine ADHS, dann «haben» beide Partner es, weil es beide betrifft. Alles an einer Person wirkt sich in intimen Liebesbeziehungen auf die andere Person aus» (S.1).

Die in der wissenschaftlichen Literatur genannten Zahlen zur Prävalenz der ADHS im Erwachsenenalter schwanken. Sie befinden sich häufig im Bereich von rund fünf Prozent. Dieser Wert zeigt auf, dass die ADHS-Diagnose im Erwachsenenalter keine Seltenheit darstellt. Es muss diverse Paare geben, bei denen zumindest eine Person die Diagnose einer ADHS hat.

Die Tatsache, dass sich die ADHS auch im Erwachsenenalter zeigt und häufig erst im fortgeschrittenen Alter diagnostiziert wird, ist noch nicht sehr bekannt.

Viele Erwachsene leiden jahrelang unter unterschiedlichen Erscheinungsformen der ADHS und stossen mit ihrem Verhalten andere Menschen vor den Kopf. Sie fühlen sich «anders», haben dafür aber keine Erklärung. ADHS-Personen wissen nicht, dass ihren speziellen Verhaltensweisen eine neurobiologische Stoffwechsel-Besonderheit zu Grunde liegt.

Neben den drei Hauptfeilern der ADHS, der gestörten Aufmerksamkeit, der Hyperaktivität und der Impulsivität wirken noch andere Faktoren mit, die die ADHS-diagnostizierten Erwachsenen in die Paarsexualität begleiten. Die ADHS in Kombination mit Paarsexualität ist in der wissenschaftlichen Literatur unzureichend vertreten. Die expliziten Auswirkungen der ADHS im Sexualleben sind noch weniger erforscht und wissenschaftliche Untersuchungen über ADHS und Sexualität fehlen nach Johanna Krause und Klaus-Henning Krause (2022) bis heute weitgehendst (S. 98).

Aus diesem Grund widmet sich diese Arbeit dem Erleben von Paarsexualität von Menschen mit einer ADHS-Diagnose und den damit verbundenen Ressourcen und Herausforderungen.

## 1.1 Ziel und Fragestellung

Die vorliegende Studie hat zum Ziel, einen Beitrag zur Deckung der existenten Forschungslücke der ADHS in Bezug zur Paarsexualität zu leisten.

Basierend auf dem aktuellen theoretischen Stand der Wissenschaft und der Zielsetzung sollen die folgenden Forschungsfragen untersucht und beantwortet werden:

- Wie zeigen sich die Wender-Utah ADHS-Diagnosekriterien für Erwachsene im Erleben der vier Komponenten des Modells Sexocorporel?
- Welches sind die wichtigsten Ressourcen in Bezug auf die Paarsexualität von ADHS-diagnostizierten Frauen?
- Welches sind die wichtigsten Herausforderungen in Bezug auf die Paarsexualität von ADHS-diagnostizierten Frauen.

Die folgenden Leitfragen mit explorativem Charakter basieren auf den oben genannten Forschungsfragen:

- Wie erleben ADHS-diagnostizierte Frauen ihre Paarsexualität im Bereich der Sexodynamik?
- Welche Kognitionen zeigen sich in der Paarsexualität der ADHS-diagnostizierten Frauen?
- Wie erleben ADHS-diagnostizierte Frauen sexuelle Beziehungen im Austausch mit dem Partner?
- Wie zeigen sich die physiologischen Komponenten der ADHS-diagnostizierten Frauen?

## 1.2 Methodenwahl

Für die Methode wurde eine qualitative Vorgehensweise gewählt zur Unterstützung der explorativen Forschungsfragen. Dadurch können die Auswirkungen der ADHS auf die Paarsexualität erfragt und ausgewertet werden. Die empirische Datenerhebung erfolgt durch vier halbstrukturierte Leitfadeninterviews mit ADHS-diagnostizierten Frauen und deren Partner und Partnerinnen. Diese werden in der Arbeit mit Partner/Partnerin gendergerecht verschriftlicht.

### 1.3 Aufbau der Arbeit

Durch eine wissenschaftliche Literaturrecherche werden in den Kapiteln 2 bis 4 die theoretischen Grundlagen, der aktuelle Forschungsstand und relevante Begriffe zur Thematik der ADHS dargestellt. Der Schwerpunkt liegt in der Erfassung der ADHS in ihren vielseitigen Erscheinungsformen. Sie dient der Unterstützung des Verständnisses über die Komplexität der Erscheinung der ADHS im Allgemeinen und bildet die Grundlage des Verstehens der ADHS in der Paarsexualität. Im Kapitel 5 wird das sexualtherapeutische Modell Sexocorporel mit seinen Komponenten genauer erläutert. Kapitel 6 widmet sich den Frauen und ihrem Erleben der ADHS in der Sexualität. Eine ausführliche Übersicht der qualitativen Untersuchung dieser Arbeit ist in Kapitel 7 festgehalten. Darin werden die Datenerhebungs- und Datenauswertungsmethoden vorgestellt. Die Auswertungsergebnisse der qualitativen Interviews in Bezug zu den vier Komponenten des Modells Sexocorporel sind in Kapitel 8 aufgeführt. Die Diskussion der Ergebnisse der Forschungsfragen wird in Kapitel 9 erläutert. Implikationen für die Arbeit mit ADHS-diagnostizierten Frauen in der sexologischen Praxis, Limitationen und Ausblicke werden in Kapitel 10 reflektiert. Schlussfolgerungen und Fazit schliessen diese Arbeit ab.

## 2 ADHS-Definition

Im folgenden Kapitel werden die theoretischen Grundlagen und der aktuelle Stand der Forschung der ADHS vorgestellt. Sie basieren auf den Fragestellungen der vorliegenden Arbeit (siehe Kapitel 1.1) und geben Einblick in die Welt der **Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung**, kurz ADHS. Der Begriff ADS bezeichnet die **Aufmerksamkeitsdefizitstörung** in der sich die Hyperaktivität nicht zeigt. Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit der Begriff ADHS verwendet. Er steht stellvertretend für die gesamten Formen der ADHS, wie auch die ADS, die heute im deutschsprachigen Raum synonym verwendet wird (Doris Ryffel-Rawak, 2016, S. 15).

### 2.1 Historisches

Der geschichtliche Überblick der ADHS lässt sich grob in fünf Etappen einteilen. In der ersten Etappe beschrieb der Frankfurter Psychiater, Dr. H. Hofmann 1845 mit seinem Buch vom «Struwelpeter» erstmals viele der heutigen Charakteristiken der ADHS. Die Geschichten aus dem Kinderbuch waren ein Weihnachtsgeschenk für seinen Sohn und zeigten Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen, die nicht der Norm entsprachen. Erziehungsunfähige Eltern wurden als Verursacher der auffälligen Verhaltensweisen der Kinder vermutet. Der «Zappel-Philipp» aus einer der Geschichten stand namensgebend für die ADHS (Ruth Huggenberger, 2019, S. 16). Im Jahre 1902 beschrieb der englische Kinderarzt G.F. Still Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten. Ihr hyperaktives, impulsives, zerstörerisches und aggressives Verhalten führte er auf ein Versagen von Hemmungsmechanismen und einer gestörten Aufmerksamkeit zurück (Ryffel-Rawak, 2016, S. 21). Auch ein angeborener biologischer oder perinatal erworbener Defekt mit Sauerstoffmangel, in Bezug auf die moralische Kontrolle, wurde vermutet. Bei Kindern mit diesem Verhalten ging man von einer leichten Hirnschädigung aus. Das Konzept der biologischen Vererbung fand im letzten Jahrhundert Anerkennung (Huggenberger, 2019, S. 17). Kramer und Pollnow beschrieben 1932 in ihrer empirischen Arbeit «über eine hyperkinetische Erkrankung des Kindesalters» ein Syndrom mit extremer Unruhe, Ablenkbarkeit und Sprachentwicklungsstörung (Aribert Rothenberger & Klaus- Jürgen Neumärker, 2005, S. 121-160). 1937 machte der amerikanische Kinderpsychiater W. Bradley auf die positive Wirkung der Gabe von Stimulanzien (Benedrin) bei Kindern aufmerksam, nachdem er bei Erwachsenen mit Stimmungsschwankungen positive Erfahrungen gemacht hatte. Bradley arbeitete in einem Kinderheim und führte bei unruhigen Kindern häufig

Pneumencephalogramme durch. Die durch dieses Verfahren resultierenden Kopfschmerzen, versuchte er durch die Gabe von Benzedrin zu lindern. Dabei fiel ihm auf, dass die Kinder sich unter dieser Medikation sowohl in ihrem Verhalten als auch in ihren schulischen Leistungen verbesserten (Martin D. Ohlmeier & Mandy Roy, 2021, S. 17). A.A. Strauss vertrat 1947 die Theorie, dass Hyperaktivität und Hirnschädigungen häufig kombiniert erscheinen. In einer zweiten Etappe wurde 1954 das Medikament Ritalin® lanciert. M. Luafer und E. Denhoff entwickelten 1957 die Theorie, dass das zentrale Nervensystem überstimuliert sei. In Oxford fand 1962 eine internationale Konferenz von Neuropädiatern statt. Sie ersetzen die bisherige Bezeichnung «Minimal Brain Damage» durch «Minimal Brain Dysfunction». Das Konzept einer «Hirnschädigung» wurde verworfen (Ryffel-Rawak, 2016, S. 22).

In der dritten Etappe beschrieb der Psychiater Paul H. Wender 1971 die Theorie von differierenden Abfolgen von Neurotransmitterfunktionen von Dopamin und Noradrenalin. Zudem erforscht er die Wirkung von Stimulanzien.

1980 wurde in der vierten Etappe im amerikanischen Diagnosehandbuch der psychischen Erkrankungen aus «Minimal Brain Dysfunction» neu das «Attention Deficit Disorder», kurz ADD, also die englische Bezeichnung von ADHS. Im Jahre 1987 wurde die Hyperaktivität neu wieder Bestandteil der Diagnose. Die drei Hauptsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität erscheinen zusammen (Ryffel-Rawak, 2016, S. 23).

Bildgebende Verfahren zeigten 1990 in der fünften und letzten Etappe, dass ADHS-Betroffene Erwachsene eine geringere stoffwechselbedingte Aktivität in Bereichen des Zentralnervensystems aufweisen. 1994 wurden MRI zur Erforschung von ADHS eingesetzt und gleichzeitig die im DSM IV bis heute gültigen Kriterien für die ADHS beschlossen. Die Lehrbücher zur ADHS im Erwachsenenalter erschienen 1995 erstmals in den USA (ebd., S. 24). Bis Ende der 90er Jahre fand die adulte ADHS im deutschsprachigen Raum kaum Beachtung (Huggenberger, 2019, S. 18). 1997 erschien R.A. Barkleys Theorie der ADHS als psychologisches Erklärungsmodell von divergent ablaufenden exekutiven Funktionen. 1999 wurden Untersuchungen betreffend der Funktion der Dopamin Transporter von ADHS publiziert (Ryffel-Rawak, 2016, S. 24). Der amerikanische Bestseller von Edward M. Hallowell und John J. Ratey «Driven to distraction», der 1999 in der deutschsprachigen Version unter dem Titel «Zwanghaft zerstreut» erschien, machte die ADHS-Symptomatik für viele Leser und Laien zugänglich. Betroffene erhielten Erklärungen und Antworten für ihre gesundheitlichen Schwierigkeiten (Huggenberger, 2019, S. 18). 2003 wurde die «European Network Adult ADHD»

von Ärzten und Wissenschaftlern aus 17 Ländern gegründet. 2005 entstand in der Schweiz die Fachgesellschaft für ADHS. 2013 wurde in der Neuauflage des DSM-5 ADHS mit angepassten Diagnosekriterien als Störung im Erwachsenenalter aufgeführt (Ryffel-Rawak, 2016, S. 24).

## 2.2 Prävalenz

Nach Krause und Krause (2022) ist eine Erstmanifestation der Störung im Erwachsenenalter nicht einleuchtend. Die Häufigkeit der ADHS von Kindern und Jugendlichen, deren Symptome über die Pubertät hinaus existiert, kann nur geschätzt werden (S. 9). Eine absolute Prävalenzrate existiert nicht. Sie variiert aus diversen Gründen. Wichtige Indikatoren dabei sind Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status und die Verwendung unterschiedlicher Diagnosesysteme (Huggenberger, 2019, S. 23).

Polanczyk, De Lima, Horta, Biederman und Rohde (2007) haben in einer Metaanalyse aller verfügbaren internationalen Studien mit unterschiedlichen Kriterien bei Kindern und Jugendlichen eine mittlere Prävalenzrate von 5,3 Prozent ermittelt (S. 942-948). John Fayyad, Girolamo de Graaf, Jordi Alonso, Matthias Angermeyer und Koen K. Demyttenaere et al. (2007), stellten unter Einbezug von Studien verschiedener Länder bei Erwachsenen eine durchschnittliche Prävalenzrate von 3,4 Prozent fest (ebd., S. 23). Das diagnostische und statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-5) bezieht sich auf epidemiologische Studien, die nahelegen, dass ADHS in den meisten Kulturen bei Kindern zu etwa 5 Prozent und bei Erwachsenen bei etwa 2,5 Prozent vorkommt (Peter Falkai & Hans-Ulrich Wittchen, 2018, S. 81).

In der Allgemeinbevölkerung tritt ADHS bei männlichen Personen häufiger auf als bei weiblichen. Das Verhältnis liegt bei ungefähr 2:1 bei Kindern und 1,6:1 bei Erwachsenen. Weibliche Personen zeigen dabei häufiger als männliche Personen vorwiegend Merkmale von Unaufmerksamkeit (Falkai & Wittchen, 2018, S. 82).

## 2.3 Struktur, Funktion und Entwicklung des Nervensystems

Martin Ohlmeier und Mandy Roy (2021) erklären, dass es wichtig ist, zu verstehen, dass Gene den Aufbau und die Funktionalität der Zelle beeinflussen, in der sie aktiv sind. Eine Abweichung der Gene bei betroffenen Personen führt zu einer Veränderung der Zelle. Bei ADHS-Patienten kann somit durch eine Besonderheit der Gene eine Veränderung der Nervenzellen im Gehirn entstehen. Diese Transformation kann zu besonderen Verhaltensweisen führen (S. 24), die auch

charakteristisch für die ADHS sind, wie mangelnde Informationsverarbeitung. Diese ist hauptsächlich dann beeinträchtigt, wenn die Anforderungen quantitativ gesteigert werden. Das bedeutet, dass die Menge und Komplexität der zu verarbeitenden Informationen in Bezug auf Geschwindigkeit und Ausführlichkeit, zu Leistungseinbussen bei Menschen mit ADHS führen (Huggenberger, 2019, S. 122). Die Aufmerksamkeit ist dabei nicht automatisch reduziert. Der selbstgesteuerte, kontrollierte Einsatz energetischer Ressourcen ist unangemessen. Vorhandene Kapazitäten können in diesem Bereich oft nur mangelhaft gelenkt werden. Die bei der ADHS vorhandene Reizüberflutung bietet eine stringente Erklärung für diesen Aspekt (ebd., S. 122). Aufgrund ihrer mangelnden emotionalen Selbstregulation können sie nicht konstant situationsangemessen reagieren (Cordula Neuhaus, 2009, S. 47).

Ohlmeier und Roy (2021) klären neurobiologisch auf und weisen darauf hin, dass viele Milliarden Nervenzellen Bestandteil unseres Gehirns sind. Diese sogenannten Neuronen sind in bestimmten Hirnregionen aktiv und steuern körperliche und geistige Funktionen, wie Bewegungsabläufe und die Aufmerksamkeit. Die Neuronen kommunizieren über elektrische Impulse, die durch chemische Prozesse zwischen den Zellen weitergeleitet werden. Diese Vermittlung geschieht über Botenstoffe, den sogenannten Neurotransmittern. Das menschliche Gehirn beinhaltet mehrere Neurotransmitter. Der Stoffwechsel der beiden Neurotransmitter Dopamin und Noradrenalin ist bei ADHS gestört (S. 25).

Der vorderste Teil des Frontalhirns, der präfrontale Cortex scheint in seiner Funktion bei ADHS besonders auffällig. Der präfrontale Cortex ist für die Mechanismen des zielgerichteten, planvollen und flexiblen Handelns zuständig. Dopamin und Noradrenalin sind im präfrontalen Cortex für die Funktion der Aufmerksamkeit zuständig. Die Aufmerksamkeit wird aber nicht nur durch den präfrontalen Cortex gesteuert (ebd., S. 27). Der rechte Parietallappen im Gehirn bildet zusammen mit dem präfrontalen Cortex ein vorderes und ein hinteres Aufmerksamkeitssystem. Im vorderen Aufmerksamkeitssystem werden Funktionen wie das Arbeitsgedächtnis, Reizinhibition und nicht fokussierte Aufmerksamkeit gesteuert. Im hinteren Aufmerksamkeitssystem ist das Erkennen neuer Stimuli im Fokus. Dopamin und Noradrenalin sind im vorderen System die hauptsächlichen Neurotransmitter. Im hinteren System ist hauptsächlich Noradrenalin aktiv (ebd., S. 28). ADHS ist nach Cordula Neuhaus (2009) ein «Belohnungsdefizitsyndrom», wonach Betroffene ihrem Dopaminsystem durch Aktivität, Neues und Spannendes, oder auch durch Substanzgebrauch Impulse geben, die zu vermehrter Dopaminausschüttung

führen. Dieses neurochemische Verlangen ist im noradrenergen Botenstoffsystem, das für die Regulierung der Orientierung und Wachsamkeit zuständig ist, ebenso dysreguliert. Neurophysiologische und neuropsychologische Untersuchungen zeigen, dass ADHS-Betroffene ihre Aufmerksamkeit nur durch starke, emotional neutrale oder positiv bewertete Reize aktivieren können (S. 46-47).

## 2.4 ADHS-Kernsymptomatik

Erwachsene zeigen unterschiedliche Ausprägungen der Kernsymptome Aufmerksamkeitsstörung, motorische Hyperaktivität und Impulsivität. ADHS gilt deshalb als klinisch heterogene Störung (Sobanski et al. 2017, S. 2592). Ohlmeier und Roy (2021) betonen, dass oftmals neben diesen Kernsymptomen weitere Symptome vorliegen. Dieses Beschwerdebild unterliegt typischerweise Schwankungen oder kann teilweise kompensiert werden. ADHS führt bei Betroffenen nicht nur zu Einschränkungen, es verleiht den ADHS-Menschen häufig auch besondere Fähigkeiten (S. 50).

### 2.4.1 Aufmerksamkeit

Martina Ruhmland und Hanna Christiansen (2022) stellen fest, dass Störungen der Aufmerksamkeit bei der ADHS dominieren (siehe auch Kapitel 3.3.1). Diese sind auch mit den grössten Beeinträchtigungen verbunden. Es fällt ADHS-Betroffenen schwer, die Aufmerksamkeit über längere Zeit aufrechtzuerhalten. Die daraus resultierenden Defizite in Zeitmanagement und Organisation können zu negativen Folgen in Beruf und Privatleben führen (S. 124). Die mangelnde Reizfilterung und nicht angemessene Erfassung von Informationen und deren Weiterleitung können im Berufsleben zeitaufwändige und kostspielige Folgen haben (Huggenberger, 2019, S. 71). ADHS-Menschen werden wegen ihres mangelhaft funktionierenden Reizfilters von Informationen und Inputs überflutet und es gelingt ihnen nicht, zwischen relevanten und irrelevanten Informationen zu differenzieren (ebd., S. 73). Gerade im Strassenverkehr sind die verschiedenen Aufmerksamkeits- und Informationsverarbeitungsfunktionen von zentraler Bedeutung. Autolenker/ Autolenkerinnen müssen aus der Fülle einströmender Informationen und Signale Relevantes herausfiltern und ihre Aufmerksamkeit auf diese richten. Darum stellen auch monotone Fahrsituationen Anforderungen an die Aufmerksamkeit und Vigilanz (Michael Rösler, Wolfgang Retz, Alexander von Gontard & Frank Paulus, 2014, S. 77).

Oftmals ist es den Betroffenen aufgrund ihrer eingeschränkten Aufmerksamkeit nicht möglich, ihren Partnern im Gespräch über ihre Probleme über längere Zeit ruhig und konzentriert zuzuhören, was zu erheblichen Spannungen innerhalb von persönlichen Beziehungen führen kann (Krause & Krause, 2022, S. 71). Häufig wird das Aufmerksamkeitsdefizit auch als Kurzzeitgedächtnisstörung interpretiert. Komplexere Anweisungen müssen schriftlich fixiert werden. Das Liegenlassen von Gegenständen und das Vergessen, Aufträge auszuführen ist typisch für ADHS-Menschen (ebd., S. 75). Oft verlieren sie auch den roten Faden und können nur unter grossem Kraft- und Energieaufwand den Anschluss wieder finden (Huggenberger, 2019, S. 74).

Interessanterweise sind ADHS-Menschen oft in der Lage, bei grossem Interesse einer für sie besonders interessanten Thematik, ihre Aufmerksamkeit über längere Zeit aufrechtzuerhalten (Ohlmeier & Roy, 2021, S. 54). Wenn die ADHS-Menschen subjektiv motivationsaktiviert sind, also eine Aufgabe neu, interessant oder von einem positiven Grundgefühl begleitet ist, scheint alles besser und läuft wie von selbst (Neuhaus, 2023, S. 55). Hier spricht man von dem Phänomen des «Hyperfokussierens». Es gelingt den ADHS-Betroffenen dabei, die Zeit zu vergessen und ihre Umwelt auszublenden (Ohlmeier & Roy, 2021, S. 54). Diese biologische «Basisaktivierung» scheint bei Menschen mit ADHS deutlich instabiler reguliert als bei Nichtbetroffenen (Neuhaus, 2023, S. 55). Krause und Krause (2022) weisen darauf hin, dass eine vermehrte Reizoffenheit und hohe Kreativität, mit der Fähigkeit zu assoziativem Denken, ausserhalb eingefahrener Spuren durchaus Qualitäten darstellen. Diese Fähigkeit ermöglichte beispielsweise Abraham Lincoln, Albert Einstein und Wolfgang Amadeus Mozart, herausragende Leistungen zu vollbringen (S. 78).

#### 2.4.2 Impulsivität

Huggenberger (2019) betont, dass Menschen mit ADHS selten langweilig sind. Meistens sind sie direkt, sie leben im Moment, handeln spontan und zum Teil unüberlegt. Im Kontakt wirkt diese Spontaneität dynamisch. Die Nachteile der Impulsivität überwiegen aber in vielen Lebensbereichen (S. 85). Überdurchschnittlich häufig kündigt der Hyperaktive seine Arbeitsstelle und wechselt die Partnerschaften (Krause & Krause, 2022, S. 91). ADHS-Menschen reagieren aus dem Moment heraus, ohne sich über die Konsequenzen bewusst zu sein. Es werden impulsiv Entscheidungen getroffen, unnötige Spontankäufe getätigt und sie sind flatterhaft. Sie sind ungeduldig und können schlecht warten, was häufig

zu Problemen im Strassenverkehr führt (Ryffel-Rawak, 2016, S. 29). In einer Longitudinalstudie zeigten Erwachsene mit ADHS im Vergleich zu einem Normalkollektiv beim Autofahren ein aggressiveres und risikofreudigeres Verhalten (Krause & Krause, 2022, S. 86). Für hyperaktiv-impulsive Menschen mit ADHS kann minutenlanges Anstehen an der Kaufhauskasse so schwer auszuhalten sein, dass sie den Supermarkt wieder verlassen, (verbal-) -aggressiv reagieren oder riskante Überholmanöver im Strassenverkehr initiieren (Ohlmeier & Roy, 2021, S. 56). Ihre Frustrationstoleranz ist oftmals deutlich vermindert. Kleine Ärgernisse oder Kleinigkeiten, wie eine gutgemeinte, sachliche Kritik, das Widersprechen der eigenen Meinung oder unabsichtliches anrempeIn, können die ADHS-Betroffenen provozieren und zu impulsiv-wütenden Ausbrüchen führen (ebd., S. 56). Diese Wutausbrüche lösen im Nachhinein bei den ADHS-Menschen massive Schuldgefühle aus (Ryffel-Rawak, 2016, S. 29). Im Extremfall kann eine ausgeprägte Störung der Impulskontrolle auch zu einer Straffälligkeit führen (Ohlmeier & Roy, 2021, S. 56).

Huggenberger (2019) unterscheidet zwei Formen der Impulsivität:

**a. Funktionale Impulsivität:** situativ angebrachtes schnelles Handeln

In Gefahrensituationen können durch eine schnelle Reaktion und rasche Hilfestellung der ADHS-Person Leben gerettet werden. Häufig sind ADHS-Menschen darum in der Notfallmedizin, in Berufen des Gesundheitswesens oder der Polizei anzutreffen.

**b. Dysfunktionale Impulsivität** Handlungen und Verhalten, die die handelnde Person in Schwierigkeiten führen, die bei vernünftiger Beurteilung vermeidbar gewesen wären. Dieses Verhalten wird als unangemessen und unangebracht aufgefasst und birgt erhöhte Risiken für den Betroffenen.

Das Verhaltensmuster der funktionalen Impulsivität mündet aus der Sicht der Impulsivität eines ADHS-Menschen in einen positiven Output, im Gegensatz zur dysfunktionalen Impulsivität (S. 86).

ADHS-Menschen halten es nach Huggenberger (2019) nicht aus, wenn Erzählungen zu detailliert und in geringem Tempo wiedergegeben werden. Es entsteht dabei meist eine unangenehme Spannung, die ADHS-Betroffene nicht aushalten. Sie platzen dabei mit ihren neuen Inputs in das Gespräch oder beenden den Satz des Gegenübers. Sie sprudeln vor neuen Ideen und müssen diese einbringen (S. 91). Dabei sind sie mit ihren Gedanken so stark beschäftigt, dass sie

meist selbst nicht bemerken, wenn sie jemanden im Redefluss unterbrechen. Huggenberger (2019) führt dieses Phänomen der unüberlegten, spontanen und impulsiven Gesprächsform auf die mangelnde Steuerungsfähigkeit und Hemmung der Impulsivität zurück (S. 92).

Ohlmeier und Roy (2021) stellen fest, dass bei der ADHS eine erhebliche Störung der exekutiven Funktionen vorliegt. Diese sind Fertigkeiten, auf deren Basis Handlungen flexibel geplant und ausgeführt werden. Die Fähigkeit, dabei organisiert vorzugehen, angemessen und schnell auf Veränderungen zu reagieren und Impulse zu kontrollieren, damit Pläne zielgerichtet realisiert werden können, ist dabei entscheidend. Die Handlungen von ADHS-Menschen gestalten sich aufgrund der eingeschränkten exekutiven Funktionen vielfach desorganisiert und impulsiv (S. 56-57).

### 2.4.3 Hyperaktivität

ADHS-Menschen mit einer Hyperaktivität im Erwachsenenalter leiden nach Ohlmeier und Roy (2021) typischerweise an einer ständigen, quälenden inneren Unruhe. Diese lässt eine Entspannung kaum zu. Diese Menschen fühlen sich, als ob ständig «ein Motor» in ihnen laufen würde oder dass «Gedanken durch den Kopf rauschen». Stillsitzen über längere Zeit fällt schwer. Oft wird diese innere Unruhe im Äusseren sichtbar. ADHS-Menschen rutschen auf ihren Sitzen umher, zittern mit den Beinen oder spielen mit Gegenständen (S. 55-56). Diese sogenannte motorische Hyperaktivität kann sich auf die soziale Umgebung negativ auswirken. Die Hyperaktivität fällt im Erwachsenenalter unangenehm auf und die Betroffenen zeigen Schamgefühle aufgrund ihrer äusserlich sichtbaren Unruhe (Huggenberger, 2019, S. 93). Dieser «innere Motor» stellt bei vielen Menschen mit ADHS auch in Ruhephasen nicht ab. ADHS-Betroffene sind meist perfektionistisch veranlagt. Tagsüber verbrauchen sie viel Energie aufgrund der starken Ablenkbarkeit. Sie benötigen Entspannung am Feierabend, denn reizüberflutete Menschen brauchen eine Pause. Werden sie weiter mit Reizen geflutet, zeigt sich ihre emotionale Reizbarkeit, was sich häufig in einer verbalen Eskalation äussert (S. 94-95).

Laut Krause & Krause (2022) werden auch Kinobesuche und Langstreckenflüge als sehr unangenehm empfunden. Aufgezwungene Bettlägerigkeit aufgrund von Krankheit oder Verletzungen wird als quälend wahrgenommen (S. 83). Gerade wenn zusätzlich noch Konzentrationsstörungen vorliegen, die das Verfolgen eines Films oder Vortrages erschweren, kann es für die ADHS-Betroffenen nahezu unerträglich werden. Sie suchen dann nach Gründen, wie der Gang zur Toilette,

oder der Kaffeemaschine, um aus der Situation auszusteigen (Ohlmeier & Roy, 2021, S. 56). Viele ADHS-Menschen fühlen sich nur dann wohl, wenn sie sich ständig körperlich betätigen. Häufig werden Sportarten wie Jogging, Marathonlaufen, klettern oder Fahrradfahren auf Langdistanzen als Ausgleich und entspannungsförderndes Mittel eingesetzt (Ohlmeier & Roy, 2021, S. 56). ADHS-Betroffene sind stets schnellen Schrittes unterwegs, auch beim Spazieren (Krause & Krause, 2022, S. 83). Hyperaktivität kann laut Huggenberger (2019) nicht einfach gestoppt werden. Betroffene können ihre äussere Unruhe aber anhand von Gegenständen, mit denen sie sich lautlos und unauffällig beschäftigen können, abbauen (S. 93). Hyperaktive ADHS-Menschen wirken im Allgemeinen sehr energiereich und lebendig, sie können beruflich und privat an vielen verschiedenen Projekten beteiligt sein. Oft sind es in ihrem Sinne aufregende Aufgaben wie häufige Kundentermine, Dienstreisen oder kreative Tätigkeiten. Sorgfältiges Arbeiten am Schreibtisch ist für hyperaktive ADHS-Betroffene ungünstig (Ohlmeier & Roy, 2021, S. 56). Sie sind schnell gelangweilt und brauchen ständig Anregung und Betrieb (Ryffel-Rawak, 2016, S.29). In der Tat empfinden Menschen mit ADHS häufig Langeweile, wenn sie nicht immer wieder gefordert werden durch neue Stimuli. Bei Konfrontation mit der Thematik der mangelnden Motivation oder Fokussierung, weisen ADHS-Betroffene diese subjektiv empfundenen Vorwürfe mangels besseren Wissens zurück (Huggenberger, 2019, S. 92). Diverse Kompensationsmechanismen sind logische Folgen des Abbaus der inneren Unruhe. Wenn diese Strategien Erfolg zeigen, kann daraus schnell eine Sucht entstehen zum Beispiel im Sport, beim Essen, oder beim Medienkonsum (ebd., S. 92).

Ohlmeier und Roy (2021) weisen darauf hin, dass sich ADHS-Menschen mit Hyperaktivität und Impulsivität in Kombination leicht für neue Herausforderungen begeistern. Sie empfinden aber ebenso schnell Langeweile, was zu einer vorzeitigen Beendigung führt. Arbeitsplätze, Freizeitaktivitäten oder auch künstlerische Hobbies werden vorzeitig abgebrochen und durch andere ersetzt. Sie suchen Herausforderungen mit besonderem Nervenkitzel wie, Fallschirm- oder Bungee-Springen oder schnelles Autofahren, um das leicht auftretende Gefühl der Langeweile zu mindern (S. 56).

Nach Huggenberger (2019) tritt Hyperaktivität bei einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung nicht zwangsläufig auf. Bei rund einem Drittel der ADHS-Menschen nimmt die Hyperaktivität mit zunehmendem Alter ab.

#### 2.4.4 Entstehung der ADHS

Laut Sobanski et al. (2017) ist die Entstehung der ADHS komplex. Unterschiedliche Mechanismen sind miteinander verzahnt und greifen ineinander. An den genauen Ursachen und Entstehungsbedingungen wird noch geforscht. Es wird davon ausgegangen, dass sowohl angeborene genetische, als auch Umweltfaktoren beteiligt sind und diese im Sinne einer Gen-Umwelt-Interaktion interagieren (S. 2586).

#### 2.4.5 ADHS und Genetik

Huggenberger (2019) besagt, dass die ADHS gemäss dem heutigen Forschungsstand mit hoher Wahrscheinlichkeit eine vorwiegend genetisch bedingte Störung ist (S. 121). Barkley (2024) verweist auf Studien, die aufzeigen, dass die ADHS erblich bedingt ist. Dabei sind rund zehn bis 35 Prozent der biologischen Verwandten von Kindern mit ADHS ebenfalls von der Störung betroffen. Hat ein Elternteil ADHS, zeigt sich ADHS bei 40 bis 75 Prozent ebenfalls. Das bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit hier achtmal höher ist, dass das Kind ADHS entwickelt, als bei Kindern von Eltern ohne ADHS. Die Störung ist also in hohem Masse erblich (S. 63). Populationsgenetische Untersuchungen lassen vermuten, dass das Vererbungsmuster der ADHS multidimensional ist und auf der Weitergabe mehrerer Gene beruht. Der Forschungsschwerpunkt zur ADHS-Genetik verlagert sich darum zunehmend von der quantitativen Ermittlung des Beitrages einzelner Gene zum Erkrankungsrisiko hin zu mehr komplexen molekulargenetischen Untersuchungen (Sobanski et al. 2017, S. 2586). Dabei steht ein besseres Verständnis für die komplexen, miteinander in Wechselbeziehungen stehenden molekularen und zellulären Prozessen und Veränderungen, die zu ADHS führen, im Fokus. Ein weiterer, zentraler Aspekt ist die Steuerung der Umsetzung der in der DNA gespeicherten Informationen in Wechselwirkung mit Umwelteinflüssen. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Zellprozesse (ebd., S. 2586).

Ohlmeier & Roy (2021) gehen davon aus, dass der ADHS genetische Ursachen zugrunde liegen, die auch eine Vererbbarkeit des Störungsbildes bewirken. Vermutlich müssen mehrere Genveränderungen bei einer Person vorliegen, damit die ADHS entsteht. Gene, die in den Dopaminstoffwechsel involviert sind, kommt eine besondere Bedeutung zu. Vermutlich sind aber auch die Gene des Stoffwechsels anderer Neurotransmitter, wie Serotonin und Noradrenalin an der Entstehung und Ausprägung des ADHS beteiligt. Man geht also davon aus, dass es nicht «die eine Genveränderung» gibt, die ADHS bewirken kann (S. 38-39). Die

Auswirkungen der genetischen Prädisposition der ADHS hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab (Huggenberger, 2019, S. 135).

#### 2.4.6 ADHS und Umwelteinflüsse

Huggenberger (2019) erklärt, dass die Frage, inwieweit der Mensch durch seine Erbanlagen und die Umwelteinflüsse bestimmt ist, kontrovers diskutiert wird. Diese Debatte bezieht sich auch auf die ADHS. So kann laut Huggenberger keine pauschal gültige Aussage über den quantitativen Teil der Genetik und der Umwelteinflüsse getroffen werden, da beide Grössen variabel sind und in Interaktion zueinanderstehen (S. 135). Sobanski et al. (2017) betonen, dass die Diagnosestellung stark von der jeweiligen Umweltkonstellation abhängen kann (S. 2587). Wenn Personen mit ADHS-Kernsymptomen in einer Umgebung leben, in der diese individuellen Eigenschaften akzeptiert werden, ist es möglich, dass diese keinen Leidensdruck entwickeln und auch keine Beeinträchtigung in den verschiedenen Lebensbereichen zeigen. Einzelnen Individuen gelingt es nach Sobansky et al. (2017), ihre Umgebung so zu verändern, dass sie nicht beeinträchtigt sind. Ein hohes Mass an aktiver Gestaltungsmöglichkeit der Arbeitsbedingungen scheint einen positiven Einfluss auf die ADHS-Menschen zu haben (S. 2587).

#### 2.4.7 ADHS in der Schwangerschaft

Sobanski et al. (2017) nennen prä- und perinatale Faktoren wie Nikotin- und Alkoholexposition, geringes Geburtsgewicht, pränatale Viruserkrankungen, Stress, Übergewicht, Angstzustände der Mutter und auch Komplikationen rund um die Geburt als Risikofaktoren einer ADHS. Interessanterweise könnte es sich dabei auch um nicht-kausale, indirekt mit ADHS-Verhalten verbundene Umweltfaktoren handeln. Sobanski et al. (2017) weisen darauf hin, dass ADHS durch Vererbung genetischer Faktoren, die bestimmte Verhaltensweisen auslösen, maskiert wird. So ist das ADHS-Risiko von Müttern, die in der Schwangerschaft rauchen, statistisch erhöht. Dabei ist letzten Endes nicht der „Umweltfaktor Nikotin“ verantwortlich, sondern eine genetische Komponente. Diese löst laut Sobanski et al. beim Kind ADHS und bei der Mutter Suchtverhalten (hier Nikotinabhängigkeit) aus. Aufgrund der hohen Komorbidität von ADHS und Suchterkrankungen könnte dies für eine klinisch schwer erkennbare ADHS bei Müttern sprechen. Bei Schwangerschaften durch Eizellspende, also keiner genetischen Verwandtschaft zwischen Mutter und Kind, war der Nikotineffekt auf das Kind nicht mehr belegbar (ebd., S. 2587).

#### 2.4.8 ADHS und Ernährung

Laut einer grossen Untersuchung ist die ADHS nicht die Folge von ungesunder Nahrung. Eine ungesunde Nahrungsaufnahme ist die Folge der ADHS. Dass ADHS-Menschen häufiger ungesunde Nahrungsmittel konsumierten, zeigte eine weitere Untersuchung. Die Effekte einer Ernährungsumstellung auf die ADHS-Symptome sind erheblich kleiner als die Auswirkung von ADHS auf die Wahl der bevorzugten Ernährungsform (Das ADHS-Kompendium, 2024, S. 237). Individuelle Einflüsse von Nahrung auf die Stresssysteme und im Umkehrschluss von Stress auf die Verdauungsorgane können eine Ergänzung zur Behandlung von ADHS leisten. Eine Zucker- und fettreiche Ernährung wird mit erhöhten Entzündungswerten im Präfrontalen Cortex (siehe Kapitel 2.3), Leberproblemen und mit Verhaltensveränderungen, die im Zusammenhang mit der ADHS erscheinen, in Verbindung gebracht. Es ist eine Illusion, allein durch die Ernährung eine bestehende ADHS mit Erfolg zu behandeln (ebd., S. 237). Sobanski et al., (2017) beobachten eine Verlagerung der Forschung von ADHS-begünstigenden Ernährungsfaktoren hin zu einer Ernährungsumstellung, die eine Abschwächung bestimmter ADHS-Symptome fördert (S. 2587).

#### 2.4.9 ADHS und Schlaf

Huggenberger (2019) zeigt auf, dass Erwachsene mit ADHS häufig Einschlafschwierigkeiten haben (S. 96). Krause und Krause (2022) erwähnen die klinische Evidenz von Problemen mit dem Einschlafen und Wachwerden. Häufiger Missbrauch von Alkohol als Versuch, den Erregungspegel durch Konsumation des Alkohols zu senken, erweist sich naturgemäss als problematisch und kann zu weiteren negativen Effekten in Bezug zur Schlafqualität führen (S. 211). ADHS-Betroffene benötigen laut dem ADHS-Kompendium wesentlich länger, um einzuschlafen. Typisch ist dabei die Beschreibung des Gedankenkreisens. Eine normale Einschlafzeit beträgt fünf bis dreissig Minuten. Das Einschlafen innerhalb weniger als fünf Minuten kann Folge übergrosser Erschöpfung sein. Einschlafen nach über 30 Minuten deutet auf eine erhöhte Wachheit und Aufmerksamkeit hin. Bei ADHS wird beides beobachtet (Das ADHS-Kompendium, 2024, S. 31). Das Einschlafen kann nach Huggenberger (2019) durch vorgängige Überstimulationen wie laute Musik, erregte Diskussionen oder übermässiger Medienkonsum beeinträchtigt werden. Viele ADHS-Menschen sind Nachteulen. Sie werden erst abends richtig aktiv, wenn störende Aussenreize und Anforderungen anderer entfallen. Sie empfinden die Nacht als schönste Tageszeit und gehen oft weit nach

Mitternacht zu Bett (S. 96). Neuhaus (2009) erwähnt, dass die biologische Mitternacht bei Menschen mit ADHS anhand der körpereigenen Melatonin Ausschüttung rund eine Stunde später stattfindet (um 4 Uhr etwa) als bei Nichtbetroffenen (3 Uhr) (S. 102). So können nach Huggenberger (2019) die wenigsten ihren natürlichen Schlaf-Wach-Rhythmus, den sogenannten zirkadianen Rhythmus, leben, wenn sie morgens beim Wecker klingeln aus einem «komatösen» Schlaf gerissen werden. Aufgrund des permanenten Schlafmankos laufen sie Gefahr, in einen chronischen Schlafmangel zu gelangen, der zu einer reduzierten Leistungsfähigkeit tagsüber führt (S. 96). Sobanski et al. (2017) sehen in einer angepassten Schlafhygiene, einer Melatonin- Gabe und einer Lichttherapie eine Möglichkeit zur Verbesserung der ADHS-Symptomatik. Sie besagen, dass in Regionen mit besonders hoher Sonnenintensität, die Prävalenz von ADHS niedriger zu sein scheint (S. 2588). Huggenberger (2019) verweist auf die Wichtigkeit der Schlafhygiene. Vor dem Einschlafen sollen aktivitätsfördernde Reize vermindert bzw. vermieden werden. Beruhigend wirken unter anderem Musik hören, Entspannungsübungen, Duschen oder Bäder. Diese Rituale sind in ihrer Wirkung individuell. Wichtig ist die Einhaltung der Schlafhygiene über Wochen, zur Gewährleistung ihrer Wirksamkeit. Im Schlafzimmer müssen akustische und visuelle Reize nach Möglichkeit dezimiert werden. Für die Bildung einer ausreichenden Menge des Schlafhormons Melatonin muss der Raum abgedunkelt werden (S. 96).

#### 2.4.10 ADHS und psychosoziale Einflüsse

Sobanski et al. (2017) verweisen darauf, dass kulturelle und soziale Faktoren trotz der starken genetischen und biologischen Faktoren, die pathophysiologisch eine Rolle spielen, nicht ausgelassen werden dürfen (S. 2588). Nach Huggenberger (2019) können psychosoziale Faktoren die Ausformung und den Verlauf einer Störung erheblich verstärken. Kritische Lebensereignisse, frühere Stresserfahrungen und psychische Traumatisierungen zählen dazu. Rezidivierende und schwerwiegende psychosoziale Einflüsse hinterlassen Spuren im Gehirn. Verarbeitungsprozesse verändern sich dadurch und ADHS-Menschen zeigen sensiblere Reaktionen mit einer potenzierten Erkrankungsbereitschaft auf Belastungen (S. 187). Der soziale Stress, dem die ADHS-Menschen ausgesetzt sind, wird nach Sobanski et al. (2017) im Zusammenhang mit der Anerkennung oder Ablehnung der ADHS-Diagnose des Umfeldes in Abhängigkeit gesetzt. Der Zugang zu adäquater Diagnostik und Therapie hängt häufig davon ab (S. 2588).

### 3 Internationale Diagnosekriterien der ADHS für Erwachsene

Im folgenden Kapitel werden sowohl die Instrumente zur Diagnosestellung, die Diagnoseverfahren als auch die beiden Diagnosesysteme, das internationale Diagnosesystem der American Psychiatric Association, das DSM-5 (Kapitel 3.1) und das ICD 10, eine medizinische Klassifikationsliste der Weltgesundheitsorganisation WHO (Kapitel 3.2) erläutert (Ohlmeier & Roy, S. 50/ S. 178)

Die ICD und die DSM-Kriterien wurden grundsätzlich für Kinder konzipiert im Gegensatz zu den Wender-Utah Kriterien (siehe Kapitel 3.3), die explizit für Erwachsene erschaffen wurden. Die Wender-Utah Kriterien werden den verschiedenen Erscheinungsweisen der Symptome und Anforderungen im Kindes-, Jugend-, und Erwachsenenalter gerecht (Huggenberger, 2019, S. 43). Aktuell wird in der Schweiz mit dem DSM-5 Diagnosesystem gearbeitet. Die diagnostischen Kriterien wurden überarbeitet und sind auf Adoleszenz ab 17 Jahren zugeschnitten (Schweizerische Fachgesellschaft ADHS, 2016).

Krause und Krause (2022) weisen darauf hin, dass eine Diagnosestellung einer ADHS im Erwachsenenalter meist schwieriger ist als im Kindesalter. Erwachsene ADHS-Betroffene haben einen jahrzehntelangen Anpassungsprozess an die Symptomatik durchlaufen. Die untersuchenden Fachpersonen müssen zwischen Menschen unterscheiden, die sie mit einer selbst gestellten Diagnose aufgrund intensiver Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild konsultieren und solchen, bei denen man hinter emotionalen Problemen mit depressiver Grundstimmung, Impulsivität und Konzentrationsstörungen eine versteckte ADHS in Betracht ziehen muss (S. 120). Die Kernsymptome Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität sind nach Krause und Krause (2022) bei Erwachsenen unspezifisch. Häufig besteht eine Komorbidität (Kapitel 3.4) mit anderen psychischen Erkrankungen (S.120).

Für die Diagnostik wird zunächst ein klinisches, semistrukturiertes Interview durchgeführt. Dabei stehen die aktuellen Beschwerden im Fokus. Es soll einen Überblick über das Ausmass der Beeinträchtigungen und den zeitlichen Verlauf der Beschwerden aufzeigen.

Die Diagnose setzt sich aus den drei folgenden Komponenten zusammen:

- Aktuelle Beschwerden des Patienten inklusive schulischer und beruflicher Entwicklung.
- Retrospektiv zu diagnostizierende Symptome einer ADHS im Kindesalter.

- Angaben zur Familienanamnese, da nach aktuellem Forschungsstand von einer genetischen Disposition ausgegangen wird (Krause & Krause S. 124-125).

Ein weiterer wichtiger Faktor ist nach Krause und Krause (2022) die Fremdanamnese. Eltern und Lehrer können wichtige Hinweise über das Verhalten in der Kindheit und der Schulzeit geben. Wenn keine Verwandten befragt werden können, bleiben nur die Angaben des Patienten selbst bezüglich der Einschätzung der Verhaltensweisen im Kindesalter (S. 127). Zu dem Zweck wurde die «Wender Utah Rating Scale» (WURS) entwickelt (Kapitel 3.3).

### 3.1 DSM 5

Das Diagnosesystem des DSM-5 liegt aktuell in der fünften Auflage vor und beschreibt 18 beobachtbare Verhaltensweisen die charakteristisch für ADHS sind (Barkley, 2024, S. 26). Sobanski et al. (2017) ergänzen, dass sie für das Erwachsenenalter adaptiert sind. Für die Diagnosestellung müssen nur fünf anstelle der früher geforderten sechs der insgesamt neun beschriebenen Symptome der Bereiche Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität nachweisbar sein. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass bei Erwachsenen häufiger weniger Symptome bestehen. Die DSM-5 ermöglicht es, Schwerpunkte in der Symptomatik zu beschreiben, welche als sogenannte «Erscheinungsbilder» bezeichnet werden (S. 2594-2595). Die aktuell gültigen Diagnosekriterien des DSM-5 sind im Jahr 2013 erschienen (siehe Anhang 6).

### 3.2 ICD-10

Anhand des Standard-Diagnoseinstrumentes für klinische Zwecke, dem ICD (International Statistical Classification of Diseases und Related Health Problems), das von Ärzten global zur Diagnose und von Forschern zur Kategorisierung von Krankheiten verwendet wird, lässt sich ADHS ebenfalls diagnostizieren. ADHS fällt dabei in die Kategorie (F90.xx) «Hyperkinetische Störungen» des ICD 10, der aktuell gültigen Version des ICD (ICD-Code, 2024). Die neue ICD-11 wäre seit dem 01.01.2022 einsetzbar, die Entwurfsfassung ist jedoch aus lizenzrechtlichen Gründen noch nicht nutzbar. (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024, o. S.).

Das DSM und das ICD benennen lediglich die für die Diagnose relevanten Symptome. Es gibt noch weitere Symptome, die aus einer ADHS resultieren. Alle

Symptome sind relevant für die Behandlung. DSM und ICD dienen mehr der statistischen Erfassung und Einordnung von Diagnosen (Das ADHS-Kompodium, 2024, S. 175).

### 3.3 Wender-Utah Skala

Ein zur Diagnosestellung weit verbreitetes Kategoriensystem, die sogenannte Wender-Utah Rating Scale (WURS), stammt von Paul H. Wender. Die darin enthaltenen Wender-Utah-Kriterien sind explizit für Erwachsene in 7 Symptomkategorien eingeteilt. Sie beinhalten Aufmerksamkeitsstörungen (Vergesslichkeit/ Ablenkbarkeit), motorische Hyperaktivität (innere Unruhe, beständige Spannung), Affektlabilität (Stimmungswechsel), desorganisiertes Verhalten (unzureichende Planung/ Organisation), Affektkontrolle (Reizbarkeit), Impulsivität (Ungeduld) und emotionale Überreaktionen (schnell gestresst) (Huggenberger, 2019, S. 43-44). Für die Diagnose müssen nach Sobanski et al. (2017) bei einer ADHS im Erwachsenenalter zwingend Symptome aus den Bereichen Aufmerksamkeit und Hyperaktivität vorliegen, wie auch Symptome aus zwei weiteren Symptomkategorien. Dabei werden ADHS-Betroffene mit unaufmerksamem Erscheinungsbild nach DSM-5 nicht berücksichtigt (S. 2596). Die einzelnen Wender-Utah-Kriterien werden in den folgenden Kapiteln 3.3.1-3.3.7 genauer erläutert. Sie werden laut Krause & Krause (2022) für eine sichere Diagnose im Erwachsenenalter verlangt (S. 353).

Sobanski et al. (2017) konstatieren, dass ADHS eine klinische Diagnose ist. Die klinische Untersuchung soll entsprechend den Vorgaben des ICD-10 oder des DSM-5 erfolgen. Bisher stehen keine validen und etablierten biologischen oder neuropsychologischen Marker zur Verfügung, mit denen ADHS diagnostiziert werden könnte (S. 2597).

#### 3.3.1 Aufmerksamkeitsstörung

Erwachsene haben bei einer Aufmerksamkeitsstörung Schwierigkeiten, sich auf schriftliche Texte oder Arbeitsaufgaben zu konzentrieren. Sie sind vergesslich und leicht ablenkbar (Sobanski et al., 2017, S. 2596). Sie verlegen oder verlieren häufig Gegenstände, wie Schlüssel oder Geldbeutel. Es besteht ein Unvermögen, Gesprächen aufmerksam zu folgen, da andere, zeitgleiche Stimuli nicht herausgefiltert werden können (Krause & Krause, 2022, S. 353).

### 3.3.2 Motorische Hyperaktivität

Bei Inaktivität gelangen Erwachsene in eine dysphorische Stimmungslage, sie sind unfähig, sitzende Tätigkeiten durchzuführen und auch, sich zu entspannen. Die mangelnde Entspannung und die Nervosität beziehen sich nicht auf eine antizipatorische Ängstlichkeit. Sie haben eine innere Unruhe in sich (Sobanski et al., 2017, S. 2596). Nach Kause und Krause (2022) sind sie stets «auf dem Sprung» (S. 353).

### 3.3.3 Affektlabilität

Erwachsene erleben den Wechsel zwischen neutraler, niedergeschlagener Stimmung und leichter Erregbarkeit in der Dauer von einigen Stunden bis maximal einigen Tagen (Sobanski et al., 2017, S. 2596). Die Niedergeschlagenheit wird von den Betroffenen oft als Unzufriedenheit oder Langeweile beschrieben. Die Stimmungswechsel sind reaktiv und die auslösenden Ereignisse sind rückverfolgbar. Sie treten aber gelegentlich auch spontan auf. Es finden sich keine eklatanten Interessenverluste oder somatische Begleiterscheinungen (Krause & Krause, 2022, S. 353).

### 3.3.4 Desorganisiertes Verhalten

Aufgaben werden nicht zu Ende gebracht und Aktivitäten werden nur unzureichend geplant und organisiert (Sobanski et al., 2017, S. 2596). Die Patienten wechseln planlos von einer Aufgabe zur nächsten. Sie haben unsystematische Problemlösestrategien und Schwierigkeiten mit der Zeit und der Organisation. Auch verfügen sie über die Unfähigkeit, Zeitpläne und Termine einzuhalten (Krause & Krause, 2022, S. 353-354).

### 3.3.5 Affektkontrolle

ADS-Erwachsene haben bei der Affektkontrolle eine verminderte Frustrationstoleranz und kurze Wutausbrüche. Sie sind andauernd gereizt, auch aus geringem Anlass (Sobanski et al., 2017, S. 2597). Wutanfälle sind gewöhnlicherweise von kurzer Dauer. Die erhöhte Reizbarkeit im Strassenverkehr im Umgang mit anderen Verkehrsteilnehmern ist typisch. Auf Beziehungen zu Mitmenschen wirkt sich eine mangelnde Affektkontrolle negativ aus (Krause & Krause, 2022, S. 354).

### 3.3.6 Impulsivität

Mit ihrer Impulsivität unterbrechen Erwachsene andere im Gespräch. Sie sind ungeduldig und tätigen impulsiv ablaufende Einkäufe. Sie haben ein Unvermögen, Handlungen im Verlauf zu protrahieren (Sobanski et al., 2017, S. 2597). Dabei fühlen sie kein Unwohlsein (Krause & Krause, 2022, S. 354).

### 3.3.7 Emotionale Überreagibilität

Häufig beschreiben sich die Patienten selbst als schnell gestresst. Sie haben eine Unfähigkeit, mit alltäglichen Stressoren adäquat umzugehen (Sobanski et al., 2017, S. 2597).

## 3.4 Komorbidität

Laut Falkai und Wittchen finden sich periodisch auftretende Störungen bei einer Minderheit der Erwachsenen mit ADHS, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung aber häufiger (S. 86). Krause und Krause (2022) weisen darauf hin, dass Komorbiditäten von der ADHS abgegrenzt werden (S. 141). Sobanski et al. (2017) besagen, dass bei ADHS eine hohe Prävalenz psychiatrischer Komorbidität besteht. Diese Komorbiditäten sind von ihrem Störungsbild wegen Interferenzen nicht leicht von den ADHS-Symptomatiken abzugrenzen. Es existieren nur wenige evidenzbasierte Empfehlungen, wie die Differenzialdiagnostik der ADHS in Zusammenhang mit den komorbiden Störungen erfolgen kann (S. 2600). Nach Huggenberger (2019) wird die Komorbiditätsrate bei Menschen mit ADHS auf bis zu 80 Prozent geschätzt. Etwa 20 Prozent haben zwei oder mehr Erkrankungen (S. 109). Monika Ridinger (2017) erklärt, dass sich am häufigsten das gemeinsame Auftreten von ADHS mit affektiven Störungen, wie Depressionen oder Angststörungen, bipolare Störungen, Störungen der Persönlichkeit und in einer Dysregulation des Sozialverhaltens zeigt. Traumafolgestörungen und Abhängigkeitserkrankungen gehören zu den weiteren Störungsbildern (S. 46-47).

Thomas E. Brown (2018) weist auf die unterschiedlichen Definitionen von Komorbidität hin. Diese unterscheiden sich sehr, denn es existieren Querschnittstudien, die nur Störungen beachten, die in den letzten sechs Monaten innerhalb des vergangenen Jahres aufgetreten sind. Andere betrachten eine Störung dann als komorbid, wenn diese über die gesamte Lebenszeit vorhanden ist (S. 124).

Barkley (2024) besagt, dass nur einer von fünf ADHS-betroffenen Erwachsenen eine ausschliessliche ADHS ohne Komorbidität hat (S. 314).

### 3.4.1 Angst- und Belastungsstörungen

Die Prävalenzzahlen von ADHS und komorbiden Angststörungen variieren in verfügbaren Studien laut Sobanski et al. (2017) zwischen 25 bis 50 Prozent. Die sozialen Phobien konsistieren bei einer Prävalenz von 20 Prozent (S. 2602). Zu den Angststörungen zählen nach Ohlmeier und Roy (2021) die phobischen Störungen (Angst vor bestimmten Reizen, wie Höhen, soziale Situationen, Spinnen), die Panikstörung (Panikattacken mit Herzklopfen, Schwindel) und die generalisierte Angststörung (Sorgen und Befürchtungen, die das ganze Leben einschränken können). ADHS-Betroffene haben oft ein erhöhtes Angstniveau (S. 68). ADHS im Kontext einer Angststörung kann bei Erwachsenen mit bereits vorhandenen Problemen des Selbstwertes, der Stressbewältigung und dem Arbeitsverhalten diese noch stärker betonen (Krause & Krause, 2022, S. 158). Das führt zu einer ständigen, verstärkten, inneren Anspannung, was erheblichen Leidensdruck verursacht. Darum weisen Ohlmeier und Roy (2021) darauf hin, dass zwischen tatsächlichen, krankhaft ausgeprägten Ängsten und Vermeidungsstrategien, die die ADHS-Patienten entwickeln, um Überforderungen von Situationen zu umgehen, unterschieden werden muss (S. 69). Sobanski et al. (2017) betonen, dass die Differenzialdiagnostik von ADHS und komorbider Angststörung eine Herausforderung darstellt. Diese kann durch die Symptomüberschneidung (z. B. innere Unruhe, Irritierbarkeit, verminderte Stresstoleranz, erhöhte Anspannung) diffizil sein (S. 2602).

### 3.4.2 Affektive Störungen

Zu den affektiven Störungen werden Depressionen, Manie und bipolare Störungen gezählt (Ohlmeier & Roy, 2021, S. 66). Nach Sobanski et al. (2017) zeigen epidemiologische Studien, dass eine bis zu vierfach erhöhte Lebenszeitprävalenz depressiver Störungen gegenüber der Prävalenz der Allgemeinbevölkerung besteht (S. 2601). Krause und Krause (2022) ergänzen, dass die Diagnose einer komorbiden depressiven Störung bei ADHS erschwert ist. Nach den Kriterien aus dem DSM-5 kommt es zu einer Symptomüberlagerung beider Krankheitsbilder (S. 151). Ohlmeier und Roy (2021) weisen darauf hin, dass die Differenzierung von einer ADHS, einer Depression und einer ADHS *mit* einer Depression eine grosse Herausforderung darstellt (S. 66). Die meisten Kernsymptome einer Depression, wie Konzentrationsstörungen, Selbstwertzweifel, Erschöpfungsgefühl, Appetitmangel, vermindertes Interesse, Schlafstörungen, psychomotorische Agitiertheit und Verlangsamung können bei der ADHS auftreten. Eine Depression,

die in einer Monotherapie mit Antidepressiva behandelt wird, erwirkt eine Besserung der Symptomatik. Bei einer ADHS muss im Gegenzug eine kombinierte Behandlung mit ADHS-Stimulanzien eingesetzt werden (Krause & Krause, 2022, S. 151).

Für bipolare Störungen liegen laut Ohlmeier und Roy (2021) neben Episoden einer Depression auch manische Phasen vor. In denen sind Patienten sehr unruhig, euphorisch bis gereizt-aggressiv, risikofreudig, selbstüberschätzend, verfügen über einen starken Drang zum Sprechen und über schnelle Gedankengänge (S. 67). Darum fallen laut Ohlmeier und Roy (2021) bei den manischen Phasen Überlappungen zur ADHS auf. Sowohl bei der Depression als auch bei den manischen Episoden lässt sich ADHS durch das zeitliche Auftreten abgrenzen. Bei bipolaren Störungen dauert die manische Phase mindestens eine Woche lang an. Mit Phasen einer ausgeglichenen Stimmungslage werden manische und depressive Episoden unterbrochen. Bei einer ADHS wechselt die Stimmung deutlich schneller zwischen einem «Hoch» und einem «Tief». Die Therapie stellt eine Herausforderung dar, da ADHS-typische Medikamente eine manische Phase auslösen können (S. 67).

### 3.4.3 Somatische Störungen

Krause und Krause (2022) zeigen auf, dass neurologische und intrinsische Grunderkrankungen und psychotrope Substanzen ADHS-Symptome verursachen können. Der Ausschluss organischer psychischer Störungen ist darum bei einer ADHS im Erwachsenenalter wichtig. Es muss ein internistischer und neurologischer Befund durch eine körperliche Untersuchung und eine somatische Zusatzdiagnostik erhoben werden (S. 342). Sobanski et al. (2017) ergänzen, dass keine ausführlichen Untersuchungen zur Komorbidität von ADHS mit somatischen Erkrankungen verfügbar sind. Wenn sich bei der Befunderhebung Hinweise ergeben, sollten die entsprechenden Diagnostiken durchgeführt werden (S. 2601).

### 3.4.4 Persönlichkeitsstörungen

Nach Sobanski et al. (2017) ist der Zusammenhang von ADHS bei Erwachsenen und Persönlichkeitsstörungen bisher nur wenig untersucht (S. 2603). Ohlmeier und Roy (2021) merken an, dass sich Persönlichkeitsstörungen nach der ICD-10 als fest verankerte, anhaltende Verhaltensmuster, welche zu abweichendem Wahrnehmen, Denken und Fühlen führen, zeigen. Häufig haben sie eine gestörte Beziehungs- und Leistungsfähigkeit zur Folge. Persönlichkeitsstörungen entwickeln sich nach Definition in der Kindheit oder Jugend und persistieren bis ins Erwachsenenalter.

Bei näherer Betrachtung ist feststellbar, dass diese Definition auch auf ADHS übertragbar ist (S. 70).

Brown (2018) nennt bei ADHS als häufigste Persönlichkeitsstörung die Borderlinestörung. Diese zeigt sich durch instabile zwischenmenschliche Beziehungen, ein instabiles Selbstbild, emotionale Instabilität und Impulskontrollproblemen. Zwangsstörungen sind ein weiterer häufiger Faktor der Persönlichkeitsstörungen der ADHS. Sowohl Borderline- als auch Zwangsstörungen können entstehen, wenn Menschen mit ADHS ihre Probleme mit den Exekutivfunktionen zu bewältigen versuchen (S. 129). Sobanski et al. (2017) verweisen auf die Symptomüberschneidungen bei der Differenzialdiagnostik der Borderline-Störung. Dazu gehören die verminderte Stressresistenz, emotionale Dysregulation mit Affektlabilität und Impulsivität (S. 2603). Für Ohlmeier und Roy (2021) ist eine sichere Unterscheidung der Borderline-Störung von der ADHS aufgrund der Ähnlichkeit der Symptome schwierig. Es kann festgehalten werden, dass das Selbstbild der ADHS nicht so inkonstant ist und Gefühle der Leere vorwiegend bei Langeweile auftreten. Im Rahmen einer Impulsivität kann sich selbstverletzendes Verhalten bei einer ADHS zeigen. Dabei dient dieses weniger der Spannungsregulation als bei der Borderline-Störung. Selten zeigt sich auch paranoides Verhalten bei einer ADHS (S. 71).

#### 3.4.5 Schlafstörungen

Sobanski et al. (2017) verweisen auf verschiedenen Studien, in denen die Schlafqualität von Erwachsenen mit ADHS untersucht wurde. Bei bis zu 70 Prozent der Betroffenen fanden sich Hinweise auf eine subjektiv verminderte Schlafqualität mit unruhigem und wenig erholsamem Schlaf (S. 2603). Krause und Krause (2022) weisen auf eine polysomnographische Studie hin, die im Vergleich zu Personen ohne eine ADHS-Diagnose eine vermehrte nächtliche motorische Aktivität festgestellt hat. Diese zeigt sich in intensiven periodischen Beinbewegungen, die das subjektive Schlafempfinden negativ beeinflusste (S. 210). Wie bereits teilweise in Kapitel 2.4.9 erwähnt, gibt es nach Krause und Krause (2022) eine klinische Evidenz, dass viele Erwachsene mit ADHS über Schlaf- und Wachwerden klagen. Betreffend der Einschlafproblematik kann eine Überstimulation durch Reize vorliegen. Erregte Diskussionen, Surfen im Internet und laute Musik sollten vor dem Schlafen gehen vermieden werden, da sie zur Problematik beitragen können (S. 211). Der Missbrauch von Alkohol als Versuch, den Erregungspegel zu senken ist problematisch. Er kann zu weiteren negativen Effekten bezüglich der Schlafqualität

führen (ebd. S. 211). Sobanski et al. (2017) weisen darauf hin, dass Schlafstörungen wie auch die ADHS mit Konzentrationsstörungen einher gehen. Die hohe Prävalenz der Schlafstörungen bei ADHS sollte mit einer Schlafanamnese erhoben werden. Dabei werden die Ein- und Durchschlafstörungen, Tagesmüdigkeit und Erholbarkeit des Schlafes und die Beinbewegungen beim Einschlafen exploriert. Auch die Fremdbeobachtung bezüglich des Schnarchens wird miteinbezogen (S. 2603). Krause und Krause (2022) stellen fest, dass gerade bei der obstruktiven Schlafapnoe Überschneidungen mit Symptomen der ADHS möglich sind (S. 210). Sie weisen auch darauf hin, dass mit Stimulanzien behandelte ADHS-Patienten individuelle Zeitpunkte der Einnahme benötigen. Mit Stimulanzien behandelte Patienten können aus zwei Gründen Einschlafstörungen produzieren; bei zu später Einnahme am Nachmittag oder am frühen Abend ist ein stimulierender Effekt möglich. Es besteht die Möglichkeit, die Substanzen unmittelbar vor dem Zubettgehen einzunehmen, was zu einer deutlichen Verbesserung des Schlafverhaltens beitragen kann (ebd., S. 211).

#### 3.4.6 Suchterkrankungen

Klinische Studien über ADHS im Erwachsenenalter ergeben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko für eine Substanzabhängigkeit. In Studien wurde eine Prävalenz für eine Substanzabhängigkeit bei ADHS von 25 Prozent erhoben (Sobanski et al., 2017, S. 2602). Neuhaus (2009) nennt Substanzen wie Nikotin, Alkohol, THC und Kokain, welche die Dopaminzufuhr in den Hirnarealen erhöhen, die für die Motivation und Belohnung zuständig sind. Dazu zählt auch der Konsum von Kohlenhydraten, wie Schokolade (S. 104). Krause und Krause (2022) erwähnen eine epidemiologische Metastudie aus Deutschland und den USA über das Essverhalten, die besagt, dass eine Beziehung zwischen Fettsucht und ADHS besteht. Ebenso konnte in einer anderen Studie neben dem Binge-Eating auch bulimisches Essverhalten bei ADHS-diagnostizierten Frauen nachgewiesen werden (S. 99).

Da bei ADHS die Genussfähigkeit vermindert ist, sehen sich nach Neuhaus (2009) die Betroffenen getrieben, subjektive Befriedigung von aussen zu holen, zum Beispiel durch exzessiven Sport, Risikosportarten, Spielen, Kaufen und Sexualität (S. 104). Barkley (2024) betont, dass gerade Alkohol bei ADHS-Menschen die Symptome verschlimmert. Durch den Konsum von Alkohol findet eine Enthemmung statt. Dadurch werden die ohnehin schon ausgeprägten Schwierigkeiten mit der Impulskontrolle von ADHS-Betroffenen noch grösser. Bei einigen wirkt der Alkohol

vorübergehend angstlösend, was eine Erklärung für die hohe Abhängigkeitsrate von ADHS-Menschen ist (S. 324-325). Unter Erwachsenen mit ADHS ist die Nikotinabhängigkeit besonders verbreitet. Das Risiko für Nikotinkonsum ist für ADHS-Betroffene fast doppelt so hoch wie das der Allgemeinbevölkerung. Das Rauchen wird von einigen Forschungspersonen aus der Wissenschaft als Form der Selbstmedikation angesehen. Für sie wirkt Nikotin als Stimulans auf den Botenstoff Dopamin. Es ruft ähnliche Effekte hervor, wie die Medikation mit Methylphenidat, welches zur Behandlung von ADHS benutzt wird (ebd., S. 326). Nach Huggenberger (2019) sprechen ADHS-Menschen auch auf die Wirkung von Cannabis gut an. Durch den Konsum von Cannabis können sie sich Mitmenschen gegenüber besser öffnen und mitteilen. Das Abschalten- und Einschlafen fällt ihnen dadurch auch leichter. Die Affinität der ADHS-Betroffenen zu diesem Stoff ist gross (S. 182).

Sobanski et al. (2017) verweisen auf vorliegende, konsistente Untersuchungen, die aufzeigen, dass bei Patienten mit ADHS und Abhängigkeitserkrankungen im Vergleich zu Patienten mit reinen Suchterkrankungen ein früherer Beginn, ein intensiverer Substanzmissbrauch und ein vorzeitiger Übergang von Missbrauch in eine Abhängigkeit bestehen. Das Risiko für Computer-, Internet- und Spielsucht ist nach neueren Untersuchungen erhöht (S. 2602). Huggenberger (2019) besagt, dass Computerspiele die Dopaminausschüttung erhöhen. ADHS-Menschen empfinden diese unmittelbare Ausschüttung von Glückshormonen als sehr positiv. Darum handelt es sich beim Konsum von Computerspielen um eine spezielle Art der Selbstmedikation (S. 182-183).

Sobanski et al. (2017) weisen darauf hin, dass aufgrund der hohen Komorbidität von ADHS mit Abhängigkeitserkrankungen eine Differenzialdiagnostik komplex sein kann. Wichtig ist eine umfassende Suchtanamnese bei der Diagnostik. Aufgrund der Überschneidungen der Symptome von ADHS und Suchterkrankungen mit innerer Unruhe, Stimmungsschwankungen und Konzentrationsstörungen müssen das Alter bei Konsumbeginn, die Art der konsumierten Substanzen und bisherige Therapieversuche exploriert werden. Substanzen werden auch als Selbstmedikation eingesetzt, darum ist die Frage, ob die Substanzen zu einer Reduktion der Anspannung führen, zentral (S. 2603).

## 4 Therapeutische Behandlungsansätze

Nach der Diagnosestellung einer ADHS sollen nach Ohlmeier und Roy (2021) die Betroffenen über ihre Erkrankung aufgeklärt werden. Da nicht jede ADHS einer Behandlung bedarf, ist abzuklären, ob eine Behandlungsindikation besteht (S. 81). Eine systematische Literaturanalyse von Langzeituntersuchungen konnte laut Sobanski et al. (2017) belegen, dass eine multimodale Behandlung der ADHS die besten Behandlungsergebnisse erzielt. Eine multimodale Behandlung besteht aus pharmakologischen und psychotherapeutisch-psychoedukativen Elementen (S. 2605). Für Ohlmeier und Roy (2021) gehören auch die psychosozialen Aspekte dazu (S. 81). Sobanski et al. (2017) betonen, dass eine ausschliesslich medikamentöse Therapie bei vielen ADHS-Betroffenen nicht ausreicht, die Symptome und Störungen der Alltagsbewältigung hinlänglich zu behandeln. Über alle Behandlungsempfehlungen hinweg besteht Konsens, dass anhand eines individualisierten Therapieplans neben der Kernsymptomatik auch assoziierte Symptomatiken wie emotionale Dysregulation und Schlafstörungen (siehe Kapitel 3.4.5) sowie komorbide Erkrankungen (siehe Kapitel 3.4) berücksichtigt werden müssen (S. 2605). In den folgenden Kapiteln 4.1 bis 4.4 werden die verschiedenen Behandlungsansätze genauer erläutert.

### 4.1 ADHS und Medikamente

Die Indikation einer Medikation ergibt sich nach Neuhaus (2009) aus der Diagnose, der Ausprägung der Symptomatik, dem Leidensdruck und den spezifischen Situationen, die zu Überforderung führen (S. 166). Für Barkley (2024) ist die medikamentöse Therapie einer der Grundpfeiler der ADHS-Behandlung. Studien zeigen, dass sich bei 50 bis 65 Prozent der Betroffenen das Verhalten normalisiert. Bei weiteren 20 bis 30 Prozent verbessert sich das Verhalten erheblich. Der Anteil der Erwachsenen, bei denen keines der üblichen Medikamente einen positiven Effekt zeigt, liegt unter 10 Prozent. Die Erfolgsrate von Medikamenten ist bei keiner anderen Störung im psychiatrischen Bereich so hoch wie bei der ADHS (S. 32). Die Einstellung der Dosierung der Medikamente ist nach Ryffel-Rawak (2016) individuell vorzunehmen. Sie ist unabhängig von Alter, Geschlecht und Körpergewicht. Es kann Wochen bis Monate dauern, bis die Medikamente korrekt eingestellt sind (S.132). Ohlmeier und Roy (2021) nennen drei im Erwachsenenalter zugelassene Wirkstoffe: Die Stimulanzien retardiertes Methylphenidat und Lisdexamfetamin, sowie den selektiven Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Atomoxetin (S. 81). Nach Ryffel-Rawak (2016) kann nicht vorausgesagt werden, auf

welche der genannten Medikamente Patienten besser ansprechen. Methylphenidat Präparate (z. B. Ritalin<sup>®</sup>, Concerta<sup>®</sup>) sind für die Behandlung von ADHS zugelassen und werden darum zuerst eingesetzt. Alternativ kann auch das Amphetaminpräparat Elvanse<sup>®</sup> (Lisdexamfetamin) eingesetzt werden (S. 134). Atomoxetin (Strattera<sup>®</sup>) zählt laut Ohlmeier und Roy (2021) nicht zu den Stimulanzien und fällt dadurch auch nicht unter das Betäubungsmittelgesetz, im Gegensatz zu Methylphenidat und Lisdexamfetamin, die mit einem Betäubungsmittelrezept verschrieben werden müssen (S. 82-85). Die Wirkungsdauer einer Einzeldosis ist nach Ryffel-Rawak (2016) sehr unterschiedlich. Einzelne ADHS-Betroffene verspüren lediglich während zwei bis drei Stunden eine positive Wirkung, andere profitieren den ganzen Tag davon (S. 134). Ryffel-Rawak (2016) verweist auf ein kontinuierliches Monitoring der ADHS-Betroffenen. Diese sollten über ihre Medikamenteneinnahme Protokoll führen (S. 135) und nach Ohlmeier und Roy (2021) vor der Einnahme der Medikamente einige Symptome definieren, auf deren mögliche Veränderung der Patient besonders achten soll (S. 81). Die medikamentöse Therapie ist nach Ryffel-Rawak (2016) über mindestens ein Jahr durchzuführen. Nach einem Jahr kann ein Absetzversuch stattfinden. Eine Suchtentwicklung durch Stimulanzien kommt bei korrekt gestellter Diagnose nicht vor, weil das unteraktivierte Neurotransmittersystem nur normalisiert und nicht überstimuliert wird (S. 135-136).

#### 4.2 ADHS und Psychotherapie

Ryffel-Rawak (2016) weist darauf hin, dass Erwachsene mit einer ADHS häufig einen langen Leidensweg hinter sich haben, bis sie zu ihrer Diagnose und der passenden Therapie gelangen. Eine stark schwankende Leistungsfähigkeit und Stimmungslabilität führen bei ihnen zu einer umfassenden Verunsicherung. Ihr Selbstwertgefühl ist strapaziert. ADHS-Betroffene, deren Ausprägungsgrad sich in grossem Masse auf die Lebensführung niedergeschlagen hat, benötigen neben der Medikation eine Psychotherapie (S. 145-146). Gerade die Verhaltenstherapie ist nach Krause und Krause (2022) wichtig, um Strukturen bei bisher chaotischer Lebensweise zu entwickeln. Viele ADHS-Betroffene haben im Lauf ihres Lebens individuelle Vermeidungsstrategien entwickelt und reagieren nur auf massiven Druck von aussen (S. 161).

Oft ermöglicht nach Ohlmeier und Roy (2021) erst eine erfolgreiche medikamentöse Therapie eine Psychotherapie, da Patienten sich durch die Medikation mit der nötigen Konzentration dem Gespräch zuwenden können (S. 159). In der

Psychotherapie wird eine kognitive Verhaltenstherapie empfohlen. Diese besteht aus den drei Modulen; Organisation und Planung, Ablenkbarkeit und kognitive Therapie (ebd., S. 162).

Sobanski et al. (2017) verweisen zur Behandlungsdurchführung auf im deutschen Sprachraum zur Verfügung stehende Interventionen. So stehen ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Einzelpsychotherapieprogramm, ein dialektisch-behaviorales Gruppenpsychotherapieprogramm, ein Gruppentraining, Psychoedukation, Coaching und ein Stressbewältigungstraining der ADHS für Erwachsene zur Verfügung. Die Vorgehensweise ist bei allen Therapien strukturiert und manualisiert (S. 2613). Eine Psychotherapie kann nach Ohlmeier und Roy (2021) auch mit einer Ergotherapie unterstützt oder begleitet werden. Diese sorgt dafür, dass ADHS-Betroffene Struktur im Alltagsmanagement bekommen, Klarheit über ihre Probleme erhalten, ihre Selbstreflexion verbessern und mehr Selbstachtsamkeit erlangen (S. 91). Im Hinblick auf eine erfolgreiche Therapie ist wichtig, dass sich Patienten und Patientinnen bei ihrem Therapeuten oder ihrer Therapeutin sehr wohl und aufgehoben fühlen. Bei der Wahl der Therapieform sind achtsamkeitsbasierte Therapien besser geeignet als kognitive Therapien. Tiefenpsychologische Therapien dienen der Aufarbeitung unschöner Erlebnisse oder Erfahrungen. Die Psychoanalyse ist bei ADHS grundsätzlich ungeeignet. Bei der Auswahl des Therapeuten muss sichergestellt sein, dass dieser die behandlungsrelevanten ADHS-Symptome kennt (Das ADHS-Kompendium, 2024, S. 180).

Alle psychotherapeutischen Ansätze ermöglichen nach Ridinger (2017) das Erlernen und Umsetzen konkreter Strategien für eine funktionelle Alltagsgestaltung. Diese dienen dazu, das Leiden Betroffener und ihres Umfeldes zu vermindern und die Lebensqualität zu optimieren (S. 156).

#### 4.3 ADHS und alternative Behandlungsmethoden

Krause und Krause (2022) stellen fest, dass viele in den Medien propagierte alternative Behandlungsmethoden wie Phytotherapien, Biofeedback-Behandlungen, spezielle Diäten oder Nahrungsergänzungsmittel bisher nicht wissenschaftlich untersucht worden sind (S. 312-313).

#### 4.4 ADHS und therapieunterstützende Massnahmen

Coachings anbieten sich nach Ryffel-Rawak (2019) als unspezifische Beratung, Betreuung und Begleitung von ADHS-Betroffenen. Sie sind nicht an eine

Therapieschule gebunden, wie zum Beispiel die kognitive Verhaltenstherapie. Ein Coaching dient des Weiteren dazu, Ressourcen der ADHS-Menschen zugänglich und verfügbar zu machen. Sie sollen wieder Akteure auf der Bühne des Lebens werden und nicht einfach nur Reakteure. Mit einem kompetenten Coach ist es möglich, neue Gewohnheiten zu entwickeln (S. 138).

Des Weiteren können nach Krause und Krause (2022) sportliche Aktivitäten dazu beitragen, dass Patienten über eine bessere Entspannung und Konzentration verfügen (S. 313).

## 5 Das Modell Sexocorporel

Das Modell Sexocorporel wurde von Prof. Jean-Yves Desjardins in den 70er und 80er Jahren in Kanada entwickelt. Es wird seit über 20 Jahren in der Schweiz angewendet (ISP Zürich & Uster, 2024, o. S.). Der sexualtherapeutische Ansatz basiert auf dem Modell sexueller Gesundheit nach Formulierung der WHO (World Health Organisation). Seit über 40 Jahren wird darüber geforscht (Sexocorporel international, 2024, o. S.). Nach Michael Sztenc (2020) umfasst sexuelle Gesundheit heute einiges mehr als nur die Absenz von Krankheit und Störung. Sie beinhaltet drei wichtige Aspekte:

- Das Umfeld des Menschen, das ihm uneingeschränkten sexuellen Genuss zur Entfaltung seines sexuellen Potenziales ermöglicht.
- Die Möglichkeit und Freiheit, sexuelle Erfahrungen frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt zu machen.
- Schutz und Behandlung von sexuellen Gesundheitsproblemen (S. 52).

Das Modell geht davon aus, dass Körper und Geist eine Einheit bilden und alle kognitiven und emotionalen Vorgänge im Körper eine Entsprechung finden und entgegengesetzt ebenso (Dominique Chatton, Jean-Yves Désjardins & Mélanie Tremblay, 2005, S. 3-19). Der Fokus liegt auf den vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen. Störungen und Dysfunktionen werden nicht als fehlerhaft angesehen. Die genital-sexuelle Funktionsebene des Körpers im Spiel der Sexualität ist ein wichtiger Faktor. Dieser Aspekt unterscheidet das Modell Sexocorporel von anderen Sexualtherapien. Das Modell ist auf Individuen zugeschnitten und beschreibt sexuelle Funktionsweisen auf der sinnlichen, emotionalen und körperlichen Ebene. Es besagt, dass der sexuelle Ausdruck und das Erleben über das Lernen erweitert werden können (ISP Zürich & Uster, 2024, o. S.). Die Art, wie wir die Sexualität leben, zeichnet sich durch Gewohnheiten aus, die wir im Verlauf unserer Lerngeschichte erworben haben. Das Entstehen sexueller Schwierigkeiten ist nach dem Modell Sexocorporel die Folge von unzureichend anpassungsfähigen Konditionierungen. Grenzen im sexuellen Lernen sind Bestandteil unserer Natur und sind häufig nicht durch intrapsychische- oder partnerschaftliche Störungen bedingt. Sexocorporel setzt hier an und regt neue Lernprozesse an (Karoline Bischof, 2021, S. 427). Dieses Modell ist innovativ und hat zum Ziel, allen Geschlechtern ein befriedigendes, erotisches Handeln, sowohl auf der

persönlichen als auch auf der Beziehungsebene zu ermöglichen (Sexocorporel international, 2024, o. S.). Es ist eine umfassende, sexologische Evaluation von allen Komponenten, die in der menschlichen Sexualentwicklung zusammenwirken (ISP Zürich & Uster, 2024, o. S.).

### 5.1 Die vier Komponenten

Das Modell Sexocorporel besteht aus sexodynamischen, physiologischen, kognitiven und Beziehungskomponenten. Es versucht, alle Komponenten, die menschliche Sexualität ausmachen, zu erfassen. Sie können als Aspekte eines Ganzen oder eines Individuums gesehen werden und sind interdependent (Bischof, 2020, S. 6). Die einzelnen Komponenten werden in den Kapiteln 5.2 bis 5.5 detailliert beschrieben.

### 5.2 Sexodynamische Komponenten

Die sexodynamischen Komponenten sind Komponenten der Wahrnehmung. Zu ihnen zählen Fantasien, Emotionen, Gefühle, Vorstellungen und Symbole, die in kausalem Zusammenhang mit der eigenen Sexualität stehen. Über Lernschritte im Prozess der Sexualisierung werden sie entwickelt. Die Art und Weise, wie der Körper sich erregen lässt, hat einen grundlegenden Einfluss auf die Ausbildung und Ausgestaltung dieser Wahrnehmungskomponenten (Esther Elisabeth Schütz, 2018, S.4). Die Entwicklung der sexodynamischen Komponenten erfolgt über individuelle Lernschritte im Sexualisierungsprozess (ISP Zürich & Uster, 2024, o. S.). Ein Schlüsselement der Sexodynamik ist das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit, das sich auf die Eigenwahrnehmung von Weiblichkeit bei der Frau und Männlichkeit beim Mann bezieht. Auch die sexuelle Selbstsicherheit ist ein wichtiger Bestandteil der sexodynamischen Komponenten (Schütz, 2018, S. 4).

### 5.3 Kognitive Komponenten

Kenntnisse, Glaubenssysteme, Mystifizierungen, Denkweisen, Werte, Idealisierungen, Ideologien und Normen gehören zu den kognitiven Komponenten in Bezug zur Sexualität (ISP Zürich & Uster, 2024, o. S.). Über unser Denken können wir unser sexuelles Erleben und Verhalten beeinflussen. Auf das sexuelle Lernen können sich Kognitionen fördernd oder hemmend auswirken. In der Sexualtherapie hat die Arbeit mit kognitiven Komponenten einen zentralen Aspekt. Die Veränderung von Kognitionen ermöglicht neue Dimensionen des sexuellen Erlebens und Verhaltens (Heinz Jufer, 2021, S. 4). Kognitionen zeigen die

individuelle Lerngeschichte eines Menschen und geben Aufschluss über das gesellschaftliche Umfeld und Denken, in dem der Mensch aufgewachsen ist und wie er darin lebt (ISP Zürich & Uster, 2024, o. S.).

#### 5.4 Physiologische Komponenten

Kontrollierte, muskuläre Abläufe sind in der Entwicklung der Sexualität relevant. Die physiologischen Komponenten haben die Erregungsfunktion des Menschen und die Art und Weise der Ausgestaltung der Erregungssteigerung im Fokus (ISP Zürich & Uster, 2024, o. S.). Die Erregungsfunktion ist reflektorisch. Sie bewirkt eine gesteigerte, Durchblutung der Geschlechtsorgane und kann bewusst wahrgenommen und intensiviert werden (ebd., o. S.). In einer graphischen Darstellung der Erregungskurve wird die Erregungsfunktion sichtbar. Karoline Bischof, Annette Bischof-Campbell, Stephan Fuchs, Volker Kalmbacher und Sybille Stahlberg (2020) machen deutlich, dass über das Spiel mit den drei Dimensionen (nachfolgend «Gesetze» genannt) des Körpers, dem Rhythmus, dem Tonus und dem Raum, direkt und bewusst auf die Erregungssteigerung Einfluss genommen werden kann (S. 14). Über muskuläre Übungen und rhythmische Bewegungen kann die sexuelle Erregung intensiviert werden. Wenn die Kanalisation der sexuellen Erregung gelingt, wird über einen zweiten reflektorischen Schritt der Orgasmus ausgelöst (ISP Zürich & Uster, 2024, o. S.).

#### 5.5 Beziehungskomponenten

Die Beziehungskomponenten umfassen die Art und Weise, wie sich ein Mensch verliebt und fähig ist, jemanden zu lieben und wie es ihm gelingen kann, ein Liebesgefühl aufrecht zu erhalten. Die andere Person mit den eigenen Verführungskünsten für seine Bedürfnisse zu gewinnen und der Einbezug erotischer Fähigkeiten, wie dem Berühren und Erforschen von Körpern, ist ein weiterer Bestandteil der Beziehungskomponenten. Die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und diese zu kommunizieren, ermöglicht den Gedankenaustausch von Wünschen und Gefühlen. Die Bindungsfähigkeit ist ebenso Teil der Beziehungskomponenten (Schütz, 2021, S. 2-14).

## 6 ADHS und Sexualität bei Frauen

Krause und Krause (2022) konstatieren, dass wissenschaftliche Untersuchungen zum Thema ADHS und Sexualität bisher weitgehend fehlen (S. 98).

Sie verweisen auf das Ergebnis einer Langzeitstudie über das Sexualverhalten von ADHS diagnostizierten Personen (Abbildung 2).

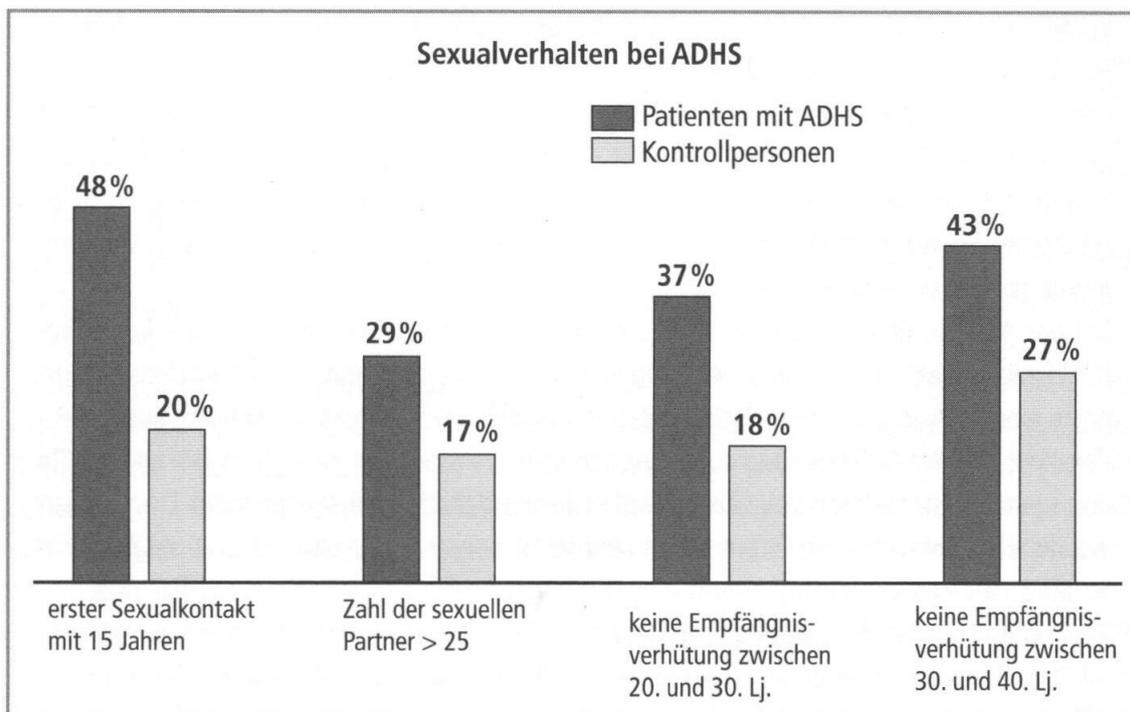


Abbildung 2: Sexualverhalten bei ADHS (Krause & Krause, 2022, S. 98)

ADHS-Betroffene neigen zu einem frühzeitigen Beginn sexuellen Austausches, sowie einer erhöhten Zahl von Sexualpartnern und Sexualpartnerinnen. Impulsivität und Risikoverhalten der ADHS zeigen sich in einer deutlich geringeren Anwendung von empfängnisverhütenden Massnahmen (S. 98-99). Eine Studie untersuchte die sexuelle Funktion von ADHS-diagnostizierten Erwachsenen und stellten im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe fest, dass alle ADHS-Frauen in Bezug auf sexuelles Verlangen, sexuelle Erregung, Orgasmus, sexueller Zufriedenheit, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und Lubrikation signifikant schlechter abgeschnitten haben (Jabalkandi Samaneh Amani, Firoozeh Raisi, Zahra Sharivar, Abolfazl Mohammadi, Firoozikhojastefar Alipasha Meysamie & Fatemeh Irani, 2020, S. 642-648).

Eine verminderte Konzentrationsfähigkeit als Folge einer ADHS führt nach Ryffel-Rawack (2016) in der Partnerschaft und in der Liebe zu Schwierigkeiten. Vor allem Frauen leiden darunter, dass sie während des Liebesspiels oft in Gedanken und nicht präsent sind. Sie schweifen ab und können sich nicht ausreichend konzentrieren. In der Folge verspüren sie weniger Lust und bleiben auf «halber

Strecke». Um den Partner nicht zu kränken, spielen sie ihm etwas vor, damit er auf seine Kosten kommt (S. 93). Viele ADHS-Betroffene Frauen leiden unter einer sogenannten Körperkontaktblockade, das bedeutet, dass ihre erhöhte Sensibilität zu einer Berührungsempfindlichkeit führt. Sexualität kann demnach sowohl durch eine verminderte Konzentrationsfähigkeit als auch durch das Bedürfnis, sich vor Berührungen zu schützen, beeinträchtigt werden. Wenn aber ADHS-Frauen in der Sexualität den Hyperfokus einsetzen können, sie also «zweihundertprozentig» bei der Sache sind, kommt das dem gemeinsamen Liebesleben zugute (ebd., S. 93-94).

### 6.1 Sexuelle Appetenz

Krause und Krause (2022) zeigen, dass der Gedanke naheliegt, aufgrund der Hyperaktivität von ADHS-Betroffenen darauf zu schliessen, dass bei ihnen eine sexuelle Überaktivität zu erwarten sei. Wie bei der übrigen Bevölkerung auch, ist aber bei ADHS-Betroffenen die Varianz des sexuellen Verhaltens gross. Es gibt viele Männer und Frauen, die ein grosses Interesse an viel und gutem Sex haben. Bei der Partnerwahl ist darum besonders darauf zu achten, dass beide ein ähnlich starkes sexuelles Verlangen haben. Wird dieser Faktor zu wenig beachtet, steigt die Wahrscheinlichkeit ausserehelicher Beziehungen (S. 96).

### 6.2 Hypersensibilität

Ryffel-Rawak (2017) betont, dass viele ADHS-betroffene Menschen, insbesondere Mädchen und Frauen, überaus empfindsam und intuitiv sind. Sie können sich leicht in andere Menschen einfühlen. Für sie ist die Empfindung dieser Hypersensibilität eine Belastung, sie kann nicht als besondere Gabe erkannt werden. Zu viele Gefühle, die sie nicht verarbeiten können, werden dabei ausgelöst. Diese Mädchen und Frauen spüren schon früh, dass sie irgendwie anders sind. Sie erkennen den Grund dafür nicht, was zu einem negativen Selbstbild und häufig auch zu Depressionen führen kann (S. 39).

Krause und Krause (2022) verweisen bezüglich der Hypersensibilität auf Stimulanzen Therapien. Diese helfen besonders reizoffenen und leicht ablenkbaren ADHS-Betroffenen. Sie können sich dadurch während der sexuellen Aktivitäten besser auf den Partner oder die Partnerin konzentrieren und damit eine bessere Orgasmusfähigkeit erreichen (S. 98).

### 6.3 Sexuelle Beziehungen

Ryffel-Rawack (2016) zeigt auf, dass impulsives Verhalten zur Folge haben kann, dass die getroffene Partnerwahl nicht die richtige ist. Hyperaktive und impulsive ADHS-Betroffene verlieben sich schnell und intensiv. Die Intensität der Verliebtheit ist so ausgeprägt, dass sie Negatives des Partners oder der Partnerin nicht nur ausblenden, sie dichten diesen in ihrer Fantasie Eigenschaften an, die fernab der Realität liegen (S. 87). Ohne sich der Konsequenzen bewusst zu sein, gehen sie Partnerschaften ein. Sie lassen sich vorschnell auf sexueller Ebene in die Beziehung ein. Es wird schnell geheiratet und schnell geschieden. Laut Statistik liegt die Scheidungsrate bei ADHS-Betroffenen höher als bei Nichtbetroffenen (ebd., S. 88).

Barkley (2024) weist darauf hin, dass die ADHS die Ursache von Missverständnissen und verletzten Gefühlen sein kann, wenn ein Partner oder eine Partnerin gegenüber dem anderen gleichgültig oder gelangweilt erscheint. Wenn eigene Emotionen nicht unter Kontrolle sind und diejenigen des Gegenübers nicht wahrgenommen werden können, ist eine Beziehung gefährdet (S. 290).

Ein Teil der ADHS-Frauen fixiert sich nach Astrid Neuy-Lobkowitz (2024) auf sexuelle Erlebnisse ohne Bindung. Ihr Kick liegt dabei in kurzen Sequenzen von sexuellen Abenteuern, die Spannung garantieren. Das kann zu suchartigem Verhalten führen, da sie ihre ständige sexuelle Erregung in flüchtigen, sexuellen Begegnungen als Spannungsabbau benutzen (S. 141). Aufgrund ihrer besonders starken Wahrnehmung von taktilen Reizen, kann gerade das sexuelle Vorspiel vom Liebesakt eine extreme Belastung für ADHS-Betroffene darstellen. Das kann für Probleme und Missverständnisse in sexuellen Beziehungen sorgen. Viele Frauen können sich generell schwer auf sexuelle Aktivitäten einlassen und leben nach einer Art Plan, um ihren Partner oder ihre Partnerin nicht zu verlieren (ebd., S. 96). Dabei handelt es sich nach Krause und Krause (2022) oft um ADHS-Betroffene mit einer komorbiden zwanghaften, narzisstischen, oder emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, deren eigene Grenzen sehr durchlässig sind. Sie wünschen sich keine engen Beziehungen aus Angst, kontrolliert und beherrscht zu werden (S. 97). In stabilen Beziehungen der ADHS-Frauen kann Sexualität laut Neuy-Lobkowitz (2024) eine Erschwernis sein. Während der Kennenlern-Phase und in der Verliebtheit ist oft ein häufiger sexueller Austausch mit viel Leidenschaft vorhanden. Mit der Zeit wird die Beziehung langweiliger und weniger leidenschaftlich, der Dopamin-Kick bleibt aus und die ADHS-Frauen verlieren ihr Interesse. Daraus kann sich eine Libidostörung entwickeln (S. 141).

## 7 Qualitative Untersuchung

Mit einer qualitativen Untersuchung werden die zentralen, empirischen Daten für diese Arbeit erhoben. Die Methodenwahl wird vorgestellt und argumentiert (7.1). Die Schritte der Form des Interviews (7.2), der Vorbereitung (7.3), Durchführung (7.4), Aufbereitung (7.5), Transkription (7.6) und Auswertung (7.7) aller gesammelten Daten werden beschrieben und erläutert. Anhand der qualitativen Forschungsmethode der Datenerhebung mit einem halbstrukturierten Interview wird untersucht, wie ADHS- diagnostizierte Frauen ihre Paarsexualität in der sexodynamischen, der kognitiven, der physiologischen und den Beziehungskomponenten des Modells Sexocorporel erleben und wo ihre Ressourcen und Herausforderungen im Erleben der Paarsexualität im Kontext ihrer ADHS-Diagnose liegen.

### 7.1 Methodische Grundlegung

Für den empirischen Teil der Masterarbeit wird mit einem qualitativen Forschungsansatz gearbeitet. Im Mittelpunkt stehen die ADHS-diagnostizierten Frauen und deren Erleben und Handeln in der Paarsexualität. Trotz systematischer Vorgehensweise passt sich die qualitative Forschung flexibel an den Forschungsgegenstand an (Walter Hussy, Margrit Schreier & Gerald Echterhoff, 2010, S. 180). Das dafür ausgewählte induktive Vorgehen ermöglicht die Exploration des Forschungsgegenstandes in seiner Vielfalt. Das Forschungsinteresse basiert nicht auf einer theoretischen Annahme. Erst die gewonnenen Daten ergeben eine Schlussfolgerung. Die Theorie steht am Ende der Untersuchung (ebd., S. 185). Hinsichtlich der Fragestellungen dieser Arbeit eignet sich darum der empirische, qualitative Forschungsansatz mit einer induktiven Vorgehensweise und der subjektiven Betrachtungsweise.

### 7.2 Form des Interviews

Mit einem halbstrukturierten Leitfadeninterview werden die vier vorgängig ausgesuchten Paare über ihr Erleben der Paarsexualität befragt. Diese Art von Interview ermöglicht wissenschaftliches Arbeiten in einer Kombination eines Dialoges mit den Probandinnen und deren Partner und Partnerinnen (Cornelia Helfferich, 2011, S. 45). Aufgrund der dürftigen Datenlage zur Thematik ist das Interview explorativ und ein halbstrukturiertes Leitfadeninterview mit Nachfragemöglichkeiten bietet sich dafür an (ebd., S. 168). Die Einstiegsfragen leiten ein in das Interview und gehen über in die eigentliche Befragung. Mit

Abschlussfragen wird das Interview abgerundet (Alexander W. Hunziker, 2020, S. 100). Ad-hoc-Fragen sind ein weiterer Bestandteil des Leitfadeninterviews und ermöglichen die Exploration neuer Betrachtungsweisen, die sich im Verlauf des Interviews zeigen können (Hussy et al., 2010, S. 217). Der Leitfaden dient im Verlauf des Interviews als Anhaltspunkt und generiert eine gewisse Komparabilität zwischen den Interviews (ebd., S. 216).

Die Partner und Partnerinnen der Probandinnen nehmen in den Interviews eine wichtige Rolle ein. Deren unterstützende Gedanken, Hinweise und Beobachtungen sind eminent und ergänzen die Aussagen der ADHS-Probandinnen.

Die Konzeption des Interview-Leitfadens (siehe Anhang 5) beruht sowohl auf den vier Komponenten des Modells Sexocorporel als auch auf den Wender-Utah Diagnosekriterien der ADHS im Erwachsenenalter.

Im Hinblick auf die Auswertung einer qualitativen Inhaltsanalyse von Philipp Mayring (2015) werden die Hauptfragen deduktiv in Kategorien eingeteilt (S. 97). Dabei bilden die vier Komponenten des Modells Sexocorporel und die Ressourcen und Herausforderungen der ADHS in der Paarsexualität die sechs Hauptkategorien der strukturierenden Analyse nach Philipp Mayring. Diese werden in weiteren Unterkapiteln präzisiert und definiert, durch ein Ankerbeispiel erläutert und mit einer Kodierregel versehen (ebd., S.111). Die Hauptfragen der Selbstwahrnehmung der Probandinnen in der Paarsexualität sind gezielt in vier Teile den vier Komponenten des Modells Sexocorporel zugeordnet und verleihen dem Interview Struktur. Die bewusst gewählte Einstiegsfrage über das Kennenlernen diente als Einleitung zum Interview. Zudem generierte sie wichtige Hintergrundinformationen für die Kurzporträts der Paare. Mit offenen Hauptfragen an die ADHS-diagnostizierte Frau wurde in die einzelnen Komponenten gestartet. Anhand ergänzender Fragen konnte bei der Beantwortung nachgeholfen werden. Eine Vertiefungsfrage unterstützte diesen Prozess nach Bedarf. Der Partner oder die Partnerin beschloss mit einer allfälligen Ergänzung oder eigenen Beobachtung und Einschätzung die Frage, sodass die Interviewerin zur nächsten Frage überleiten konnte. Das Interview endete mit einer gezielten und umfassenden Abschlussfrage zum Thema der Paarsexualität und der Beantwortung noch ungeklärter Fragen.

Zur Gewährleistung eines guten Gesprächsflusses behielt sich die Interviewerin während der Aufnahme vor, die Reihenfolge der Fragen innerhalb der Komponenten dem Gesprächsverlauf anzupassen.

Die Videoaufnahme dient der Unterstützung der Sichtbarkeit wichtiger paraverbaler Signale und der Vermittlung visuell ersichtlicher, emotionaler Reaktionen. Tonfall, Mimik, Gestik, Körperhaltung und Blickkontakt werden nonverbal vermittelt und wirken unterstützend auf das Gesamtbild des Interviews (Helfferich, 2011, S. 99). Der Kontakt zwischen interviewten Personen und deren Körpersprache sind Teil der fokussierten Beobachtung für die Auswertung der Interview Daten (Hussy et al., 2010, S. 229).

### 7.3 Vorbereitung des Interviews

Die Akquirierung der Interview-Probandinnen erfolgte über die sozialen Medien. Dem medialen Aufruf beigelegt waren Unterlagen mit Informationen zum Forschungsvorhaben und den Kriterien für das Interview. Diese klärten die Interessierten über die Studie auf, erwähnten die Einschlusskriterien und warben für die Teilnahme am Projekt (siehe Anhang 1). Vier motivierte ADHS-diagnostizierte Frauen meldeten sich für das Projekt. Darum richtete sich der Fokus dieser Arbeit in der Folge ausschliesslich auf das Erleben der Paarsexualität von ADHS-diagnostizierten Frauen. Die Erstkontakte erfolgten per E-Mail oder WhatsApp. Telefonisch wurde den Interessierten das Vorgehen und das Ziel des Interviews erläutert. Des Weiteren erfolgte eine Information über den Zeitrahmen, die Form des Interviews und über die Voraussetzungen, welche die Interview-Probandinnen und deren Partner und Partnerinnen für die Befragung mitbringen sollten. Mit den anschliessenden persönlichen Telefonaten wurde eine Vertrauensbasis geschaffen. Im Hinblick auf die vorgesehenen intimen Fragen im Interview, ein wichtiger Faktor. Die Rahmenbedingungen für das Interview wurden proaktiv mitgeteilt und erste Fragen beantwortet.

Die Probandinnen erhielten eine Einverständniserklärung (siehe Anhang 2) zur Durchführung des Interviews vorgängig per Mail. Diese ist aus forschungsethischer Sicht notwendig und wurde vor dem Interview unterzeichnet. Die Einverständniserklärung zeigt, dass die interviewte Person und deren Partner oder Partnerin mit der Durchführung, der Aufnahme, Transkription und der Auswertung des erhobenen Datenmaterials des Interviews einverstanden sind. Sie erhalten die Zusicherung, dass das gewonnene Datenmaterial anonymisiert wird und keine personenbezogenen Daten veröffentlicht werden. Die Anonymisierung erlaubt keine Rückschlüsse auf die interviewten Personen.

Bei der Durchführung des Interviews müssen sich die befragten Personen wohl fühlen, darum begünstigt eine vertrauensvolle und ruhige Atmosphäre den

Austausch intimer Informationen. Der Ort der Befragung war den Probandinnen freigestellt. Auf Anfrage wünschten sich drei Paare ein Interview zu Hause und ein Paar lud zu sich ins Büro ein.

#### 7.4 Vorstellung der Interview-Paare

##### **Kurzportrait von Paar 1, Anna und Beat (A und B)**

Der Kontakt mit Anna und Beat (Pseudonyme) wurde über eine Bekannte vermittelt, die über diese Arbeit informiert wurde und sogleich den Kontakt weiterleitete. Nach einem kurzen Austausch über WhatsApp, der Zustellung von Hintergrundinformationen und der Zustimmung des Partners zum Interview, kam es zu einem Telefonat, bei dem noch offene Fragen geklärt wurden.

Das Interview fand kurze Zeit später statt. Aufgrund der geographischen Distanz und der Kinderbetreuung wurde vereinbart, dass wir uns für das Interview im Wohnzimmer des gemeinsamen Hauses im Kanton St. Gallen treffen.

Anna und Beat haben sich mit zwanzig Jahren an einer Party kennengelernt. Sie war von Beat hin und weg gewesen, er hat sie mit seiner netten Art so richtig aus den Socken gehauen, sie sei «einfach uh mega verliebt und von den Hormonen geflutet gewesen». Anna und Beat hatten relativ schnell ihr erstes Mal Sex. Sie wurden nach ein paar Tagen ein Paar und sind seit knapp achtzehn Jahren zusammen. Anna und Beat sind seit elf Jahren verheiratet und haben zwei Kinder im Primarschulalter. Anna ist in den Enddreissigern. Sie bekam ihre Diagnose erst vor ein paar Wochen und ist sehr motiviert, sich möglichst viel Wissen anzueignen und zur Aufklärung der ADHS beizutragen. Aktuell befindet sich Anna in der Einstellungsphase für eine ADHS-Medikation. Sie vermutet eine Borderline-Störung als Komorbidität.

Über ADHS und Paarsexualität ist ihr eine Verbindung mit Impulsivität bekannt. Auch Hormonschwankungen und Sensibilität sind ein Thema. Des Weiteren nennt Anna auch konzentriert bleiben und nicht abschweifen als Herausforderung in Bezug der ADHS auf die Paarsexualität.

##### **Kurzportrait von Paar 2, Carina und Diego (C und D)**

Über eine Selbsthilfegruppe der ADHS kam der Kontakt mit Carina und Diego (Pseudonyme) zustande. Der Erstkontakt erfolgte per E-Mail. Bei einem telefonischen Gespräch wurden daraufhin offene Fragen geklärt. Einen Monat nach der Kontaktaufnahme erfolgte das Interview. Aufgrund der geographischen Lage

und der Kinderbetreuung trafen wir uns auf Wunsch des Paares im Wohnzimmer des gemeinsamen Hauses im Kanton Thurgau.

Carina und Diego haben sich übers Internet kennengelernt. Bei ihnen hat es erst spät gefunkt. Sie sind sich in einem zweiten Schritt zufällig im Ausgang begegnet und haben sich zunächst in einem Streitgespräch wiedergefunden. Da auch an diesem Abend keine Nummern ausgetauscht wurden, ist es einem erneuten Zufall zu verdanken, dass sich die beiden noch einmal begegnen konnten und nach einigen Dates ein Paar wurden. Ihr erstes Mal Sex hatten sie zwei Monate nach ihrem ersten Kuss. Carina und Diego sind seit zwölf Jahren zusammen und seit acht Jahren verheiratet. Sie haben zwei Kinder, je eines im Vorschul- und im Primarschulalter. Carina ist in den frühen Vierzigern und bekam ihre Diagnose in der zweiten Schwangerschaft, im Sommer 2019 vor rund fünf Jahren. Carina engagiert sich stark in einer ADHS-Selbsthilfegruppe und bezeichnet sich selbst als offene Persönlichkeit. Der Austausch mit anderen Betroffenen empfindet sie als Bereicherung und hat ihr schon viele «Aha»-Erlebnisse beschert. Sie nimmt zur Zeit des Interviews keine ADHS-Medikamente, plant aber, in Kürze damit zu starten. Ihre depressiven Phasen sieht sie als mögliche Komorbidität.

Über ADHS und Paarsexualität weiss sie nach eigenen Angaben nicht viel und hat auch nicht gezielt nach Literatur gesucht. Für Carina macht ADHS eine Beziehung schwieriger und der Partner muss die ADHS auch aushalten. Sie hat schon vernommen, dass ADHS-Betroffene häufiger Seitensprünge begehen.

### **Kurzportrait von Paar 3, Elea und Finn (E und F)**

Elea und Finn (Pseudonyme) konnten durch die Vermittlung einer Bekannten für diese Zusammenarbeit gewonnen werden. Nach einem Erstkontakt per WhatsApp wurde kurze Zeit später ein aufklärendes Telefongespräch geführt. Nach etwa sechs Wochen konnte das Interview auf Wunsch des Paares im gemeinsamen Wohnzimmer im Kanton Zürich durchgeführt werden.

Elea und Finn haben sich über eine Dating-App kennengelernt. Finn konnte bei Elea mit seiner Optik und einer Mischung von «Spass und seriös» punkten. Ihr erstes Date war die ersten zehn Minuten «awkward», danach ein ruhiges und wohliges Date gewesen. Nach dem dritten Date konnte sich Elea vorstellen, dass mehr daraus entstehen könnte. Fünf Monate später kamen sie zusammen und sind seit etwas mehr als einem Jahr ein Paar. Sie sind ledig und haben keine Kinder. Elea ist Anfang dreissig. Sie hat ihre ADHS-Diagnose vor 1.5 Jahren bekommen. Elea ist über die sozialen Medien auf die ADHS gestossen und hatte selbst den Verdacht,

diese Aufmerksamkeitsstörung zu haben. Dieser Verdacht hat sich in der darauffolgenden Abklärung bestätigt. Sie nimmt aktuell das ADHS-Medikament Elvanse® ein und sieht keine nennenswerten Komorbiditäten.

Laut Elea bringt ADHS in Bezug zur Paarsexualität positive Spannung in die Beziehung, aber auch gewisse Schwierigkeiten, wie Impulsivität.

#### **Kurzportrait von Paar 4, Gina und Helena (G und H)**

Dank einem Aufruf in den sozialen Medien kam der Kontakt mit Gina und Helena (Pseudonyme) zustande. Nach einem Erstkontakt per E-Mail erfolgte ein Telefonat zur Klärung der wichtigsten Fragen zum Interview. Nach rund anderthalb Wochen kam es zum Treffen im Büro von Gina im Kanton Zürich.

Gina und Helena haben sich über eine Dating-App kennengelernt in einer Zeit, als Gina in einer offenen Beziehung mit ihrem damaligen Partner war. Helena war die einzige Dating-App-Person, bei der Gina weder den Kontakt abgebrochen hatte noch sich gesagt hat, das geht nicht. Gina hat vorgeschlagen, dass sie sich zur Ablenkung ja mal treffen könnten. Gerade weil es zu Beginn so unklar war, war es auch sehr entspannt, weil es «wie in keine Richtung gezeigt hat». Gina hat sich zu Beginn weg sehr wohl gefühlt in Helenas Gegenwart. Noch bevor sie nach drei Monaten ein Paar wurden, hatten sie nach drei Wochen beim dritten Date ihr erstes Mal Sex. Gina und Helena sind seit rund einem Jahr zusammen. Sie sind ledig und haben keine Kinder. Gina ist Mitte zwanzig und hat ihre ADHS-Diagnose vor anderthalb Jahren bekommen. Mit ihrer Erstmedikation, dem ADHS-Medikament Medikinet® machte sie aufgrund starker Nebenwirkungen negative Erfahrungen und pausiert aktuell mit der Medikamenteneinnahme. Sie nennt Angstzustände als Komorbidität.

Für Gina kann allgemeines Wissen über die ADHS auch in die Paarsexualität übertragen werden. Sie erlebt die Welt sehr stark über ihre ausgeprägte sensorische Wahrnehmung. BDSM ist für sie etwas sehr sensorisches, darum erweist sich diese sexuelle Vorliebe für sie als sehr interessant.

#### **7.5 Interviewdesign**

Die Abfolge des Interviews wird in Teile gegliedert. Mit Small Talk werden erste Kontakte mit den Paaren geschaffen und erste Fragen geklärt, der Fragebogen (siehe Anhang 3) leitet ins Interview ein und weiter zu den Einstiegsfragen des Interviewleitfadens (siehe Anhang 5). Die Probanden und Probandinnen werden durch die Hauptfragen über das Erleben von ADHS in der Paarsexualität befragt

und mit Abschlussfragen und der Beantwortung noch offener Fragen wieder aus dem Interview geleitet. Die Interviews wurden alle mit einer Videoaufnahme festgehalten.

Das gemeinsame Ausfüllen des Fragebogens mit den demographischen Angaben über persönliche Daten diente als Einstieg in das eigentliche Interview und ermöglichte ein erstes Kennenlernen. Das Zusammentragen von Informationen zum Alter, Geschlecht, Zivilstand und Erinnerungen an das Kennenlernen der Paare, generierte eine vertrauliche Atmosphäre für den Einstieg. Mit der Konfrontation der Begrifflichkeiten «ADHS» und «Paarsexualität» im gemeinsamen Kontext, wurde Vorwissen zum Thema gezielt erfragt und allfällige Fragen bereinigt. Im Anschluss erfolgte das gemeinsame Besprechen der Vorinformationen zum Interview (siehe Anhang 4) und der Datenschutzformalitäten. Noch offene Fragen wurden vorgängig zusammen angesehen und anschliessend besprochen. Das Einholen der schriftlichen Zustimmung für die Teilnahme am Interview, der Aufzeichnung und Transkription erfolgte vor Interviewbeginn. Alle Namen und Ortschaften, die Konklusionen auf die Probandinnen geben könnten, erscheinen in dieser Arbeit aus Datenschutzgründen anonymisiert oder angepasst.

Die Videoaufnahme der Interviews erfolgte mit einer GoPro-Hero 9 Kamera. Relevante Beobachtungen und paraverbale Signale wurden dadurch für die Transkription miterfasst. Das erlaubte der Interviewerin während der Aufnahme eine prägnantere Fokussierung auf Inhaltliches.

Drei der vier Interviews erfolgten in der Muttersprache der Probandinnen, eines auf Standarddeutsch und drei in schweizerdeutscher Dialektsprache. Sprachlich individuelle Wünsche der interviewten Frauen wurden berücksichtigt, da sich Intimitäten, Emotionen und persönliche sexuelle Erfahrungen in der gewohnten Sprache einfacher ausdrücken und wiedergeben lassen.

## 7.6 Transkription

Vor ihrer Interpretation müssen die aus der Videoaufnahme gewonnen Daten aus dem Interview verschriftlicht werden (Uwe Flick, 2000, S. 192). Die Transkription dient als Grundlage der Evaluation des Interviews. Ein vorgängig definiertes Regelsystem unterstützt den Anspruch auf Wissenschaftlichkeit und stellt eine präzise Nachverfolgbarkeit der Datengewinnung sicher (Udo Kuckartz, Thorsten Dresing, Stefan Rädiker & Claus Stefer, 2007, S. 27). Mit einer verlangsamten Audiowiedergabe wurden die Interviews manuell wortwörtlich von einer auditiv-

visuellen in eine schriftliche Form transkribiert, um auf Anhieb eine exakte Wiedergabe der Aufnahme in Schweizerdeutschem Dialekt zu generieren.

Sprachauffälligkeiten, Lachen und Pausen sind wichtige Bestandteile der Transkription. Paraverbale Beobachtungen sind in der Transkription integriert. Zur exakten Erfassung der paraverbalen Anteile der Interviews wurden die Videos mehrmals angesehen.

Die Transkriptionsregeln der vorliegenden Arbeit orientieren sich an der Vorlage von Heinz Jufer. Sie wurden in angepasster Form angewendet (Jufer, 2023, S. 14). Die gewählten Transkriptionsregeln generieren sowohl eine gute Lesbarkeit als auch einen optimalen Lesefluss.

- Die Zeilen sind durchnummeriert

---

- Die Teilnehmenden erhalten eine Codierung: Der Interviewerin wird ein I (interviewende Person) zugeordnet und die interviewten Personen erhalten ein Pseudonym (Beispiel Buchstaben A und B).

---

- Ereignisse während des Interviews werden mit Klammern und kursiv festgehalten (Beispiel: (*Jacke fällt zu Boden*) (*Stuhl wird weggerückt*)).

---

- Füllwörter wie «mmh» und «ähm» sind Teile der Sprache und werden miterfasst.

---

- Auffällige Betonungen werden in Grossbuchstaben aufgeschrieben (Beispiel « DAS hat jetzt noch gefehlt!»)

---

- Unverständliche Elemente werden als Punkte in Klammer erfasst (...).

---

- Undeutliche Stellen werden mit vermutetem Wortlaut in Klammern notiert.

---

- Paraverbales wird kursiv in Klammern kurz beschrieben (Beispiel: (*lacht*)).

---

- Pausen werden zeitlich differenziert und kursiv miterfasst: (*kurze Pause*) (*mittlere Pause*) (*lange Pause*).

---

- Unterbrechungen und Einwürfe des Gegenübers werden in einer eckigen Klammer aufgeführt: [unterbricht].

---

- Mundarttypische Wörter werden bei der Übersetzung in deutsche Schriftsprache in unveränderter Weise und in Originalform aufgeführt.

Interviewausschnitte mit wörtlichen Zitaten der Probandinnen werden mit einem Pseudonym versehen. Der Anfangsbuchstabe des Pseudonyms steht in direktem Bezug zum Anfangsbuchstaben im Interview Transkript (z. B A=Anna). Die Zitate

werden mit einem Verweis auf die Zeilennummer der Interviewausschnitte deklariert.

Die Videoanalyse wird in der Transkription integriert. Dabei werden Haut an Haut Körperkontakte und Blickkontakte, wenn sich beide Probanden direkt in die Augen sehen, erfasst. Diese Situationen sind mit der Abkürzung **KK** (Körperkontakt) und **BK** (Blickkontakt) fettgedruckt und kursiv aufgeführt (Beispiel: **KK#02:04#** oder **BK#06:20#**). Alle grösseren Körperbewegungen werden kursiv in Klammern miterfasst.

### 7.7 Auswertung der Interviews

Für die Auswertung des Interviews wurde die von Mayring (2015) entwickelte Methode der qualitativen Inhaltsanalyse beigezogen (S. 26). Sie reduziert systematisch Daten für eine vergleichende Analyse von essenziellem Material (Hussy et al., 2010, S. 245). Aufgrund der Forschungsfragen und dem daraus gewonnenen Datenmaterial wurde die Technik der inhaltlichen Strukturierung für die Auswertung des Interviews gewählt. Das Ziel dieser Analysetechnik besteht darin, gewisse Faktoren aus den Daten herauszulesen, diese zu extrahieren, zu kategorisieren und daraus eine Zusammenfassung zu einem vorgängig definierten Thema zu erstellen (Mayring, 2015, S. 99). Die gewonnenen Daten werden dabei Bereichen, den sogenannten Kategorien zugeordnet, die für das Interview erstellt wurden (ebd., S. 109-114). Relevante Textstellen der Transkriptionen werden in ihrer Bedeutung erfasst und der entsprechenden Kategorie zugeteilt. Die Kategorien werden trennscharf definiert und mit typischen, wörtlichen Beispielen, den Ankerbeispielen, unterlegt. Zu jeder Kategorie werden Kodierregeln erstellt (Mayring, 2015, S. 109-114).

Für die Datenauswertung der Videoanalyse wurde die offene Beobachtungsmethode nach Hussy angewendet. Sie dient nach Hussy als Ergänzung zu den verbalen Erhebungsdaten der Interviews (Hussy et al. 2010, S. 229-232). Da in der Videoaufnahme die ADHS-diagnostizierten Frauen im Zentrum stehen, handelt es sich um eine Fremdbeobachtung. Die Videoanalyse dient der Datengewinnung und ist fokussiert. Die interviewende Person ist bemüht, das Interview möglichst neutral zu erfassen. Sie ist sich bewusst, dass sie als gemeinsam mit den Probandinnen und Probanden im Raum Anwesende, deren Intimität beeinflusst, das wiederum Verhalten produziert, das zu zusätzlichem Datengewinn führt. Die Beobachtungen werden in der Transkription zeitnah und systematisch festgehalten (Hussy et al., 2010, S. 229). Die Probandinnen und

Probanden wurden vorgängig über die Videoaufnahme und den Zweck des Interviews informiert (Hussy, 2010, S. 231).

Die Videos, Transkriptionen, der Auswertungsraster, der Kodierleitfaden und das Codebuch zu den Interviews dieser Forschungsarbeit sind aufgrund des grossen Umfanges als PDF-Dateien auf einem USB-Stick gesondert beigelegt.

## 8 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung dieser Arbeit vorgestellt. In vier Interviews mit diagnostizierten ADHS-Frauen und deren Partner/Partnerinnen wurde der Frage, wie sich die Wender-Utah Diagnosekriterien für Erwachsene im Erleben der vier Komponenten nach Sexocorporel zeigen, nachgegangen. Des Weiteren wurden die wichtigsten Ressourcen und Herausforderungen, die eine ADHS in der Paarsexualität mit sich bringt, erfragt. Die Ergebnisse sind den vier Komponenten des Modells Sexocorporel zugeordnet und aufgelistet.

Anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2015) wurden die wesentlichen Aussagen der Interview-Probandinnen und deren Partner und Partnerinnen in einem Auswertungsraster (siehe Anhang USB-Stick) zusammengefasst.

Zur Verdeutlichung und Prägnanz der Beschreibung der Ergebnisse fließen Zitate der Probandinnen und deren Partner/Partnerinnen ein, die kursiv dargestellt werden. Sie werden mit den Anfangsbuchstaben ihres Pseudonyms abgekürzt und farblich kontrastiert:

(A=Anna/B=Beat) (C=Carina/D=Diego) (E=Elea/F=Finn) (G=Gina/H=Helena). Ergänzungen sind mit (...) gekennzeichnet und Auslassungen mit [...] aufgeführt.

### 8.1 Kategorie 1 Sexodynamische Komponenten

#### 8.1.1 Aufmerksamkeit in der Paarsexualität

Die im Moment der Paarsexualität erlebten Wahrnehmungen der Aufmerksamkeit, auch der körperlichen Aufmerksamkeit der ADHS-diagnostizierten Frauen, sind vielseitig. Dem Faktor Zeit wird dabei eine tragende Rolle beigemessen. Um in einen Zustand der Wahrnehmung zu kommen, braucht es für Probandin (A) ausreichend Zeit.

Bei (A) führt gleichzeitiges aktiv sein und empfangen zu einer Überforderung von Impressionen:

*Dass es mich dann wie überfordert, wenn ich [...] gleichzeitig wie empfangen aber auch gebe (A, 101-103).*

Ihre Aufmerksamkeit kann sie steigern, indem sie in die passive Rolle wechselt und somit gedanklich loslassen kann, im Wissen, dass der Partner in dem Moment nichts von ihr erwartet.

Dies ermöglicht ihr sowohl Autozentrierung als auch eine Fokussierung auf ihre Gefühle. Auch bewusst eingesetzte Blickkontakte zwischendurch verhelfen zu mehr

Aufmerksamkeit. Heterozentrierung wird von Probandin (A) als «Overthinking» empfunden, als Hindernis, um in eigene Gefühle zu gelangen. Das Spüren des eigenen Körpers, die Selbstwahrnehmung, gelingt Probandin (E) so gut, dass sie darum Dinge rundherum nicht mehr mitkriegt, währenddem Probandin (C) ihren Körper bis anhin nie richtig gespürt hat und eine starke kognitive Präsenz aufweist:

*Ich habe auch immer das Gefühl, ich spüre meine Beine nicht, ich bin immer irgendwie mit dem Kopf weg (C, 637-639).*

(E) weist darauf hin, dass sie bereits sehr gut gelernt habe, ihren Körper wahrzunehmen.

### 8.1.2 Wirkung äusserer Reize in der Paarsexualität

Gedanken und äussere Reize, die in der Paarsexualität wahrgenommen werden, können stimulierend oder auch ablenkend wirken.

Musik wird von (A/C/E) mit positiver Wirkung erwähnt, mit einer Tendenz in den ruhigeren Bereich. Gerüche und Düfte können Probandin (E) zu sehr ablenken, (A) und (C) wiederum empfinden diese als angenehm. Der Einfluss visueller Wahrnehmung in Bezug zur Ablenkung ist gross, es hilft (A) und (C) die Augen geschlossen zu halten. Im Bereich der taktilen Wahrnehmung dient Wärme der Entspannung und dem Auslösen des Erregungsreflexes:

*Im Wasser, oder wenn wir baden gehen, Wellnessen in den Thermen, dann werde ich mega spitz (C, 287-288).*

Ein aufgeräumtes Setting verhilft Probandin (E) zu mehr Bereitschaft für sexuellen Austausch. Räumliches Wohlbefinden ist wichtig damit der Fokus der Aufmerksamkeit bei ihr selbst bleibt:

*Ich merke auch, dass, wenn die Wohnung nicht aufgeräumt ist, kann ich viel weniger mich gehen lassen. Oder wenn der Fernseher nebenan läuft (E, 171-172).*

Die Stimme des Partners/der Partnerin wird von (E) als Hilfsmittel zu mehr Präsenz im «Hier und Jetzt» im Körper genannt. Diese Empfindung kann auch entstehen, wenn beide sich gleichzeitig aktiv am sexuellen Austausch beteiligen.

### 8.1.3 Erleben der Stimmung in der Paarsexualität

Die Stimmung in der Paarsexualität in Bezug auf Bedürfnisse, Erregung und Gefühle unterliegt vielerlei Faktoren. Spontane und abrupte Stimmungswechsel sind allen Probandinnen bekannt. Schnell kann die Stimmung in stressigen und frustrierenden Situationen kippen oder man fühlt sich aus unbekanntem Gründen sehr emotional und weint (C/E). Auch ein zu viel an Worten oder eine zu feste

Stimme des Partners/der Partnerin (C) können zu einer erhöhten Stimmungsstabilität führen. Unterschiedliche sexuelle Appetenzen vermögen die Stimmung ebenfalls zu kippen:

*Es ist wie wenn ich sonst noch Themen im Kopf habe [...], dass der Eine mehr Lust hat oder so, dass es dann schon zu frustrierenden Situationen gekommen ist, wo ich das Gefühl hatte, es kippt mega schnell (E, 254-258).*

Ungewollte gedankliche Auseinandersetzungen (E) und Assoziationen von Erinnerungen (G) wirken sich negativ auf das Erleben von Stimmung in der Paarsexualität aus.

Bei Probandin (E) können Assoziationen von Erinnerungen während dem sexuellen Austausch die Stimmung in der Paarsexualität schnell in Schieflage bringen:

*[...] was manchmal passiert ist, dass ich wie während wir irgendwie Sex haben und ich dann ne Assoziation mit irgendwas kriege von Erinnerungen [...] dass dann schon wie recht schnell so meine Stimmung kippen kann (G, 211-216).*

Der weibliche Zyklus ist ein weiterer Faktor, der an der Stimmung massgeblich beteiligt ist. Er wird im folgenden Zitat, von der Probandin (A), bewusst eingesetzt:

*Ich weiss genau [...] in der und der Zeit dort geht es eher ab, oder dann bin ich eher wild und hemmungslos und kann mich voll darauf einlassen (A, 269-271).*

Der Zyklus wirkt auch in einer negativen Form auf die Stimmung in der Paarsexualität, wie Probandin (C) erwähnt:

*[...] also ich merke einfach, um die Tage herum und nach den Tagen bin ich so müde, mega müde [...] ich merke es jetzt einfach und dann merke ich, dort musst du es einfach ruhiger nehmen (C, 1340-1344)*

Ein wichtiger Aspekt zum positiven Erleben der Stimmung ist die Kommunikation. So haben zwei der Probandinnen (A/G) positive Erfahrungen machen können, indem sie ihre Stimmungslage dem Partner/der Partnerin kommunizieren. Eine weitere Probandin (C) unterliess diese Kommunikation aufgrund von Selbstzweifeln und hat ihre Sorgen darum in sich «hineingefressen».

Der Familienalltag beeinflusst ebenfalls die Stimmung in der Paarsexualität, so hätte Probandin (A) zeitweise eine anonyme Person anstelle ihres Partners bevorzugt, mit der sie sich auch fallenlassen hätte können, ohne sich am Familientisch wieder zu begegnen. Sie weist auch darauf hin, dass Paarsexualität ausgehend vom Partner, ohne Druck seinerseits und dem Wissen, dass sie jederzeit den sexuellen Austausch beenden könnte, sich positiv auf ihre Stimmung auswirkt:

*Mega cool, dass du es mir offenlässt und sagst: „Hey ist völlig okay, komme wir beginnen jetzt einfach mal mit dieser Massage und dann sehen wir, wo es hingeht.“ Und ich weiss genau, ich könnte jeden Moment wieder raus, was ich dann meistens eh nicht mehr möchte, aber ich weiss, ich könnte (A, 357-362).*

#### 8.1.4 Starke emotionale Momente in der Paarsexualität

Momente des Loslassens bei gedanklicher und räumlicher Freiheit werden sowohl von Probandin (A) als auch (C) als starke emotionale Momente empfunden:

*[...] wenn ich wirklich merke, dass ich mich echt fallenlassen konnte, dass ich so Raum und Zeit vergesse und auch einfach all das, die Frauengedanken von: „Wie sehe ich aus?“ und: „Wie wirke ich?“, oder was auch immer (A, 378-380).*

(A) erwähnt auch hier den nicht zu unterschätzenden Einfluss des weiblichen Zyklus auf die Intensität von Emotionalität. Für sie führt Wertschätzung über die gemeinsame Beziehung seitens des Partners zu starken emotionalen Momenten:

*Dass du dir [...] Zeit nimmst für mich (A, 95).*

Für Probandin (C) können Fantasien als starke Vorstellungen die Emotionalität in der Paarsexualität intensivieren. Sie verweist auf die Nähe-Distanz zum Partner und kann aus dem Erträumen des Partners eine starke Emotionalität empfinden. Was sich andersherum auch negativ auswirkt, wenn der Partner zu Präsent ist.

Beglückend wirkende, intensive Gefühle und Empfindungen bereichern die Paarsexualität ebenfalls mit starken, emotionalen Momenten:

*Mega viel Liebe [...] Nähe [...], also Hingabe, wenn ich mich gehen lassen will [...] das ist so das stärkste Gefühl (E, 279-291).*

Dabei werden ein konstantes, warmes Gefühl von Sicherheit (E) und positive Gefühle beim Ausprobieren von Neuem (E) genannt. (E) verweist auf eine starke emotionale Erfahrung, die sie beim Teilen, der für sie schambehafteten Aspekte der Sexualität, empfindet.

Für (C) ist das emotionale Drumherum der Sexualität ein wichtiger Faktor für starkes Empfinden. Sie erwähnt Situationen, die zu gefühlt stark negativen Momenten in der Paarsexualität geführt haben:

*[...] manchmal kann es sein, dass er mir nur irgendwie chli ans Füdli (greift) und dann könnte ich halbwegs ausrasten! Und ich kann es selbst nicht mal steuern (C, 1275-1277).*

### 8.1.5 Selbstsicherheit in der Paarsexualität

Das eigene Körperbild ist für (A) und (C) ein wichtiger Faktor. Bei Probandin (C) sorgt der Brustbereich dafür, dass sie sich nicht komplett annehmen kann. (A) ist laut eigener Aussage betreffend der Akzeptanz des eigenen Körpers «natürlich nie dort, wo ich gerne wäre». Ihr gelingt es aber, dies in der Sexualität gut auszublenden. Probandin (A) verweist auch auf die Wichtigkeit der externen, positiven Bewertung des Partners bezüglich ihres Körpers:

*Wenn ich gewusst hätte, du (Beat) findest, ja, es ist schon okay, aber es wäre schon mega lässig, es wären da noch zehn Kilogramm weniger [...] ich glaube, ich hätte schon Mühe gehabt. Das hätte mich mega stark gehindert (A, 448-451).*

Für Probandin (C) ist es noch eine Herausforderung, sich ihrem Partner total nackt zu zeigen.

Damit sie sich gehen lassen, oder sich selbst sein kann vor ihrem Partner, benötigt (E) stets Zeit. Sie fühlt sich in neuen Kleidern «mega schön und erotisch». In solchen Situationen empfindet sie ein Wohlgefühl, sich ihrem Partner zu zeigen. Weniger selbstsicher erlebt sie sich, wenn es um Verführungstechnik geht:

*Verführungstechnik oder den ersten Schritt machen, finde ich mega schwierig. Dort bin ich wie nicht so selbstsicher [...] weil es zur Ablehnung gekommen ist, oder wenn ich wie, was gelernt habe wie ich sonst gewesen bin, bei ihm nicht ankomme (E, 351-359).*

Sexuelle Vorlieben oder Kinks sind ein Teil der Probandin (G). Ihr fällt es aber schwer, diese zu zeigen oder darüber zu reden. Sie schätzt sich in der Offenlegung sexueller Vorlieben nicht so selbstbewusst ein.

### 8.1.6 Sexuell erregendste Begegnungen in der Paarsexualität

Akzeptanz des Partners, das machen, was man gerade gut findet, im Wissen, dabei gänzlich angenommen zu werden, sind für (E) Situationen, die zu den sexuell erregendsten Begegnungen führen.

Probandin (G) und (E) verhilft die Abgabe der Kontrolle, der Wechsel in die passive Rolle, zu einem gelösten Zustand, wie in Trance (G) und wird als «mega angenehm» empfunden:

*Wenn ich wie die Kontrolle abgegeben habe [...] das finde ich auch so erregend, das reicht irgendwie schon (E, 469-470).*

Dabei erwähnt (E) auch, dass dabei das komplette Vertrauen zum Partner wichtig ist, um sicher zu gehen, dass er «das Richtige» macht.

Gemeinsame, spielerische Aktivitäten wie Bondage bedeuten für (A) sexuell erregende Begegnungen. Insbesondere die vorbereitenden Überlegungen für diese Spielerei, die Mühe, die der Partner sich dabei geben muss, sind für Probandin (A) ein wichtiger Faktor für eine sexuelle erregende Begegnung. Auch die Vorfreude auf eine terminierte, sexuelle Begegnung bedeutet Probandin (A) viel:

*Letzthin haben wir eben einmal ein Freitagabend Date gehabt und er schrieb mir am Nachmittag: „Hey, ich habe dir bereitgelegt, was ich gerne hätte, was du anziehen sollst.“ (A, 551-553).*

Insbesondere das geduldige Warten während des Spieles, wenn der Partner sich ausreichend Zeit nimmt, bis alles richtig platziert ist, ist für (A) nicht einfach. Probandin (A) empfindet dies als «mega wirkungsvoll» denn sie hat gelernt, diese Momente «mega stark» wahrzunehmen.

(E) erinnert sich an eine Rieseneuphorie nach ihrem ersten DJ-Gig mit aller Aufregung und einer anschliessenden sexuellen Begegnung mit ihrem Partner, dessen unerwartete Dominanz, «so mega eine andere Seite» an ihm, ihr dabei einen Dopamin-Kick gegeben hat.

## 8.2 Kategorie 2 Kognitive Komponenten

### 8.2.1 Geplante oder spontane Momente in der Paarsexualität

Aufgrund der Kinder finden für (A) kaum spontane Momente in der Paarsexualität statt. Sie hat dafür mit ihrem Partner einen fixen Abend in der Woche reserviert, an dem sie nur zu zweit im Haus sind. Sie kann sich da Zeit nehmen und sich auf die Paarsexualität einlassen. Für sie haben die geplanten Momente auch Vorteile:

*Ja manchmal macht es halt auch schon etwas am Dienstag oder Mittwoch mit dir, wenn du genau weisst: „Hey, am Freitagabend...haben wir dann unsere Zeit.“ (A, 624-626).*

Da man wegen der Kinder nicht immer einfach spontan einen sexuellen Austausch haben kann, muss man sich laut (A) «wie Mühe geben». Sich aktiv um sexuellen Kontakt bemühen.

Wenn Probandin (E) etwas ausprobieren möchte, verschiebt sie es auch lieber auf das Wochenende, wenn sie mit ihrer Partnerin die Wohnung für sich hat. Sowohl (A) und (E) schätzen den sicheren Rahmen für sexuelle Begegnungen.

Geplante Momente bergen für (E) klare Nachteile:

*Das ist ja auch so ein bisschen ein ADHS-Thema, wenn du schon fünfmal darum gedacht hast, gibt es dir einfach nicht das gleiche Dopamin, wie wenns spontan kommt (E, 589-591).*

Für sie bedeutet dieses daran herumstudieren «fast schon zu viel Druck». Probandin (E) bevorzugt spontane Momente der Paarsexualität, wo sie ihre plötzlich aufkeimende Lust ausleben kann:

*[...] ich habe das schon ab und zu, dass ich denn, wie auch plötzlich mega Lust habe. [...] ich bin mehr so die, die mega spontan kann/will [...]. Für mich braucht es auch keine Zusammenkunft vorher (E, 558-572).*

Da für (C) sehr viele Faktoren ihre Lust massgeblich beeinflussen, finden ihre Momente der Paarsexualität nur spontan statt. Sie bezeichnet sich als «kurzfristig und spontan», in Augenblicken, wo für sie die Atmosphäre stimmt.

Probandin (E) hat eine lockere Einstellung diesbezüglich und bezeichnet ihre Begegnungen als «spontan, aber vielleicht vorhersehbar».

### 8.2.2 Wie es im Kopf während der Paarsexualität aussieht

Gedanken, Bilder und Vorstellungen, die den Probandinnen während der gemeinsamen Momente in der Paarsexualität durch den Kopf gehen, geben Hinweise zur Präsenz. So hat beispielsweise Probandin (A) einen Plan. Sie hat «in den meisten Situationen das Gefühl, SO müsste es sein».

Probandin (C) ist mit den Gedanken im Aussen, sie ist stark darauf bedacht, dass Sexualität stattfinden kann, wenn sie überhaupt einmal Lust empfindet:

*[...] heute ist es so, [...] ich denke immer: „Ou! Wenn du jetzt schon einmal soweit bist, dann musst du schauen, dass du es jetzt auch noch gerade machen kannst.“ Damit er, wenn schon, etwas davon hat, weil ja, wenn ich dann noch zu lange herumzögere, dass dann plötzlich wieder eine andere Idee kommt und dann ist schon wieder fertig (C, 917-922).*

Es gelingt ihr aber auch, Fantasien von erotischen Filmen abzurufen. Filme, die sie bereits gesehen hat. Wichtig dabei, es sind «mega schnelle Bilder» und auch die Szenen in den Filmen finden in kurzen Sequenzen statt und unterliegen einer hohen Wechselfrequenz. (C) kennt auch das spontane Aufblitzen von Vorstellungen gemeinsamer Sexualität.

Probandin (G) nutzt ihre Vorstellungen und Bilder zur Intensivierung:

*Die Bilder oder Vorstellungen, die ich im Kopf habe sind in der Nähe vom Orgasmus wie eine Verstärkung von dem was aktuell passiert (G, 442-444).*

Ihr gelingt es auch, allein mit der Kraft ihrer Gedanken wegzudriften. Sie fühlt sich dabei wie in Trance und benennt diese Empfindung als «aus-checken».

### 8.2.3 Abbruch oder nicht stattfinden sexueller Austausch

Kognitive Momente störender Gedanken können die Paarsexualität beeinflussen. So merkt Probandin (A) an, dass «Gedanken mich halt schon sehr stark einnehmen können». Auch wenn sie über die Selbstreflexion verfügt, dass etwas nicht relevant ist, das ihr aktuell durch den Kopf geht, findet sie nicht mehr aus dem Gedankenkarussell hinaus. (E) merkt an, dass:

*Wenn ich so hundert Tasks habe, dann habe ich wie gar keinen Raum [...] im Kopf (E, 204-206).*

Auch Probandin (C) kennt diese Situation, in der immer sehr vieles über den Kopf läuft und sich die Verstrickung von Gedanken störend auf den sexuellen Austausch in der Paarsexualität auswirkt.

Probleme mit der Selbstregulation führen bei (A) zu persönlicher Anspannung:

*Ich bin halt nicht so gut im selbst regulieren [...] also wenn es jetzt so Arbeitsthemen gibt, so Lebensthemen so etwas, das mich gerade so etwas aufwühlt, dann kann das schon dazu führen, dass ich sage: „Hey ich hatte heute einfach nicht den Nerv für irgendetwas.“ Weil das nimmt mich dann mega stark ein. Also hat das ADHS wahrscheinlich schon jene Male Sex verhindert (A, 760-765).*

Diskussionen und unterschiedliche Appetenz führten bei Probandin (E) zu negativen Auswirkungen in der Paarsexualität bezüglich des sexuellen Austausches. Mit plötzlich erscheinenden, negativ behafteten Erinnerungen und Assoziationen früherer sexueller Begegnungen sieht sich Probandin (G) konfrontiert:

*[...] da hatte ich wie, hab ich wie an was gedacht, was früher mir überhaupt nicht gefallen hat [...] und dann hat mich das traurig gemacht (G, 567-569).*

Diese spontan auftretenden, ablenkenden Gedankengänge erschweren den sexuellen Austausch.

### 8.2.4 Geduld in der Paarsexualität

Probandin (C) erlebt die Geduld in der Paarsexualität als kurze Sequenz. Sie wird schnell ungeduldig und denkt noch an alles andere, was sie sonst noch erledigen sollte. Für sie ist es eine kurze Sequenz, in der sie auf Leidenschaft oder Sex bezogen ist:

*[...] es ist wie, jetzt, jetzt muss es passieren und jetzt kann ich nicht noch lange warten, weil, eben irgendwann geht die Lust wieder vorbei und dann wars das (C, 936- 938).*

Wenn (C) erregt ist und Lust verspürt, muss es schnell gehen. Sie zeigt diese Lust, kommt dann auch zum Orgasmus und dann ist es auch «ziemlich schnell wieder vorbei».

Probandin (E) findet für ihr Empfinden von Geduld klare Worte:

*Ich habe voll keine Geduld, ich bin so entweder jetzt oder gar nicht (E, 547).*

Für sie ist es eine Herausforderung, wenn sie in der Lust ist und diese nicht im Moment ausgelebt werden kann. Sie fordert ihr Bedürfnis aktiv und auf der Stelle ein und erträgt es schlecht, wenn dieses nicht ausgelebt werden kann:

*[...] vor allem bin ich so: „Ich habe JETZT zwei Stunden Zeit und nachher will ich noch das und das und das machen.“ Und wenn es dann in diesen zwei Stunden nicht passiert, sage ich es ihm halt direkt und überhaupt nicht erotisch (E, 547-551).*

Nach der Schliessung dieses «zwei Stunden Zeitfensters», ist ihre Geduld auch wieder vorbei.

Probandin (A) hat zwischendurch auch Momente, in denen sie das Gefühl hat, es müsse schneller gehen. Sie hat in der Zwischenzeit zusammen mit ihrem Partner gelernt, dass sich warten lohnt. Dadurch kann sie loslassen und gerät dabei in «einen richtig coolen Zustand». Ihr Partner hat viel von der Schnellebigkeit in der Paarsexualität herausgenommen. Sie fällt zwischendurch wieder in alte Muster und wird ungeduldig, besinnt sich dann aber auf die Erfahrung, dass Geduld für sie eine Wohltat darstellt. Mit ihrer Kognition kann sie sich auf unterschiedliche Zeitrahmen gemeinsamer Momente der Paarsexualität einstellen:

*Es ist dann egal, ob wir eine halbe Stunde haben oder anderthalb Stunden und das liegt dann nicht wie in meinem Ermessen auch und dann ist für mich Geduld kein Thema, aber das wäre es (sonst) durchaus (A, 779-782).*

### 8.3 Kategorie 3 Beziehungskomponenten

#### 8.3.1 Verführung des Partners/der Partnerin

Die Möglichkeiten der Verführung des Partners/der Partnerin sind vielseitig. Für Probandin (A) sind geplante Zeitfenster für die Paarsexualität zentral. Dafür setzt sie sich aktiv ein. Für sie muss Sexualität «wie ein Thema bleiben». Eine präsente Sexualität in Sichtweite ist wichtig, auch im Alltag. Ansonsten wäre die Paarsexualität für (A) schnell inexistent.

Probandin (C) mag die romantische Verführung:

*Zum Beispiel mit Augenbinden, mit Rosenblättern und überall Kerzli, [...] Massagen oder einfach zusammen zuerst mal Duschen oder ein Bad nehmen (C, 1037-1040).*

Sie massiert ihren Partner anschliessend gerne selbst, weil sie da ihre eigenen Vorstellungen ausleben kann.

Die Verführung mit «Ping-Pong Effekt» wird von Probandin (G) angewendet. Der eigenen Erregung wird dabei Ausdruck gegeben, sodass sich die Partnerin daran erregt, das kann sich dabei dann gegenseitig hochschaukeln. Eine weitere Verführungsstrategie wendet (G) mit ihrer hörbaren Atmung in der Paarsexualität an.

Eine direkte Verführung mit erregendem Körperkontakt wendet Probandin (E) an:

*[...] habe ich dich einfach berührt, wenn wir irgendwo gelegen sind oder so. Bin ich halt mega so direkt gewesen, oder habe halt vielleicht einen etwas intensiveren Kuss gegeben (E, 610-614).*

### 8.3.2 Empfindungen körperlicher Berührungen

Laut Probandin (A) hängen die Empfindungen körperlicher Berührungen in der Paarsexualität von der Tagesform ab:

*[...] ich finde, es ist auch nicht immer gleich. Was sich heute gut anfühlt, kann sich nächstes Mal nicht gut anfühlen [...] das muss man sich dann wie rausnehmen und dass man das auch sagt (A, 878-882).*

Diese Erfahrung teilt auch Probandin (G), die glaubt, dass das Empfinden körperlicher Berührungen in der Paarsexualität variiert und tagesabhängig ist. Sie mag es, recht eng und mit viel Körperkontakt gehalten zu werden, im Sinne einer Kompression. Auch grossflächige Berührungen über den ganzen Körper mag sie sehr. Diese fühlen sich wie «so Spuren auf meinem Körper gemalt» an. Das Wechselspiel von sehr intensiven Berührungen wie zum Beispiel Bissen und dem Kontrast der anschliessenden feinen Berührungen über dieselbe Stelle sind für Probandin (G) sehr interessant. Intensive Sinneseindrücke wie «tease and nail» mag sie auch sehr. Für sie lösen Berührungen ein «Feuerwerk an Eindrücken» aus. (G) fühlt sich in solchen Momenten in ihrem Körper «an einem ganz spezifischen Ort». Der Hautkontakt ermöglicht ihr eine erhöhte körperliche Wahrnehmung.

Probandin (E) mag Bestimmtheit in den körperlichen Berührungen. Unbestimmte Berührungen lösen bei ihr Stress aus:

*Wo ich es nicht gerne habe, wenn es so unbestimmt ist, für mich ist es so nichtssagend, wenn es zu fein ist [...] für mich ist es so ein Zeichen, das ich missverstehen kann. Ich weiss nicht genau, was jetzt der Mood ist. Ist es eher sexuell, ist es jetzt eher kuscheln, das verwirrt mich mega und dann löst es bei mir so einen Stress aus, den ich mega unangenehm empfinde (E, 655-665).*

Deutliche, feine Berührungen des Partners lassen ihr ausreichend Zeit, um in die Wahrnehmung zu kommen.

Für Probandin (A) bewirkt das bewusste Zeit nehmen des Partners für eine Massage mit Öl, Musik und Kerzen, wie eine Entspannung mit positiver Wirkung auf sie selbst.

### 8.3.3 Konflikte in der Paarsexualität

Die Kommunikation zwischen den Paaren im Zusammenhang mit Konflikten wird hier oftmals erwähnt, so meint Probandin (A):

*[...] wenn ich es früh wahrnehme und früh kommuniziere, dann [...] wird das Fass auch nicht voll (A, 912-913).*

Ein frühzeitiges Mitteilen der eigenen Befindlichkeit kann für sie Konflikte abwenden:

*[...] wir haben mega fest auch gelernt [...] Konflikte vorbeugen, indem vor allem ich, wenn ich wütend bin, oder genervt bin, das auch sage und nicht an ihm auslasse (A, 916-919).*

Auch Probandin (G) erwähnt, dass sie ihre Konfliktthemen schnell auflösen. Das gelingt nicht allen Probandinnen gleich gut. So ist es (C) erst kürzlich gelungen, sich nach einem Konflikt ihrem Partner gegenüberzustellen und die Situation zu klären, anstelle sich abzuwenden und das Problem in sich hineinzufressen, wie sie es sich sonst gewohnt ist:

*[...] also meistens bin ich dann so verletzt, dass ich manchmal auch gar nicht gerne neben dir liege im Bett, sondern wirklich weggehe [...] ich habe einfach alles in mich hineingefressen und habe dann eine Wut bekommen (C, 1237-1240).*

Die Kontrolle der Emotionen in Konflikten zeigt sich nur leicht unterschiedlich. So verspürt Probandin E keinerlei «Bock» mehr auf ihren Partner bei Konflikten und würde diesen am liebsten «hinauskicken». Bei diesem Thema schliessen sich Probandinnen (A, C und G) an:

*[...] also WENN wir in ner Situation noch sind, in der wir wie uns, wir noch nicht wieder zusammengefunden haben, oder irgendwie nen Mismatch von irgendwas besteht, dann ist eh irgendwie in dem Moment Sex nicht wirklich ein Thema (G, 729-732).*

(A) merkt noch an, dass sie in Konflikt-Momenten ihre Emotionen nicht umstellen könne.

Wo Paarsexualität während eines Konfliktes noch unvorstellbar wäre, ist für (E) der Moment nach der Konsensfindung der Zeitpunkt für Sexualität:

*Und danach (nach Konflikten) wenn wir wieder den Konsens gefunden haben [...] dann (haben wir) schon (Sex) (E, 696-699).*

Für Probandin (G) ist es wichtig, nach einem Konflikt wieder miteinander intim zu werden, aufeinander zuzugehen. Es ist für sie «so ne Art dann auch Absicherung». Eine Vergewisserung, dass zwischen ihr und der Partnerin die Welt wieder in Ordnung ist. Für sie kann sich ein Konflikt schnell bedrohlich anfühlen, im Sinne einer Verlustangst von Nähe, Intimität und Verbundenheit. Darum ist es (G) ein starkes Bedürfnis, Konflikte schnell zu bereinigen.

Diskussionen oder auch Kleinigkeiten mit dem Partner, bei denen sich (C) verletzt gefühlt hat, führen ihrerseits zu einer Abneigung des Partners in der Paarsexualität.

## 8.4 Kategorie 4 Physiologische Komponenten

### 8.4.1 Anfühlen des Körpers in der Paarsexualität

Anspannung in der Paarsexualität ist für Probandin (A) ein bedeutsames Thema. Sie berichtet über ihre körperliche Anspannung:

*[...] ich bin allgemein ziemlich ein angespannter Typ, also ich habe ganz starke Nackenverspannungen immer wieder, ich habe [...] herausgefunden mittlerweile, dass ich einen verspannten Beckenboden habe [...] Anspannung ist für mich ein mega grosses Thema (A, 967-975).*

Auch Probandin (C) berichtet von ihrem Körper über eine dauerhafte Anspannung. Eine Entspannung empfindet sie kurz nach dem Höhepunkt. Da gibt es eine «kurze Sequenz, wo alles entspannt». Dieser Moment wird jedoch schnell wieder unterbrochen von ablenkenden Gedanken.

(G) gelingt es, in der Erregung Spannung aufzubauen. Sie hat aber die Erfahrung gemacht, dass ein zu viel an Spannung, dazu führt, dass sich die Erregung wie «so in Luft auflösen und verflüchtigen» kann, was zu einem Gefühl von Frust führt. Sie achtet nun darauf, dass sich nicht ein zu viel der Anspannung in den Momenten der Paarsexualität einstellt. In diesem Kontext ist ihr folgendes aufgefallen:

*Was ich auch gemerkt hab, ist, dass sich zum Beispiel Bewegung sich mega schön anfühlt [...] wie ich in der Erregung meinen Körper bewegen kann [...] das ist so, also mega genussvoll für mich (G, 759-763).*

Eine gute Mischung zwischen Entspannung und Anspannung empfindet Probandin (E) in der Paarsexualität.

#### 8.4.2 Körperliche Impulse in der Paarsexualität

In Bezug auf innere körperliche Impulse in der Paarsexualität spricht Probandin (A) die starke innere Unruhe an, die sie früher gespürt hat. Das Gefühl, immer einen Schritt weiter zu sein, was in der Sexualität nicht funktioniert hat und ihr einen Zustand der Empfänglichkeit verwehrt hat.

Probandin (E) spürt einen deutlichen Impuls:

*Gier! [...] So ein starkes Gefühl nach WOLLEN [...] ich setz mich eher in Bewegung es ist wie [...] wenn sich Gier so körperlich ausdrückt (G, 789-807).*

Dieses Gefühl aktiviert sie. Es zieht sie räumlich näher zur Partnerin hin und sie assoziiert es auch mit Penetration. (G) bezeichnet diesen Impuls wie «etwas zu mir ran» ziehen wollen.

Probandin (E) lässt sich von den Impulsen treiben und macht einfach, was sie gerade fühlt. Dabei kommuniziert sie diese intuitiven Bedürfnisse ihrem Partner sehr direkt und klar.

Für Probandin (C) ist die innere Wahrnehmung noch ein Lernprozess:

*[...] so die Wahrnehmung von Innen, da bin ich erst jetzt am Lernen (C, 1419).*

Bis anhin hat sie sich noch zu wenig wahrnehmen können.

#### 8.4.3 Stress in der Paarsexualität

Allein der Alltag kann für viele Menschen sehr beanspruchend sein. Für die ADHS-Frauen gestaltet er sich durch ihre besondere Wahrnehmung noch intensiver. So kann Probandin (C) nach der Arbeit nicht einfach abschalten und sich entspannen für die Paarsexualität:

*[...] käme ich nach Hause vom Einkaufen, ich könnte mich nicht jetzt einfach hinlegen und jaja, massiere mich, weil dann wäre ich: „Hey, ich muss noch das und ich muss noch dort.“ [...] da müssen so viele (Sachen stimmen), dass ich mich überhaupt entspannen kann und dem hingeben kann. Das ist für mich mega schwer (C, 1087-1091).*

Auch Probandin (A) schliesst sich dem an und erwähnt den strengen Alltag, das Herauskommen aus dem Alltagsgeschehen und den Wechsel in eine andere Rolle der Paarsexualität. Sie erinnert sich auch an Situationen, in denen sie sich als Mutter «overtouched» gefühlt hat und keinerlei weiteren Berührungen oder Erwartungen des Partners leiden konnte. Ihr gelingt allgemein die Stressregulation nicht gut. Sie kann vom Stress nicht abschalten. Mittlerweile habe sie «äussere Systeme» die ihr dabei etwas helfen. Ihr fehlen aber noch «innere Systeme» zur besseren Bewältigung von Stress. Sie spricht mit ihrem Partner, wenn sie gestresst

ist. Für sie sind Gespräche besonders wichtig, da sie in solchen Momenten eine Art «ein Feuerwerk» im Kopf hat, bei dem durch das Sprechen «ein Faden hineinkommt», der ihre Gedanken besser ordnet.

Wie gestresst es sich im Körper einer ADHS-Frau anfühlen kann, zeigt folgendes Zitat von Probandin (C) eindrücklich:

*Ich möchte gerne irgendwo alles erledigt haben und ich schaffe es nicht [...] und das stresst mich wieder innerlich, weil ich nicht wieder all das erledigen wollte [...] Und eigentlich will ich ja das gar nicht! Und das ist eben dann auch mit dem Sex [...] mit allem also ja, ich finde es einfach nicht lässig so (C, 996-1007).*

Dem Frieden in der Paarsexualität zuliebe, hat sie darum auch schon ihrem Partner angeboten, einfach ihre «Beine breit» zu machen. Ihre sexuellen Begegnungen unter Stress bezeichnet sie selbst als «sehr sehr kurz». (C) möchte schnell wieder aus der Situation heraus.

Stress zeigt sich bei Probandin (E) in der Paarsexualität mit weniger sexuellem Austausch. Sie vermutet, dass sie trotz Stress «völlig random» am Tag Sex haben könnte, als Stressabbau und als Hilfe, wieder mehr in den Körper zu kommen:

*Ich weiss, dass ich dann eigentlich Lust hätte. Ich weiss so wie, ich könnte. Weil es würde mir ja eigentlich mega helfen, um aus dem Kopf zu kommen. Zum eben aus dem Stress herauszukommen, um eben mehr den Körper zu spüren (E, 805-813).*

Für Probandin (G) ist Paarsexualität eine körperliche Möglichkeit mit Stress umzugehen. Dabei verweist sie auf die Bedeutung der Art von Stress:

*Es kommt auch mega auf die Stressart drauf an. [...] wenn ich mega Sorgen grad habe oder Ängste, dann hab ich vielleicht das Bedürfnis nach Nähe, das dann auch zu irgendeiner Art Sex werden kann (G, 846-850).*

Bei ihr löst Stress in der Paarsexualität ein Bedürfnis nach Bestätigung und Schutz aus. Sie sucht die Nähe zur Partnerin und ersucht nach Intimität, Kuscheln oder von ihr gehalten zu werden. Sie verweist auf ihr Gefühl, dass sie in der Anspannung oft Stress mit Erregung verwechselt.

Probandin (A) betont, dass ihr Umgang mit Stress sich verändert hat, seitdem sie weiss, dass sie die ADHS hat:

*Was sehr viel ausgemacht hat, ist [...] seit ich weiss, WAS es ist. Seit ich weiss, dass es nicht mein Unvermögen ist, sondern, dass da eben wirklich etwas anders läuft, weil sonst hat dann immer die andere Spirale begonnen von: „Ich bringe es einfach nicht hin“ und Selbstzweifel und Selbstwert, einfach so das ganze (A, 1172-1177).*

#### 8.4.4 Atmung in der Paarsexualität

In der allgemeinen Einschätzung zur eigenen Atmung in der Paarsexualität meint Probandin A, dass sie «keinen Blassen» hat. Ihr ist aber bewusst, was Atem machen könnte. Probandin (C) zeigt in eindrücklicher Weise, dass ihr schnelles Leben, das sich anfühlt, als sei sie ständig auf der Überholspur, sich bis in die Atmung in der Paarsexualität niederschlägt:

*[...] die ist immer sehr oberflächlich. [...] das durfte ich lernen jetzt, in den vergangenen zwei, drei Monaten viel tiefer hinunterzuatmen, damit sich eben auch der Körper mal mehr entspannen kann (C, 1470-1473).*

Sie muss sich sehr bewusst Zeit nehmen, um sich in Ruhe auf ihre Atmung zu fokussieren. Dass dieser Einsatz sich lohnt, hat (E) bereits erfahren dürfen:

*[...] wenn es mir in den Kopf kommt, wenn es mir einfällt, versuchen wieder tief zu atmen [...] es hat einen riesen Impact (E, 841-843).*

Sie selbst bezeichnet ihre Atmung als «mehrheitlich oberflächlich». In der Paarsexualität ist diese regelmässiger, da sie dann mehr in ihrem Körper und bei sich selbst ist. Im gemeinsamen Vorspiel bezeichnet sie ihre Atmung noch etwas tiefer. Einzig um den Höhepunkt herum, da könne sie nicht mehr tief atmen.

Probandin (G) nutzt ihre Atmung als bewusstes Mittel, um mehr in den Körper zu kommen. Ihre favorisierte Bewegung in der Sexualität unterstreicht sie mit einer tiefen Atmung. Wenn sie zu sehr in Kognitionen verfällt, setzt sie bewusst ihre Atmung ein:

*Manchmal, wenn ich mich zu sehr in meinen Gedanken verstricke, probiere ich mich zurück in meinen Körper zu besinnen [...] dann probiere ich dort, wo ich grad Anspannung fühle, einzuatmen, um da die Anspannung runterzusetzen (G, 445-450).*

Ihr fällt es schwer, während der Paarsexualität zu sprechen. Sie hat sich darum angewöhnt, ihre Atmung als alternatives Kommunikationsmittel einzusetzen:

*[...] mir fällt es sonst mega schwer, irgendwas zu sagen während dem Sex, oder zu reden [...] deswegen ist für mich Atmung auch ein mega wichtiges [...] Kommunikationsmittel, dass ich darüber wie Atmung und wie meinen Körper positioniere [...] als Wortalternative (G, 927-933).*

#### 8.4.5 Paarsexualität unter Medikamenteneinnahme

Die Erfahrungen der Probandinnen mit ADHS-Medikamenten sind vielseitig. So konnte Probandin (A) bei einem ersten Mal Sex unter dem Medikament Concerta® eine positive Erfahrung machen. Auch (C) konnte Dank Ritalin® ihre Sexualität geniessen:

*[...] von Ritalin® habe ich ja nur irgendwie [...] vielleicht anderthalb, zwei Monate genommen. Und ich hatte den Eindruck, es hat mich recht entspannt. Ich bin viel ruhiger gewesen, viel fokussierter (C, 1515-1520).*

Sie verweist auch auf Nachteile dieses Medikamentes und nennt die Sedierung während der Wirkungszeit, die ihr auch die Freude und Kreativität nimmt. Ihr ist eine Veränderung ihrer Persönlichkeit aufgefallen und meint:

*[...] du bist nicht mehr gleich [...] nach einer gewissen Zeit [...] von dem Ritalin® [...] habe ich gemerkt, JETZT bin ich langsam wieder ich! (C, 1537-1539).*

Auch Probandin (E) konnte dank Elvanse® positive Erfahrungen sammeln. Sie hat das Gefühl, durch das Medikament «neutraler» zu sein. Es dämpft ihre negativen Emotionen wie Frust und auch der Stress im Kopf wird gedimmt. Ihre Liebesgefühle hingegen sind «eigentlich fast mehr da». Und:

*[...] es bringt mich VOLL herunter (E, 983).*

Für sie ist die Wirkung von Elvanse® mit einem Tunnelblick zu vergleichen. Alles erscheint auch etwas diffuser. Ihr ist aufgefallen, dass es unter dem Medikament praktisch keinen Streit mehr gab und ihr alles viel gleichgültiger war. Ebenfalls fühlte sie sich viel präsenter und hat Berührungen des Partners in der Paarsexualität aktiver wahrgenommen. Sie erwähnt eindrücklich einen Moment des sexuellen Austausches unter der Wirkung des Medikamentes:

*Letzthin [...] morgens mal [...] habe ich gesagt, es ist crazy gewesen für mich, weil ich konnte mega schnell switchen zu: „Ich bin jetzt am Sex haben.“ Sonst habe ich das Gefühl, braucht es irgendwie länger. Und dort ist es mega schnell gegangen und ich bin mega fokussiert geblieben, als ohne Medikamente (E, 893-904).*

Probandin (G) berichtet über negative Erfahrungen mit dem Medikament Medikinet®. Sie litt unter starken Nebenwirkungen:

*[...] vom Medikament hatte ich starke Nebenwirkungen, die irgendwie auch sexuell, wie auch mein gesamtes Leben beeinflusst haben (G, 992-994).*

Kopfschmerzen und nächtelanges durcharbeiten führten in der Folge zum vorzeitigen Absetzen des Medikamentes.

## 8.5 Bedeutung der ADHS in der Paarsexualität

Mit einem positiven Blick hinsichtlich der Bedeutung von der ADHS in der Paarsexualität macht Probandin (A) folgende Aussage:

*[...] (ohne ADHS) wären wir vielleicht mega langweilig! Hätten nur Blümchensex unter der Decke mit abgeschaltetem Licht (A, 1370-1372).*

Die abwechslungsreiche Sexualität wird auch von Probandin (E) erwähnt. Mit ihr werde es in der Sexualität nicht langweilig, da sie nach fünfmal hintereinander gleichem Sex bestimmt beim sechsten Mal etwas Neues ausprobieren würde.

Für (C) stellt die ADHS eine Belastung dar, es ist für sie «je länger, je mehr, ja, anstrengend». Sie hat mit all ihren Plänen den Eindruck, zu wenig Zeit zu haben. Und selbst wenn der Tag mehr Stunden hätte und sie dadurch entspannen könnte, sind gefühlt noch Bedürfnisse der Paarsexualität da, die auch noch anstehen:

*Eigentlich bräuchte mein Tag 48 Stunden [...]. Dass du den Körper spürst, dass du wieder etwas Boden unter den Füßen hast, dass du wieder deine Bedürfnisse merken kannst, dass du deine Freizeit zum Entspannen hast, dass du Kreativität hast [...] ja, dann irgendwann auch mal noch du (Diego) (C, 1626-1631).*

Probandin (A) hat die ADHS zur Kommunikation mit dem Partner veranlasst. Sie weist auf den guten Austausch von Gefühlen mit dem Partner hin und der guten Zusammenarbeit bezüglich der Symbiose von ihr als Optimiererin und ihm, der lösungsorientierten Person. Die Unterstützung des Partners zur Lösungsfindung wird von ihr als «mega wichtig» bezeichnet. Insofern beschreibt sie ihre aktuelle Situation der Paarsexualität in Bezug zur ADHS wie folgt:

*Ich glaube, sexuell gesehen, haben wir das Beste daraus gemacht (A, 1378).*

Die starke körperliche Wahrnehmungsfähigkeit wird von Probandin (G) als bedeutsam empfunden, da sie ihr auch einen starken Bezug zur Sexualität ermöglicht. Für sie bedeutet dies eine Art von Kommunikation und Verbindung, die nicht auf Worten, sondern auf Körperlichkeit basiert. Dies ist für sie essenziell, um mit einer anderen Person in Verbindung zu treten.

## 8.6 Wichtigste Ressourcen der ADHS in der Paarsexualität

Probandin (C) und (E) sind sich einig, dass Spontaneität eine Ressource darstellt. Für (C) zeigt sich diese in der schnellen Aktivierung von Lust, allein durch die Vorstellung einer Fantasie. Sie kann so innert kürzester Zeit in die Lust kommen. Fantasien und eine Ideenvielfalt sind für sie bezeichnende Elemente für Ressourcen:

*[...] ich habe wie so mega viele Fantasien, ich denke mir mega oft so: „Ah ja, das könnte ich noch dort machen und das könnte ich noch so machen und nächstes Mal will ich noch das ausprobieren.“ (E, 1050-1053).*

Probandin (G) sieht Ressourcen der ADHS in der Verspieltheit. Sie nennt dabei auch Offenheit für Neues und Interesse an Neuem, ebenso das Explorieren in der Paarsexualität als Ressource. Durch das hat sie in ihrem gemeinsamen sexuellen Sexleben «ein paar mega coole Gewohnheiten, Methoden» kennengelernt. Sie erwähnt auch:

*[...] für mich ist die Suche nach neuen Empfindungen und Sinneseindrücken [...] SEHR erfüllend, gewinnbringend (G, 1040-1043).*

Gerade diese Suche, diese Neugier ist es, die auch Probandin (E) als Ressource erwähnt:

*Ich glaube, das ist mega eine Ressource, dass ich mich selbst (und Finn) auch immer weiter kennenlernen will [...] das fördert wie Emotionen und auch dass man sich so wie weiterentwickelt (E, 1055-1058).*

Probandin (G) erwähnt ihre ausgeprägte Fähigkeit der Körperwahrnehmung als «etwas sehr Schönes». Des Weiteren ist ihr Interesse an Kommunikation, das Bedürfnis und das Bemühen darum, auch jenes nach expliziter Kommunikation, für sie eine Bereicherung in der Beziehung der Paarsexualität.

Für Probandin (A) bildet ihre Fähigkeit, in der Sexualität die Kontrolle abgeben zu können, eine grosse Ressource. Das macht es für sie in der Paarsexualität sehr spannend, wie ihr folgendes Zitat eindrücklich zeigt:

*[...] dass ich mich wie fallenlassen kann. Oder dass es für mich auch eine RIESEN Bedeutung hat, wenn ich loslassen kann. Weil ich ja das prinzipiell sonst überhaupt nicht kann (A, 1395-1397).*

Sie haben nach eigenen Aussagen ihre Tücken oder Herausforderungen in Ressourcen umgewandelt.

## 8.7 Wichtigste Herausforderungen der ADHS in der Paarsexualität

In der Kommunikation fällt es Probandin (G) schwer, sich explizit auszudrücken und auch (E) hat damit ihre Mühe:

*Wenn du nicht GENAU checkst, wie ich jetzt GENAU berührt werden will und GENAU machst, was ich will, dann ist so: „WUAH!!!“ (E, 1067-1069).*

Probandin (C) erhofft sich durch eine verbesserte Kommunikation wieder mehr Nähe zu ihrem Partner.

Für Probandin (A) stellen Gedanken und Emotionen eine Herausforderung dar. Diese können sie schnell irgendwohin katapultieren, wo sie dann gefühlt in «Spiralen hineinfalle, die nicht mehr aufhören» und die von ihr nicht mehr kontrollierbar sind. Auch für Probandin (E) sind Emotionen eine Herausforderung:

*Ich finde, so das Emotionale, also die Impulsivität, dass ich Mühe habe, um das wie zu kanalisieren oder mich vielleicht auch auf dich (Finn) einzulassen (E, 1063-1065).*

Die Angst vor Ablehnung und Zurückweisung beschäftigt Probandin (A). Wäre ihr Partner ihr gegenüber nicht so positiv eingestellt, wenn er es «nicht so von Herzen gut meinen» würde, könnte dies für sie eine echte Herausforderung darstellen.

Probandin (C) sieht ihre persönliche Herausforderung in der Entspannung:

*[...] alles unter einen Hut kriegen und dann einfach das leben können und eben einfach entspannen können, ist für mich die grösste Herausforderung mit dem Ganzen (C, 1682-1684).*

Für sie ist die Paarsexualität eng mit der Entspannung gekoppelt. Könnte sie im Körper mehr loslassen, würde ihrer Meinung nach auch wieder ihre sinnliche Seite hervorkommen. Sie wünscht sich so sehr mehr Entspannung anstelle des aktuellen Gefühls vom «ständig ausgebremst» sein und nicht mehr weiterkommen können.

Probandin (E) fällt es sehr schwer, sich auf Langsamkeit oder auf das, was Zeit braucht, einzulassen. Ihre Ungeduld ist ihre grosse Herausforderung.

## 9 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, wie sich die Wender-Utah Diagnosekriterien für Erwachsene im Erleben der vier Komponenten des Modells Sexocorporel zeigen und welche wichtigsten Ressourcen und Herausforderungen die ADHS in Bezug auf die Paarsexualität hat. Basierend auf der Fragestellung, wie die ADHS-diagnostizierten Frauen sich in den sexodynamischen, kognitiven, Beziehungs- und physiologischen Komponenten in der Paarsexualität erleben, wurden relevante Begriffe und der Stand der Forschung der ADHS erörtert. In einem halbstrukturierten Leitfadeninterview berichteten vier Frauen und deren Partner und Partnerinnen über ihr Erleben mit der ADHS. Die daraus gewonnenen Daten wurden anschliessend in Bezug zu den Forschungsfragen analysiert.

### 9.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Die Ergebnisse aus den Interviews werden chronologisch, zusammengefasst aufgelistet und in einem weiteren Schritt interpretiert.

### 9.2 Erleben der vier Komponenten des Modells Sexocorporel durch die Wender-Utah Diagnosekriterien

In Kapitel 9.2.1 bis 9.2.3 werden die Ergebnisse des Erlebens der vier Komponenten des Modells Sexocorporel durch die Wender-Utah Diagnosekriterien festgehalten. Sie geben einen Einblick, wie sich die ADHS in ihren Erscheinungsformen in der Paarsexualität zeigt. Diese sind den vier Komponenten des Modells Sexocorporel zugeordnet.

#### 9.2.1 Sexodynamische Komponenten

Es stellte sich heraus, dass sich die Aufmerksamkeit der ADHS-diagnostizierten Frauen stark von äusseren Reizen beeinflussen lässt. Ein zu viel der Reize, wirkt auf sie schnell überfordernd. Dieses Ergebnis deckt sich mit Ryffel-Rawak (2016), die besagt, dass vor allem Frauen während des Liebesspiels oftmals in Gedanken ganz woanders sind und sich nicht genügend konzentrieren, was zu einem geringeren Lustempfinden führen kann (S. 93). Diese leichte Ablenkbarkeit ist nach Sobanski et al. (2017) Teil des Diagnosekriteriums einer Aufmerksamkeitsstörung (S. 2596). Nach Neuy-Lobkowitz (2024) haben die ADHS-Frauen durch ihre Ablenkbarkeit Schwierigkeiten, präsent zu bleiben, wenn ihre Gedanken in der Sexualität wegdriften. Sie können sich dadurch in der Sexualität nicht hingeben und wirklich Genuss empfinden. Die Intensität sexueller Begegnungen wird vermindert

(S. 141). Eine maximale Reduktion von äusseren Reizen begünstigt darum eine körperlich fokussiertere Aufmerksamkeit. Gleichzeitiges Geben und Empfangen in der Paarsexualität wirkt wie eine Überforderung, wie eine Probandin feststellen konnte. Dies deckt sich mit Michael Sztenc (2020), der in Bezug zu sexuellen Interaktionen darauf hinweist, dass es eine konstante Wahrnehmung braucht, ob das aktuelle Geschehen noch kongruent mit der eigenen Befindlichkeit ist. Dieser permanente Wechsel von Beobachtung, Wahrnehmung und Aktion in Bezug zur eigenen Befindlichkeit und dem gemeinsamen sexuellen Austausch, erfordert eine hohe Aufmerksamkeitssteuerung, Fähigkeit zur Wahrnehmung und Handlungsoptionen (S. 170). Neuhaus (2005) unterstreicht dies und besagt, dass die Betroffenen in der Sexualität Schwierigkeiten mit Mehrfachhandlungen haben. Sie können den Partner/die Partnerin mit Hingabe hyperfokussiert verwöhnen, aber den sexuellen Austausch nicht gleichzeitig selbst geniessen (S. 160). Das bestätigt auch Ryffel-Rawak (2017) die betont, dass ADHS-Frauen Sexualität anders erleben. Sie haben entweder Schwierigkeiten, sich auf den sexuellen Austausch einzulassen, oder sie hyperfokussieren, sind demnach hochkonzentriert (S. 43). Dabei können sie wie Ohlmeier und Roy (2021) feststellen, Zeit und Raum ignorieren (S. 54).

Oft finden sich die beiden Begrifflichkeiten ADHS und Hypersensitivität zusammen. Es ist darum nach Neuy-Lobkowitz (2024) naheliegend, dass sinnliche Wahrnehmungen, ob akustisch, visuell oder haptisch, als belastend bis bedrohlich empfunden werden können. Die ADHS-Personen werden durch die vielen wahrgenommenen Informationen schnell erschöpft und reizüberflutet (S. 181). Krause und Krause (2022) betonen, dass sich die Reizoffenheit der ADHS-Betroffenen nicht nur auf optische und akustische Reize bezieht. Alle sensorischen Wahrnehmungen, auch die taktilen, können betroffen sein (S. 75). Dies kann sich in der Paarsexualität im Sinne einer vorzeitigen Ermüdung und Ablenkung aufgrund äusserer Reize zeigen.

Das Ergebnis zeigt, dass die visuelle Wahrnehmung bei den Probandinnen ein zentraler Teil der Wahrnehmung zu sein scheint. Sie verleitet leicht zu einer Ablenkbarkeit. Wird diese Sinneswahrnehmung abgeschwächt, findet die Selbstwahrnehmung bedeutend mehr Raum. Sowohl auditive als auch taktile Sinneswahrnehmungen gewinnen dadurch an Intensität. Des Weiteren bestimmt die räumliche Umgebung in einem besonderen Masse über das Wohlbefinden und die Bereitschaft zur inneren Aufmerksamkeit.

In Bezug zum Erleben der Stimmung in der Paarsexualität sind spontane und abrupte Stimmungswechsel ein häufig genanntes Phänomen der ADHS-diagnostizierten Frauen. Es wurde nachgewiesen, dass plötzliche, negative Assoziationen, eine zu intensive Stimme, oder auch die Doppelrolle als Mutter und Sexualpartnerin eine Stimmungslabilität hervorrufen können. Diese spontan oder reaktiv auftretenden Ereignisse sind nach Krause und Krause (2022) Teil des Diagnosekriteriums der Affektlabilität (S. 353). Dieses Ergebnis unterstreicht nach Sari Solden (2008) die Erkenntnis, dass bereits Kleinigkeiten schnelle Stimmungswechsel auslösen können. Dabei handelt es sich um Irritationen aus der Umgebung, die die Frauen völlig aus dem Gleichgewicht bringen und den Körper in einen kleinen Panik-Zustand versetzen (S. 122). Im Hinblick auf die Paarbeziehung gilt es nach Barkley (2024), dass Probleme mit der emotionalen Selbstkontrolle diese am meisten gefährden (S. 287). Die Ergebnisse zeigen, dass die Affektlabilität ein häufiger Störungsfaktor der Paarsexualität ist. Die Affektlabilität wird oft auch im Zusammenhang mit dem weiblichen Zyklus genannt. Im Kapitel 9.2.4 der physiologischen Komponenten wird darum näher auf diese Thematik eingegangen. Im Hinblick auf emotionale Momente in der Paarsexualität hat sich gezeigt, dass Momente des «Loslassen könnens» zu gefühlt starken Emotionen führen. Sobald die Gedanken frei sind und möglichst wenige ablenkende Faktoren, wie äussere Reize, das Wohlbefinden beeinflussen, entsteht Raum für Emotionen. Die innige Vertrautheit und die Wertschätzung seitens der Sexualpartner wirken sich ebenso positiv auf das Empfinden emotionaler Momente aus. Dies deutet darauf hin, dass ein geschützter Raum mit einer sehr vertrauten Person, den ADHS-Frauen helfen kann, sich zu entspannen und so emotional berührende Momente entstehen können.

Im Hinblick auf die sexuelle Selbstsicherheit der ADHS-Frauen zeigt sich, dass die Mehrheit der Frauen sich als nicht selbstsicher in der Paarsexualität erlebt. Zentral sind dabei Unzufriedenheiten mit der körperlichen Optik und die Angst vor einer Ablehnung, die sich durch ihre gelebte Authentizität ergeben könnte. Also Ängste, beim Partner/der Partnerin in seiner Echtheit nicht anzukommen. Diese sogenannte Rejection Sensitivity, die Angst vor Zurückweisung und erhöhte Kränkbarkeit, bezeichnet die Anfälligkeit für gefühlte Ablehnung und eine erhöhte Kritiksensibilität. Sie steht im Zusammenhang mit spezifischen ADHS-Symptomen (Das ADHS-Kompendium, 2024, S. 44). Die Aussage von Neuy-Lobkowitz (2024), dass die emotionale Überreaktion und die Empfindlichkeiten umso grösser sind, je näher und wichtiger das Gegenüber ist, bestätigt sich dadurch (S. 173). Auch Neuhaus (2005)

bestätigt in ihrer klinischen Erfahrung, dass die ADHS-Frauen Selbstzweifel bezüglich der körperlichen Attraktivität und der sexuellen Fähigkeiten zeigen (S. 159). Dieser repetitive Stressor und die Schwierigkeit bis hin zur Unfähigkeit, damit umzugehen, ist nach Sobanski et al. (2017) Bestandteil des Diagnosekriteriums der Emotionalen Überreagibilität (S. 2597). Das Ergebnis zeigt, dass die sexuelle Selbstsicherheit im Erleben einer positiven Paarsexualität auch bei ADHS-Frauen ein zentraler Faktor ist. Dieser ist aufgrund der erhöhten Selbstzweifel in Form von ablenkenden Gedanken nicht zu unterschätzen.

Die Analyse der Daten zeigte, dass die Abgabe der Kontrolle, also die Einnahme der passiven Rolle in der Paarsexualität, der Mehrheit der ADHS-Frauen sexuell erregendste Begegnungen ermöglicht. Dieses Ergebnis macht insofern Sinn, als dass ADHS-Personen in ihrer Aufmerksamkeit schnell abgelenkt werden und sie durch diverse Stressoren in einen angespannten Zustand gelangen (Sobanski et al., 2017, S. 2596-2957). Durch die Abgabe der Kontrolle und der Verantwortung können diese Stressfaktoren reduziert werden oder entfallen. Auch ein von aussen, vom Partner/von der Partnerin initiierte «Fixierung», oder der «Zwang» innezuhalten, können dazu beitragen, in eine Langsamkeit zu kommen, sich frei und gelöst zu fühlen und den Moment bewusst wahrzunehmen. Wichtig für das Gelingen solcher Begegnungen ist das absolute Vertrauen in den Partner/die Partnerin. Damit wurde belegt, dass die aktive, dominante Rolle des Partners/der Partnerin den ADHS-Frauen aufgrund des Loslassens können, zu sexuell erregendsten Begegnungen führen kann.

Das weist darauf hin, dass eine äusserlich indizierte Entschleunigung begünstigend auf die eigene körperliche Wahrnehmung wirkt.

### 9.2.2 Kognitive Komponenten

In Bezug zu einer geplanten oder spontan gelebten Paarsexualität stellte sich heraus, dass alle vier Probandinnen ihre Paarsexualität gerne spontan ausleben würden. Eine Probandin kann das aufgrund der Kinder kaum und plant darum bewusst ihre Momente zu zweit in der Paarsexualität. Sie konnte dank ihrer Kognition diese Eingrenzung der Spontaneität in ein positives, aktives Bemühen für die sexuelle Paarbeziehung umwandeln. Eine weitere Probandin sieht in der geplanten Sexualität wenig Aussicht auf eine Dopamin-Ausschüttung. In der geplanten Sexualität können ablenkende Gedanken, Gefühle und Wahrnehmungen, die sich in der Zwischenzeit vordrängen, eine störende Wirkung zeigen, sodass sexuelle Begegnungen erschwert werden.

Aus den Ergebnissen kann geschlossen werden, dass Paarsexualität aus der Situation heraus favorisiert wird, wenn es die Umstände erlauben. Möglicherweise wirken sich hier die Impulsivität, die motorische Hyperaktivität, die Affektlabilität und die emotionale Überreagibilität vereint in einer positiven Ausprägung in der Spontaneität der Paarsexualität aus.

In Bezug auf das, was den Probandinnen während der Paarsexualität durch den Kopf geht, lässt sich sagen, dass alle Probandinnen mit Vorstellungen, Fantasien und Bildern arbeiten, um ihre Sexualität im gemeinsamen Austausch zu steuern, zu intensivieren oder zu verstärken. Impulse, die der Körper nicht sendet, werden durch kognitiven Einsatz kompensiert. Eine Probandin nutzt diese Kraft der Gedanken im Sinne einer körperlichen Entrückung.

Dieses Ergebnis zeigt, dass alle Frauen ihre gedankliche Kreativität bewusst einsetzen und ihre Aufmerksamkeit während der Paarsexualität stark kognitiv beeinflusst wird.

Es hat sich gezeigt, dass alle Probandinnen mit störenden Gedanken in der Paarsexualität bereits konfrontiert wurden. Diese führten zu einem vorzeitigen Abbruch oder nicht stattfinden eines sexuellen Austausches.

Die störenden Gedanken können als negative Erinnerungen plötzlich hochkommen, als Gedankenkarussell, als verstrickende Gedanken oder als offene Alltagsaufgaben. Aufgrund der hohen Präsenz der Aufmerksamkeit im Aussen und dem Einfluss von Kognitionen mit störenden Gedanken, oft in Kombination mit einer Affektlabilität, wird der sexuelle Austausch massgeblich negativ beeinflusst.

Die Ergebnisse in Bezug zur Geduld in der Paarsexualität zeigen, dass alle ADHS-Frauen sich als ungeduldig wahrnehmen in der Paarsexualität. Wenn die Lust da ist, soll es schnell gehen. Diese Erkenntnis lässt sich auch auf das Diagnosekriterium der Impulsivität zurückführen, bei dem laut Sobanski et al. (2017) Ungeduld und Impulsivität ohne Unwohlsein massgebend sind (2597). Das Ergebnis deckt sich mit der Aussage von Neuy-Lobkowitz (2024), in der die ADHS-Frauen nicht gerne warten, weil sie durch ihre Ungeduld in einen Spannungszustand kommen (S. 174). Für eine Probandin war es ein Lernprozess, in ungeduldigen Momenten auszuharren. Sie weiss zwar um die Qualität, die eine Verlangsamung in der Paarsexualität mit sich bringt, fällt zwischendurch dennoch in alte Muster der Ungeduld zurück. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass nach Krause und Krause (2022) ein allgemeines Unvermögen seitens der Probandinnen besteht, Handlungen im Verlauf zu protrahieren (S. 354). Es kann aber, wie im

Beispiel einer Probandin, gelingen, diese Ungeduld in spielerischer Form, in einem neckischen Kontext in der Paarsexualität einzusetzen.

### 9.2.3 Beziehungskomponenten

Die Datenanalyse zeigte, dass die Probandinnen in der Paarsexualität über diverse Verführungsstrategien verfügen. Bewusst geplante Zeitfenster für die Zeit zu zweit, romantische Verführung mit Kerzenschein, einem gemeinsamen Bad und Massage, eine deutliche Atmung, bewusster Ausdruck eigener Erregung oder direkter, fordernder Körperkontakt zeigen, wie kreativ und vielseitig Verführungsstrategien der ADHS-Frauen sind. Dies unterstreicht nach Ryffel-Rawak (2016), dass Kreativität eine Besonderheit der ADHS-Personen darstellt (S. 73).

Hinsichtlich der Empfindung körperlicher Berührungen stellte sich heraus, dass die Tagesform massgeblich daran beteiligt ist. Dieses Ergebnis stützt die Erkenntnis von Krause und Krause (2022), die darauf hinweisen, dass für einige ADHS-Betroffene taktile Reize aufgrund ihrer übermässigen Wahrnehmung eine enorme Belastung darstellen (S. 96). Was sich je nach körperlicher Verfassung unterschiedlich anfühlen kann und nach Ryffel-Rawak (2016) aufgrund einer erhöhten Sensibilität der Berührungsempfindlichkeit bis hin zu einer Körperkontaktblockierung führen kann (S. 93). Dieses Phänomen hat eine Probandin selbst erlebt und es als «overtouched» bezeichnet. Das Ergebnis deckt sich auch mit Neuhaus (2005), die konstatiert, dass bei einer allgemein grossen Anspannung eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit besteht (S. 158). Die ADHS-Frauen müssen eine subjektiv positive Einstellung der körperlichen Berührung des Partners/der Partnerin entgegenbringen, damit sie diese auch zulassen können (ebd., S. 161).

Des Weiteren sind Variationen von Berührungen, die Abwechslung garantieren, interessant für die ADHS-Frauen. Über den Hautkontakt und über das Taktile gelingt ihnen eine erhöhte körperliche Wahrnehmung und Präsenz. Dies deutet darauf hin, dass die Haut als Wahrnehmungsorgan für die ADHS-Frauen besonders im Fokus der Aufmerksamkeit ist und in der Vielfalt von Berührungsmöglichkeiten den Dopamin-Spiegel erhöhen kann.

Es hat sich gezeigt, dass alle Probandinnen in Konfliktsituationen ihre Emotionen nicht umstellen können. Sie zeigen die für das Diagnosekriterium der Affektkontrolle typische verminderte Frustrationstoleranz (Sobanski et al., 2017, S. 2597). Diese mangelnde Affektkontrolle wirkt sich nach Krause und Krause (2022) negativ auf Beziehungen zu Mitmenschen aus (S. 345). Dieses Ergebnis ist in

Übereinstimmung mit Neuy-Lobkowitz (2024), die besagt, dass ADHS-Frauen schnell gestresst sind, wenn es nicht nach ihren Vorstellungen geht und sie kopflos reagieren oder schlechte Laune bis hin zu einer Mini-Depression bekommen (S. 174). Es zeigt sich, dass sich die Emotionsregulation bei allen Probandinnen in einer mit Stress verbundenen Konfliktsituation als herausfordernd erweist.

Eine Mehrheit hat das Bedürfnis nach Konflikten schnell wieder den Kontakt zum Partner/zur Partnerin zu finden. Nach Ryffel-Rawak (2016) ist dabei eine gute Kommunikation unerlässlich (S. 95). Gelingt die Kommunikation der eigenen Befindlichkeit von Emotionen gegenüber dem Partner/der Partnerin können Konflikte abgewendet werden. Dies deutet darauf hin, dass die Kommunikation ein zentraler Aspekt in der Konfliktbewältigung darstellt.

#### 9.2.4 Physiologische Komponenten

Drei von vier Probandinnen berichteten betreffend des Anfühlers des Körpers in der Paarsexualität über eine erhöhte körperliche Anspannung. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem Diagnosekriterium der motorischen Hyperaktivität. Demnach sind laut Sobanski et al. (2017) ADHS-Erwachsene unfähig, sich zu entspannen. Die mangelnde Entspannung bezieht sich dabei nicht auf eine antizipatorische Ängstlichkeit (S. 2596). Sie sind laut Krause und Krause (2022) «stets auf dem Sprung» (S. 353). Die von den Probandinnen empfundene erhöhte Anspannung des Körpers ist auch mit der Aussage von Neuy-Lobkowitz (2024) kongruent, die besagt, dass der Aktivismus, die Reizüberflutung und die Getriebenheit der ADHS-Frauen das aktive, autonome Nervensystem, den Sympathikus immer wieder anspricht. Der Gegenspieler, der Parasympathikus hingegen, wird nicht ausreichend aktiviert (S. 192).

Eine Probandin setzt Spannung zur Erregungssteigerung ein. Dies kann dazu führen, dass die Erregung verfliegt. Daraus kann abgeleitet werden, dass die bereits übertonisierten Körper der ADHS-Frauen von einer Spannungssteigerung wenig profitieren in Bezug auf die Erregungssteigerung. Die Interpretation, dass ein bewusster Einbezug der drei Gesetze des Körpers den Probandinnen diesbezüglich hilfreich sein kann, ist naheliegend.

Das bewusste Spiel von Anspannen und Loslassen gelingt nur einer der Probandinnen, die sich Wissen zum Thema Anspannung und Loslassen angeeignet und das bereits aktiv geübt hat. Eine weitere hat gelernt, Bewegung einzubauen und erlebt in der Diffusion der Erregung genussvolle Momente. Das Ergebnis zeigt, dass die körperliche Anspannung, die sich in einem erhöhten Muskeltonus

manifestiert, sich bis in die Paarsexualität auswirkt und einen zentralen Aspekt des körperlichen Empfindens darstellt.

Die Datenanalyse zur Frage, was der Körper in der Paarsexualität macht, hat ergeben, dass in diesem Bereich von drei Probandinnen intensive Intentionen wahrgenommen werden. Eine Probandin konnte über die innere Wahrnehmung keine Angaben machen. Sie lernt im Moment, diese überhaupt wahrzunehmen. Bei den gefühlten Intentionen handelt es sich um starke, innere Impulse bis hin zu innerer Unruhe, die zumindest teilweise auf eine motorische Hyperaktivität hinweisen. Die Interpretation liegt nahe, dass aufgrund der genannten Aussagen die drei Gesetze des Körpers nach Bischof et al., (2020) bei drei Probandinnen nur unzureichend eingesetzt werden und damit auch eine Erregungssteigerung erschwert wird (S. 14).

Aus den Ergebnissen in den Interviews kann geschlossen werden, dass Stress bei allen Probandinnen grosse Auswirkungen in der Paarsexualität hat. Das strenge und stressige Alltagsgeschehen lässt sich nicht leicht ausblenden und zeigt sich im gemeinsamen sexuellen Austausch. Dabei spielen viele Faktoren eine Rolle und einige Merkmale von Diagnosekriterien rücken dabei prominent zum Vorschein. So zeigt sich hier die emotionale Überreagibilität im Sinne des schnellen gestresst seins, die Affektlabilität mit ihrem Wechsel zwischen verschiedenen Stimmungen, die motorische Hyperaktivität in der Unfähigkeit, sich zu entspannen gepaart mit der inneren Unruhe (Sobanski et al., 2017, S. 2596-2597). Auf der körperlichen Ebene manifestiert sich die innere Anspannung von Stress in einem erhöhten Muskeltonus, der das Entspannen und Loslassen erschwert. Stress wird unter der ADHS noch schneller, noch intensiver und noch beeinflussender wahrgenommen. Das kann zu einer verminderten sexuellen Aktivität führen oder Situationen sexuellen Austausches verhindern. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass Stress zu einem wesentlichen Teil die Paarsexualität negativ beeinflusst. Stress kann aber auch in einer positiven Form zu einem Verlangen nach Nähe und als Folge davon zu einer sexuellen Begegnung führen.

Die Hälfte der Probandinnen erwähnte Stimmungswechsel in der Paarsexualität in Bezug zum weiblichen Zyklus. Dieses Ergebnis unterstreicht jenes von Neuy-Lobkowitz (2024) die dazu feststellt, dass bei fast 50 Prozent der ADHS-Frauen ein prämenstruelles Syndrom erkennbar ist. Bei neurotypischen Frauen liegt dieser Wert bei 29 Prozent. ADHS-Frauen fühlen sich in der Zeit vor der Menstruation erschöpfter und verspüren keine Lust auf Sex (S. 137). Ryffel-Rawak (2017) betont, dass dem Hormonhaushalt im Erleben von Sexualität der ADHS-Frauen eine

besondere Rolle zusteht. Je nach Zeitpunkt im Zyklus und nach einem Stimulus suchend, spielen die Hormone auch mal «verrückt» (S. 42).

Die Datenanalyse hat in Bezug zur Wahrnehmung der eigenen Atmung in der Paarsexualität gezeigt, dass alle Probandinnen mehrheitlich oberflächlich Atmen. Erst bei einer bewussten Wahrnehmung und dem Fokussieren darauf, gelingt eine tiefe Atmung. Es ist naheliegend, dass sich der allgemeine Stress des Alltags bis auf die Atmung in der Paarsexualität auswirkt, da ein erhöhter Muskeltonus eine tiefere Atmung verhindert.

In Bezug auf eine Einnahme von ADHS-Medikamenten stellte sich heraus, dass das Erleben von Paarsexualität dadurch positiv erlebt wird. Medikamente entspannen und beruhigen. Emotionen werden weniger intensiv empfunden und eine Fokussierung auf die Wahrnehmung wird erleichtert, was sich mit Neuhaus (2005) deckt, dass sich viele ADHS-Personen unter Medikation gefühlsmässig ausgeglichener fühlen und nicht mehr so schnell wütend werden. Zudem fällt es ihnen einfacher, sich mit vorschnellen Äusserungen zurückzuhalten (S. 283). Eine Probandin bildet eine Ausnahme, da sie aufgrund eines noch unpassenden Wirkstoffes in der Findungsphase der ADHS-Medikation starken Nebenwirkungen ausgesetzt war, die sexuelle Begegnungen nicht begünstigten. Keine der Probandinnen beklagte unter Einnahme der Medikamente eine Einbusse der Libido. Dieses Ergebnis bestätigt, dass die ADHS-Medikamente dort ansetzen, wo sich die Probandinnen in der Paarsexualität vor Herausforderungen gestellt sehen. Das betrifft insbesondere die Aufmerksamkeit der Wahrnehmungen, der erhöhte Muskeltonus des Körpers, die Affektkontrolle und das Spiel der Anspannung und des Loslassens. Dieses Ergebnis unterscheidet sich von den Ergebnissen aus Krause und Krause (2022) die besagen, dass manche Frauen im Rahmen einer medikamentösen Therapie über eine verminderte Libido klagen (S. 96). Sie stützen aber deren Erkenntnisse, dass leicht ablenkbare und sehr reizoffene Patienten von einer Stimulanzientherapie profitieren, indem sie sich während ihrer sexuellen Aktivitäten mehr auf den Partner/die Partnerin konzentrieren können und damit eine bessere Orgasmusfähigkeit erlangen (Krause & Krause, 2022, S. 98).

### 9.3 Ressourcen der ADHS in der Paarsexualität

Die Datenanalyse zeigt eine grosse Vielfalt an Ressourcen, die sich positiv auf die Paarsexualität auswirken. Spontaneität, Ideenvielfalt, Verspieltheit, Offenheit für Neues und Interesse an Neuem wurden genannt. Der Grat zwischen Ressource und Herausforderung ist schmal, denn Ryffel-Rawak (2016) weist beim Interesse

für Neues darauf hin, dass dieses auch problematisch werden kann, wenn es der Selbststimulation dient und Neuartiges zu schnell den Kick verliert, was rezidivierend in Frustration enden kann (S. 94). Die Kreativität ermöglicht den ADHS-Frauen eine vielseitige Sexualität. Mit ihren Ideen können sie die Paarsexualität aktiv mitgestalten. Ihre Verführungsstrategien machen sie zu interessanten Partnerinnen. Durch ihre Offenheit und Neugier fördern sie die Abwechslung in der Paarsexualität. Diese können auch eine Affinität für spezielle sexuelle Vorlieben begünstigen. Dank ihrer hohen kognitiven Präsenz und Vorstellungskraft ist es den ADHS-Frauen möglich, starke Fantasien und Bilder in der Paarsexualität hervorzurufen.

Gelingt es ihnen, ihre hohe Emotionalität in positive, intensive Empfindungen umzuwandeln, kann das für die Paarsexualität ein Gewinn sein.

Eine gewisse Hypersensibilität ist eine gute Basis für intensivste Empfindungen von Berührungen, vorausgesetzt, diese werden adäquat angewendet.

Die Spontaneität der ADHS-Frauen kann zu plötzlichem Lustempfinden und demnach zu einem situativ-direkten sexuellen Austausch führen. Mit dieser Ressource wird die Paarsexualität spannend.

Gelingt es den ADHS-Frauen im sexuellen Austausch die Kontrolle abzugeben und loszulassen, ermöglicht ihnen die daraus entstehende Dominanz des Partners/der Partnerin eine Quelle der Erregung.

#### 9.4 Herausforderungen der ADHS in der Paarsexualität

Die Kommunikation von Emotionen und Befindlichkeiten ist ein zentrales Thema der ADHS in der Paarsexualität. Es hat sich gezeigt, dass es für die Probandinnen eine Erschwernis darstellt, ihre Emotionen wahrzunehmen und diese in einer geeigneten Form situationsangepasst zu kommunizieren. Schnell fühlen sich die ADHS-Frauen in Konflikten verletzt, verunsichert oder auch abgewiesen. Dies deckt sich mit Doris Ryffel-Rawak (2016), die betont, dass eine gute Kommunikation unerlässlich ist, insbesondere bei ADHS-Betroffenen. Diese müssen häufig lernen, dass ihre Art zu kommunizieren nicht situationsadäquat ist. ADHS-Personen leiden öfters unter einem lädierten Selbstwertgefühl. Dieses ist auf die Erfahrungen aus der Kindheit zurückzuführen, in der die Betroffenen des Öfteren gelernt haben «Du bist nichts, du kannst nichts». Aus diesem Grund sind sie verletzbar geworden und können mit Kritik schlecht umgehen. Im Gespräch mit dem Partner/der Partnerin gehen sie darum eher in die Defensive und verhindern so konstruktive Gespräche (S. 95). Die hohe Emotionalität der ADHS-Frauen bei Konflikten kann sexuelle Begegnungen

verhindern. Es fällt ihnen schwer, aus den Emotionen in eine sexuelle Erregung zu kommen. Die Kommunikation zwischen Paaren mit der ADHS-Diagnose ist darum von grosser Relevanz in der Paarsexualität.

Störende, ablenkende Gedanken und Reize und Gedankenkarussell stellen eine weitere Herausforderung dar. Sie verhindern eine fokussierte Wahrnehmung und verhindern oftmals das Erleben einer erfüllenden Sexualität. Sie können vielfach zu einem Abbruch von sexuellen Begegnungen führen. Eine Selbstregulation ist anspruchsvoll für die ADHS-Frauen, da sie sich im richtigen Moment ihrer impulsiven Reaktion bewusst sein müssen, um proaktiv eine Eskalation zu verhindern.

Der bei allen Probandinnen erhöhte Muskeltonus wirkt sich erschwerend für eine genussvoll gelebte Paarsexualität aus. Der Einbezug von Rhythmus, Tonus und Raum nach den drei Gesetzen des Körpers nach Bischof et al., (2020) ist unter einer erhöhten Anspannung noch anspruchsvoller (S. 14). Die Wahrnehmung der eigenen Atmung erfordert eine bewusste Präsenz der ADHS-Frauen im Moment, was für diese eine Herausforderung bedeutet.

Abrupte Stimmungswechsel ausgehend von Assoziationen oder zu intensiver Wahrnehmung wirken sich negativ auf die Paarsexualität aus und bilden zusammen mit den hormonellen Schwankungen des weiblichen Zyklus eine weitere Schwierigkeit.

Die wenig ausgeprägte sexuelle Selbstsicherheit von ADHS-Frauen wirkt hinderlich auf das Erleben sexueller Begegnungen. Selbstzweifel zeigen sich als ablenkende Gedanken. Ängste in Bezug zur Akzeptanz des Partners/der Partnerin betreffend der eigenen Authentizität hemmen den sexuellen Austausch in der Paarsexualität. Langsamkeit, Entschleunigung und Entspannung sind weitere Themen der ADHS-Frauen, die das Sexualleben als Paar herausfordern. Hier spielen Ungeduld, innere Unruhe und Impulsivität eine entscheidende Rolle. Die Ungeduld verhindert ein bewusstes Wahrnehmen des JETZT. Der Zugang zur Körperwahrnehmung ist erschwert.

Aufgrund der hohen Anforderungen an die passende Situation für Paarsexualität, die möglichst wenig bis keine Ablenkung auf der Sinnesebene bereithält, ist dies ein weiterer herausfordernder Faktor. Er ist eng mit der Abgabe von Kontrolle gekoppelt. ADHS-Frauen sind oft in einer Überaktivierung und es fällt ihnen schwer, diese herabzusetzen.

## 10 Reflexion der Arbeit

### 10.1 Limitationen und Ausblick

Die sehr explorative Herangehensweise dieser Arbeit ermöglichte einen vielfältigen Einblick in das Erleben der ADHS in der Paarsexualität und bildet durch ihre Offenheit und Subjektivität zugleich eine zentrale Limitation dieser Forschungsarbeit. Sie ist insofern nicht repräsentativ. Diese Arbeit ist dennoch ein erster wichtiger Schritt zur Aufklärung des Erlebens und der Thematisierung der ADHS in der Paarsexualität.

In der Fragestellung wirken die beiden Faktoren der Wender-Utah Diagnosekriterien und das Komponentenmodell von Sexocorporel. Gemeinsam angewendet sind sie komplex und variationsreich. Darum sind sie beschränkt aussagekräftig. Dennoch erlauben sie einen grosszügigen Einblick in die Vielfalt des Erlebens der Paarsexualität der ADHS-diagnostizierten Probandinnen. In Bezug zur Fragestellung lassen sich die Wender-Utah Diagnosekriterien häufig nicht trennscharf den Komponenten des Modells Sexocorporel zuordnen. Dies widerspiegelt die Komplexität der Vereinigung von ADHS-Diagnosekriterien mit dem Modell Sexocorporel.

Das mangelnde Vorhandensein von entsprechender Literatur stellte eine Herausforderung dar. Diese Lücke sollte unbedingt mit weiteren Forschungsarbeiten über die ADHS und Sexualität gefüllt werden, was sich mit Neuhaus (2023) deckt, die feststellt, dass es wünschenswert wäre, das Thema Sexualität bei der ADHS ein bisschen näher zu explorieren (S. 163).

Viele bedeutsame Faktoren wurden angesprochen, konnten aber aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit nicht vertieft untersucht werden. Diese Arbeit bezieht sich auf das Erleben der ADHS von eher jungen Frauen, was Zufall ist, da in der Ausschreibung keine Eingrenzung des Alters erfolgte. Es wäre wünschenswert, auch Einblicke in das Erleben der Paarsexualität bereits etwas älterer Frauen und allgemein auch von Männern zu bekommen. Es bedarf weiterer Untersuchungen diesbezüglich. Eine differenziertere Betrachtung über das Erleben der ADHS von älteren Frauen, oder kinderlosen Frauen in Gegenüberstellung von Müttern sollte ebenfalls noch untersucht werden.

Limitierend auf diese Arbeit wirkt die fehlende Kontrollgruppe von Frauen und Paaren ohne ADHS. Eine grössere Untersuchung mit mehr Paaren hätte eine noch aussagekräftigere Arbeit mit einem definierteren Schwerpunkt generiert. Auch die Datenlage wäre selbst mit vier sehr kommunikativen Paaren noch ausbaufähig, hätte aber den Rahmen dieser Arbeit gesprengt.

Als weiterführende Forschungsarbeit könnte der weibliche Zyklus in Bezug zur ADHS untersucht werden. Vieles weist darauf hin, dass ADHS-Frauen unter Einfluss der Hormone ihren Zyklus deutlich intensiver und negativer erleben als neurotypische Frauen.

Der Einfluss der Komorbiditäten auf das Erleben der Paarsexualität konnte nicht ausreichend berücksichtigt werden, da sich diese Arbeit auf die aktuelle Lebenssituation der Probandinnen fokussiert hat.

Das Setting dieser Arbeit hat ein Interview mit den Partnern/den Partnerinnen vorgesehen. Dieses hat sich als sehr unterstützend zur Beantwortung der Fragestellungen erwiesen. Dennoch könnte es sich in Bezug auf die Offenheit auf die Beantwortung intimer Fragen der ADHS-Frauen vor ihren Partnern/Partnerinnen auch negativ ausgewirkt haben. In diesem Zusammenhang wäre es für weitere Forschungen empfehlenswert, die Interviews ergänzend auch im Einzelsetting durchzuführen.

Aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit konnte auf die ursprünglich geplanten Videoanalysen bezüglich der absoluten Blick- und Körperkontakte zwischen den Probandinnen und ihren Partner und Partnerinnen nicht näher eingegangen werden. Dieser Aspekt der erotischen Kommunikation zwischen den Paaren wäre ein weiterer, interessanter Forschungsgegenstand für eine Untersuchung.

Die gewonnenen Ergebnisse im Zusammenhang des Erlebens von Paarsexualität und der Einnahme von ADHS-Medikamenten werfen neue, spannende Fragen auf, die durch weitere, explizite Untersuchungen ergänzt werden könnten.

In einer weiteren Forschungsarbeit könnte der Einfluss des erhöhten Körpertonus der ADHS-Personen in Bezug zu den Erregungsmodi untersucht werden.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass diese Arbeit einen wichtigen Beitrag zur Erforschung der ADHS in der Paarsexualität leistet.

## 10.2 Implikationen für die sexologische Praxis

Die inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Modell Sexocorporel im Zusammenhang mit der ADHS während der Entstehung dieser Arbeit ermöglichte eine intensive Vertiefung diverser Studieninhalte. Das Wechselspiel aller vier Komponenten in Bezug zur ADHS in der Paarsexualität hat zu wichtigen Erkenntnissen für die zukünftige, sexologische Arbeit geführt.

Das Wissen um die ADHS und deren Erscheinungsbildern, kann in der Paartherapie ein wichtiger Faktor für einen positiven Therapieverlauf darstellen. Für viele Paare

ist die ADHS mit ihrem breiten Spektrum der Erscheinungsbilder eine besondere Herausforderung in der Paarsexualität. Darum steht der Wissensvermittlung der ADHS eine zentrale Funktion zu. Das Verständnis der Diagnose verhilft zu einer anderen Sichtweise und der Erkenntnis, dass Selbstwirksamkeit und dadurch positive Veränderungen möglich sind. Neuy-Lobkowitz (2024) erwähnt in Anlehnung an Aaron Antonovskys Salutogenese eine für die ADHS-diagnostizierten Personen wichtige Edukation zu ihren Herausforderungen. Dabei müssen diese ihre Diagnose in einem ersten Schritt verstehen lernen, daraus Handlungen und Möglichkeiten kennenlernen und herausfinden, was sie Sinnvolles daraus machen können (S. 88-89). Mit diesem Wissen bekommen die ADHS-Frauen einen Anhaltspunkt, wie sie ihre Diagnose im positiven Sinne annehmen und damit umgehen können. Die Selbstwirksamkeit ist ein wichtiger Schritt für ein positives Selbstwertgefühl und darum von grosser Relevanz (ebd., S. 24).

Ein zentraler Punkt ist dabei die Wahrnehmung. Gelingt es den ADHS-diagnostizierten Frauen, ihre Gefühle und Emotionen wahrzunehmen, ist das eine gute Voraussetzung, diese dem Partner/der Partnerin auch zu kommunizieren. Die Kommunikation über die eigene Befindlichkeit ist für den Partner/die Partnerin von ADHS-Personen äusserst wichtig und dient zur Orientierung, da vielfach Verhaltensweisen der ADHS von aussen nicht nachvollziehbar sind. Die eigene Wahrnehmung von Gefühlen und Emotionen in Verbindung von deren Verbalisierung begünstigt den Kontakt zwischen den Paaren mit einer ADHS-Diagnose.

Die Schulung der Aufmerksamkeit über die Wahrnehmung, was und wie etwas getan wird, ist nach Sztenc (2020) wichtig, um Eigenkompetenz zu fördern. Das Erspüren von sich selbst und den im Körper ablaufenden Prozessen erwirkt ein Verständnis, dass man selbst die Prozesse gestaltet und wie diese ausgeführt werden. Neben der Entwicklung einer Selbstwahrnehmung, können so auch Regulationsmechanismen erlernt werden (S. 61). Dies kann für ADHS-Personen als Möglichkeit zur Emotionsregulierung eingesetzt werden.

Die im Modell Sexocorporel integrierte Körperarbeit bietet eine grosse Ressource für hoch tonisierte und sympathisch aktivierte ADHS-Personen. Für das Spiel der Anspannung und des Loslassens bieten sich diverse Übungen an, die zu mehr Entspannung führen. Atemübungen können die Emotionsregulation unterstützend begleiten. Insbesondere dem vegetativen Nervensystem mit dem Vagusnerv gilt diesbezüglich eine besondere Beachtung. Er beeinflusst unser Befinden massgeblich und kann aktiviert zur Entspannung beitragen. Es bietet sich an,

spezifische Übungen zur Aktivierung des Vagusnervs in der Sexualtherapie einzusetzen.

Die hohe Ablenkbarkeit in der Paarsexualität in Verbindung mit einem hohen Grundtonus wirkt negativ auf erfüllende, sexuelle Begegnungen. Das Modell Sexocorporel kann hier gezielt mit Körperübungen ansetzen, durch die das Zusammenspiel von Anspannung- und Entspannung gepaart mit Bewegung zu einer Diffusion der Erregung im ganzen Körper führt.

Hochtonisierten ADHS-Personen bietet sich mit der Beckenschaukel aus dem Modell Sexocorporel ein Instrument, aus ihrer körperlichen «Starre» auszutreten und Erregung im ganzen Körper zu diffundieren.

Es ist besonders für ADHS-Personen wichtig, den Fokus und die Wahrnehmung auf das Langsame zu lenken, um den Körper zu entspannen.

In der Anamnese von ADHS-Personen mit weiblichem Zyklus, muss dieser in der Sexualtherapie ausreichend erfragt werden. Zyklische Hormonschwankungen können sich bei der ADHS mit besonderer Intensität zeigen.

## Schlussfolgerungen und Fazit

Die vorliegende Masterarbeit setzte sich mit dem Erleben von Paarsexualität von ADHS-diagnostizierten Frauen auseinander. Dabei wurde untersucht, wie sich die Wender-Utah ADHS-Diagnosekriterien für Erwachsene im Erleben der vier Komponenten des Modells Sexocorporel zeigen und welches die wichtigsten Ressourcen und Herausforderungen der ADHS von ADHS-diagnostizierten Frauen in Bezug zur Paarsexualität sind. Die Analyse dieser Masterarbeit hat ergeben, dass sich in der Paarsexualität von ADHS-diagnostizierten Frauen die Ablenkung durch äussere Reize sehr stark auf die Aufmerksamkeit auswirkt. Dadurch dominieren die sexodynamischen Komponenten der Wahrnehmung. Eine maximale Reduktion von äusseren Sinnesreizen bietet sich an, damit den ADHS-Frauen eine erhöhte körperliche Präsenz und somit lustvolles und genussvolles Erleben von Paarsexualität gelingen kann. Sexuell erregendste Begegnungen können bei Abgabe von Verantwortung und Kontrolle entstehen. Diese gehen mit der Reduzierung von Ablenkungen einher. Der Wechsel in die passive Rolle in der Paarsexualität begünstigt eine Reduzierung der emotionalen Überreagibilität. Die ADHS-Frauen können durch das Abgeben von Verantwortung in einen entspannteren Zustand gelangen. Die dabei entstehende Dominanz des Partners kann eine erregende Wirkung erzeugen.

Das desorganisierte Verhalten wird in den kognitiven Komponenten sichtbar. Spontane Sexualität wird favorisiert, da sie im Moment geschieht und sich weniger ablenkenden Gedanken einmischen. Geplante Paarsexualität muss häufig erst erlernt werden. Bleibt wenig Raum für Spontaneität, kann sich das für eine ADHS-Frau negativ auswirken.

Eine hohe kognitive Präsenz und gedankliche Kreativität verhelfen den ADHS-Frauen über Fantasien und Vorstellungen, sexuelle Begegnungen zu intensivieren. Sie neigen zu einer kognitiven Kompensation von mangelndem körperlichem Einsatz und steigern so ihre Erregung. Auf diesem Weg wird die Spannung eines bereits erhöhten körperlichen Grundtonus noch verstärkt. Die Kraft der Gedanken zeigt sich in einer negativen Form in ablenkenden Gedanken, oft in Kombination mit einer Affektlabilität, was sexuellen Austausch verhindert.

Geduld stellt eine grosse Herausforderung für die ADHS-Frauen dar. Sie mögen ihre Sexualität spontan ausleben, wenn für sie der Zeitpunkt stimmig ist, ansonsten verflüchtigt sich die Lust.

ADHS-Frauen verfügen über eine erhöhte Sensibilität von körperlichen Berührungen, deren Empfinden in Abhängigkeit zur Tagesform steht. In der Vielfalt der Berührungen liegt ein grosses Potenzial, das Dopamin-fördernd wirken kann. Konflikte stellen eine grosse Herausforderung für die Emotionskontrolle der ADHS-Frauen dar. Die verminderte Frustrationstoleranz kombiniert mit einer unzureichenden Affektkontrolle wirkt sich negativ auf sexuelle Begegnungen aus. Eine gute Kommunikation der eigenen Befindlichkeit wirkt unterstützend auf den positiven Verlauf und Ausgang von Konfliktsituationen.

Die Hyperaktivität von ADHS-Frauen zeigt sich in einem hohen Körpertonus. Da viele Faktoren wie emotionale Überreagibilität, desorganisiertes Verhalten, motorische Hyperaktivität und Affektlabilität Stress begünstigen, bildet dieser einen wesentlichen Teil der negativen Beeinflussung des Erlebens von Paarsexualität.

Die Affektlabilität ist eng an zu starke Wahrnehmungen und Ablenkungen von Reizen gekoppelt und wirkt sich so massgeblich in der Paarsexualität der ADHS-Frauen aus. Störungen der Aufmerksamkeit in Kombination mit der Affektlabilität begünstigen einen vorzeitigen Abbruch von sexuellen Begegnungen. Der weibliche Zyklus ist ein weiterer wichtiger Faktor in Bezug zur Affektlabilität und muss darum im Zusammenhang mit der ADHS genau beobachtet und erfasst werden.

Die emotionale Überreagibilität zeigt sich in einer mangelnden sexuellen Selbstsicherheit der ADHS-Frauen. Unsicherheiten bezüglich des eigenen Körperbildes und ein wenig ausgeprägtes Selbstvertrauen wirken für sie als weitere Stressfaktoren.

Diese Ergebnisse bestätigen, dass das sexualtherapeutische Modell Sexocorporel mit achtsamkeitsbasierten Körperwahrnehmungsübungen für ADHS-Menschen ein ausgezeichnetes Instrument zur Unterstützung des Erlebens einer präsenten lust- und genussvollen Paarsexualität ist.

## Nachwort

Die Arbeit ist vollendet!

Gerne zitiere ich an dieser Stelle Ohlmeier und Roy (2021), die für hyperaktive ADHS-Menschen akkurates Arbeiten am Schreibtisch als unvorteilhaft beschreiben (S. 56). Sie könnten es nicht besser beschreiben, wie sehr ich während des Schreibprozesses allzu oft nach Ablenkung und Dopamin-auslösenden Momenten gesucht habe. Es existierten gefühlt keine Abstufungen zwischen hyperfokussiertem Arbeiten und hoher Ablenkbarkeit.

Nach dem Verfassen dieser Arbeit gebührt meiner Wahrnehmung nach ADHS-diagnostizierten Menschen mehr Bewunderung. Während dieser Arbeit habe ich mich im Dilemma wiedergefunden, dass ich ADHS-Betroffene nicht nur als «Benachteiligte» sehen möchte.

Die ADHS kann unser Sexualeben enorm bereichern, sofern wir es verstehen, die positiven Faktoren gezielt einzusetzen, zu verstärken und als zusätzliche Ressourcen zu sehen. Ein für mich sehr wichtiger Aspekt ist die Einstellung der Diagnose. So werden in der Literatur, als auch in dieser Arbeit, die diagnostizierten Personen als ADHS-«Betroffene» bezeichnet. Sind sie wirklich «betroffen»? Sind sie nicht einfach Menschen mit besonderen und interessanten Fähigkeiten? Sie haben beispielsweise die Begabung, ihre Umgebung intensiver wahrzunehmen. Das ist doch grossartig!

Gelingt es ihnen, die Herausforderung zu meistern, eine für sie angepasste Umgebung für ihre Paarsexualität bewusst zu gestalten, zeigen diese Menschen eine viel grössere Vielfalt des Lebens und Erlebens von Sexualität.

Die heutige, schnelllebige und reizüberflutete Zeit mag sich für das Sexualeben von ADHS-«beglückten» Menschen anspruchsvoll zeigen, da sie sich in ihrer Wahrnehmung stark von äusseren Reizen beeinflussen lassen. Ich wünsche uns ADHS-Auserwählten aus diesem Grund von Herzen etwas mehr Langsamkeit und Achtsamkeit und zitiere an dieser Stelle gerne Astrid Neuy-Lobkowitz (2024):

*«Wenn du es eilig hast, gehe langsam» (S. 188)*

## Literaturverzeichnis

- AdxS.org. DAS ADHS-KOMPENDIUM (2024). *ADHS und Ernährung*. Gefunden unter <https://www.adxs.org/de/page/237/ernaehrung-und-diaet-bei-adhs> (9.4.2024)
- AdxS.org. DAS ADHS-KOMPENDIUM (2024). *Diagnostische ADHS-Symptome nach DSM, ICD, Wender-Utah u.a.* Gefunden unter <https://www.adxs.org/de/page/175/diagnostische-adhs-symptome-nach-dsm-icd-wender-utah-ua#content-6-grenzen-von-dsm-und-icd> (26.07.2024)
- AdxS.org. DAS ADHS-KOMPENDIUM (2024). *Rejection Sensitivity: Kränkbarkeit, Angst vor Zurückweisung als spezifisches ADHS-Symptom*. Gefunden unter <https://www.adxs.org/de/page/44/rejection-sensitivity-kraenkbarkeit-angst-vor-zurueckweisung-als-spezifisches-adhs-symptom> (07.07.2024)
- Amani, Jabalkandi Samaneh, Raisi, Firoozeh, Sharivar, Zahra, Mohammadi, Abolfazl, Meysamie, Alipasha, Firoozikhojastefar & Irani, Fatemeh (2020). *A study on sexual functioning in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Gefunden unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32043624/> (07.07.2024)
- Barkley, Russel Alan (2024). *Das grosse Handbuch für Erwachsene mit ADHS*. (3. Aufl.) Bern: Hogrefe.
- Bischof, Karoline, Bischof-Campbell, Annette, Fuchs, Stephan, Kalmbacher, Volker & Stahlberg, Sybille (2020). *Ausbildung in Sexocorporel. Heft 1*. Ziss Zürich.
- Bischof, Karoline (2020). *Ausbildung in Sexocorporel. Heft 2*. Ziss Zürich.
- Bischof, Karoline (2021). Wissenschaftliche Grundlagen des Sexocorporel. In Heinz-Jürgen Voss (Hrsg.) *Die deutschsprachige Sexualwissenschaft. Bestandesaufnahme und Ausblick* (S. 423-445) Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Brown, Thomas E. (2018). *ADHS bei Kindern und Erwachsenen-eine neue Sichtweise*. (1. Aufl.) Bern: Hogrefe.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. *ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung*. Gefunden unter [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html) (26.07.2024)
- Chatton, Dominique., Desjardins, Jean-Yves., & Tremblay, Mélanie (2005). *La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle*. *Psychothérapies*, 25 (1), 3-19.
- Falkai, Peter., Wittchen, Hans-Ulrich (2018): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. (2. Aufl.) Göttingen: Hogrefe.
- Fayyad, John., De Graaf, Girolamo., Alonso, Jordi., Angermeyer, Matthias., Demyttenaere, Koen., K. et al. (2007). *Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder*. Gefunden unter <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048827> (28.07.2024)
- Flick, Uwe (2000). *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. (5. Aufl.) Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Helferich, Cornelia (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. (4. Aufl.) Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Huggenberger, Ruth (2019). *ADHS in der Familie. Strategien für den Alltag*. (1. Aufl.) Bern: Hogrefe.
- Hunziker, Alexander W. (2020). *Spass am wissenschaftlichen Arbeiten. So schreiben Sie eine gute Semester-, Bachelor- oder Masterarbeit*. (8. Aufl.) Zürich: Verlag SKV AG.
- HS Merseburg / ISP Zürich ♦ Manuela Kurz ♦ ADHS und Sexualität

- Hussy, Walter, Schreier, Margrit & Echterhoff, Gerald (2010). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Berlin: Springer.
- Institut Sexocorporel international. Was ist Sexocorporel? (2024). Gefunden unter <https://sexocorporel.com/de/was-ist-sexocorporel/> (18.04.2024)
- ISP Zürich & Uster (2024). *Was ist Sexocorporel?* Gefunden unter <https://isp-zuerich.ch/was-ist-sexocorporel/> (07.07.2024)
- Jufer, Heinz (2021). *Sexualität Erwachsener aus der Sichtweise des Modells Sexocorporel: kognitive Aspekte. Unterrichtsskript*. ISP Zürich, HS Merseburg, Master of Arts Sexologie IV.
- Jufer, Heinz (2023). *Qualitativ forschen: Daten erheben. Unterrichtsskript*. ISP Zürich, HS Merseburg, Master of Arts Sexologie IV.
- Krause, Johanna & Krause, Klaus-Henning (2022). *ADHS im Erwachsenenalter. Symptome-Differenzialdiagnose-Therapie* (4. Aufl.) Stuttgart: Schattauer.
- Kuckartz, Udo., Dresing, Thorsten., Rädiker Stefan & Stefer, Claus (2007). *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis*. (1. Aufl.) Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mayring, Philipp (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12.Aufl.) Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Neuhaus, Cordula (2009). *ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlung* (2. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer.
- Neuhaus, Cordula (2005). *Lass mich, doch verlass mich nicht. ADHS und Partnerschaft* (18. Aufl.) München: dtv.
- Neuy-Lobkowicz, Astrid (2024). *Weibliche AD(H)S. Wie Frauen mit AD(H)S erfolgreich, selbstbewusst und stabil leben können*. (1. Aufl.) München: Kösel.
- Ohlmeier, Martin & Roy, Mandy (2021). *ADHS bei Erwachsenen-ein Leben in Extremen* (2. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer.
- Orlov, Melissa & Kohlenberger, Nancie (2014). *The couple's Guide to Thriving with ADHD* (2. Aufl.) Florida: Specialty Press, Inc.
- Polanczyk, Guilherme., de Lima, Mauricio Silva., Lessa Horta, Bernardo., Biedermann, Joseph & Rohde, Luis Augusto (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942-948.
- Ridinger, Monika (2017). *ADHS und Sucht im Erwachsenenalter* (1. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer.
- Rösler, Michael., Retz, Wolfgang., von Gontard, Alexander & Paulus, Frank (2014). *Soziale Folgen der ADHS. Kinder-Jugendliche-Erwachsene* (1. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer.
- Rothenberger, Aribert & Neumärker, Klaus-Jürgen (2005). *Wissenschaftsgeschichte der ADHS-Kramer-Pollnow im Spiegel der Zeit* (1. Aufl.) Darmstadt: Steinkopff.
- Ruhmland, Martina & Christiansen, Hanna (2022). *Praxiswissen ADHS. Unterstützung im Lebenslauf* (1. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer.
- Ryffel-Rawak, Doris (2016). *Wir fühlen uns anders! Wie betroffene Erwachsene mit ADS/ADHS sich selbst und ihre Partnerschaft erleben* (3. Aufl.) Bern: Hogrefe.

Ryffel-Rawak, Doris (2017). *ADHS bei Frauen-den Gefühlen ausgeliefert* (4. Aufl.) Bern: Hogrefe.

Schütz, Esther Elisabeth (2021). *Beziehungskomponenten Sexocorporel. Unterrichtsskript*. ISP Zürich, HS Merseburg, Master of Arts Sexologie IV.

Schütz, Esther Elisabeth (2018). *Sexodynamische Komponenten nach Sexocorporel. Unterrichtsskript*. ISP Zürich, HS Merseburg, Master of Arts Sexologie IV.

Sobanski, Esther., Alm, Barbara & Thome, Johannes (2017). Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter. In Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux & Arno Deister (Hrsg.). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (S. 2585-2615). Berlin: Springer.

Solden, Sari (2008). *Die Chaos-Prinzessin. Frauen zwischen Talent und Misserfolg* (7. Aufl.) Forchheim: ADHS Deutschland e.V.

Sztenc, Michael (2020). *Embodimentorientierte Sexualtherapie. Grundlagen und Anwendung des Sexocorporel* (1. Aufl.) Stuttgart: Schattauer.

## Anhang

Anhang 1: Informationen zur Interview-Studie über ADHS und Sexualität.....	ii
Anhang 2: Einverständniserklärung für die Teilnahme an einem Interview .....	iv
Anhang 3: Fragebogen zum Interview.....	vi
Anhang 4: Interviewleitfaden Einleitung .....	vii
Anhang 5: Interviewleitfaden Interview.....	ix
Anhang 6: ADHS-Diagnosekriterien nach DSM-5 .....	xvi
Anhang 7: Eidesstattliche Erklärung.....	xx
Anhang 8: Inhalt USB-Stick.....	xxi

## Anhang 1: Informationen zur Interview-Studie über ADHS und Sexualität Aspekte der Paarsexualität im Kontext einer ADHS-Diagnose

---

Vielen herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft und Ihr Interesse zur Teilnahme an einem qualitativen Interview zum Thema ADHS und Sexualität. Die wichtigsten Informationen zum Interview finden Sie hier:

### **Inhalt:**

Es existieren viele Studien über ADHS und wie sich ADHS im täglichen Leben zeigt. Über ADHS und das Erleben von Sexualität, insbesondere der Paarsexualität ist hingegen sehr wenig bekannt. Mit meiner Masterarbeit möchte ich hier ansetzen und mit Hilfe von Ihnen als ADHS-Betroffene einen wertvollen Beitrag in einem wissenschaftlichen Rahmen zum besseren Verständnis und Aufklärung von ADHS in der Paarsexualität leisten. Denn ADHS ist eine Superkraft, die auch Wertschätzung verdient. Im Interview wird das Erleben von ADHS in der Paarsexualität erfragt. Neben den drei Kernsymptomen von ADHS (Hyperaktivität/ Unaufmerksamkeit und Impulsivität) werde ich auch mit den Wender-Utah ADHS-Diagnosekriterien für Erwachsene arbeiten. Gerne möchte ich erforschen, wie sich Hyperaktivität in der Paarbeziehung zeigt. Auch Fragen über den Einfluss von Impulsivität auf das sexuelle Erleben gehören dazu. Wie gehen Paare mit spontanen Stimmungsschwankungen um? Oder welche Rolle spielen Emotionsregulierung und Stress in der sexuellen Paarbeziehung? Sowohl die Eigenwahrnehmung der ADHS-Betroffenen Person als auch die Fremdwahrnehmung des Partners werden im Interview erfragt. Darum ist es erforderlich, dass Sie als ADHS diagnostizierte Person und ihr Partner oder ihre Partnerin zum Interviewtermin erscheinen.

<b>Durchführung:</b>	Hochschule Merseburg, Deutschland und Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapie in Zürich
<b>Forschungsprojekt:</b>	Masterarbeit «Master of Arts Sexologie»
<b>Methode:</b>	Qualitatives Interview
<b>Leitung:</b>	Manuela Kurz, [REDACTED] [REDACTED]
<b>Thema:</b>	ADHS und Sexualität
<b>Zeitpunkt:</b>	Februar / März 2024
<b>Ort:</b>	Zürich, Frauenfeld oder bei den Interviewten Personen zu Hause
<b>Dauer:</b>	60-90 Minuten
<b>Art der Erhebung:</b>	Das Interview wird als Video- und Audiodatei aufgezeichnet, transkribiert und anonymisiert ausgewertet.
<b>Datenschutz:</b>	Die Informationen dazu finden Sie auf der nächsten Seite.
<b>Einverständniserklärung:</b>	Die beiliegende, unterschriebene Einverständniserklärung bringen Sie bitte zum Interview mit. Herzlichen Dank.

Bei Fragen und Unklarheiten zögern Sie bitte nicht, mich direkt per Telefon oder E-Mail zu kontaktieren. Es würde mich sehr freuen, wenn Sie und Ihr Partner oder Ihre Partnerin am Interview für meine Masterarbeit teilnehmen und so massgeblich an der Erforschung von ADHS und Paarsexualität mitwirken.

Freundliche Grüsse und herzlichen Dank für Ihr Interesse und Ihre Mithilfe an diesem Forschungsprojekt.

Manuela Kurz

## Anhang 2: Einverständniserklärung für die Teilnahme an einem Interview für die Masterarbeit zum Thema «ADHS und SEXUALITÄT»

---

### Forschungsprojekt

Masterarbeit zum Thema: ADHS und SEXUALITÄT – Aspekte der Paarsexualität im Kontext einer ADHS-Diagnose. Durchgeführt im Rahmen des Masterstudiums am ISP in Zürich zur Erreichung des akademischen Grades «Master of Arts Sexologie».

### Zweck

Datenerhebung

### Durchführende Institution

Hochschule Merseburg und  
Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapie  
ISP Zürich  
Grossmünsterplatz 6  
8001 Zürich

### Durchführung des Interviews / Projektleiterin

Interviewerin: Manuela Kurz



### Datenerhebung

Die Erhebung erfolgt durch eine Audio- und Videoaufnahme, die anschliessend transkribiert, ausgewertet und für wissenschaftliche Analysen in der Masterarbeit verwendet werden. Die Aufnahmen werden gespeichert und nach Abschluss des Projektes gelöscht.

## Verwendung und Empfänger meiner Daten

Die Daten sind Teil der Masterarbeit. Die Masterarbeit wird von den Betreuungspersonen gelesen und bewertet. Sie bildet die Grundlage der Masterarbeit. Erkenntnisse werden in der Masterarbeit verwendet. Auszüge aus den Interviews können in der Arbeit anonymisiert publiziert werden. Das vollständige Transkript kann nur durch die Interviewerin und die beiden Betreuungspersonen der Masterarbeit eingesehen werden.

## Einverständniserklärung

Hiermit willige ich ein, dass im Rahmen des oben beschriebenen Forschungsprojektes Daten meiner Person erhoben und ausgewertet werden. Die Erhebung erfolgt mittels Audioaufnahme und Videoaufnahme, die in der Folge transkribiert, anonymisiert und für wissenschaftliche Analysen und daraus hervorgehende Veröffentlichung verwendet werden. Zitate werden anonymisiert in der Masterarbeit aufgeführt. Die Originaldaten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Meine Einwilligung ist freiwillig und beruht auf Informationen, die mir die Projektleitung vor meiner Einwilligung übermittelt hat. Meine persönlichen Daten werden gespeichert und nach Abschluss des Projektes gelöscht.

Jederzeit kann ich meine Einwilligung ohne Angaben von Gründen widerrufen. Meine Informationen werden dann unverzüglich gelöscht und nicht mehr weiterverarbeitet. Durch einen Widerruf entstehen für mich keine Nachteile.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend zum Gegenstand der Masterarbeit informiert wurde. Ich erkläre mich einverstanden, dass das Interview aufgezeichnet und für die Datenerhebung verwendet wird.

**Ort und Datum:** \_\_\_\_\_

**Vorname und Nachname:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Name Interviewerin:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

### Anhang 3: Fragebogen zum Interview

Interviewdatum	
Ort	
Dauer des Interviews	
Jahrgang Frau	
Geschlecht	
Jahrgang Partner/Partnerin	
Zivilstand	
Kinder	
ADHS-Diagnose seit	
Wann ADHS kommuniziert?	
Medikamente (ja/nein)	
Komorbiditäten	

**Über ADHS im Kontext mit der Paarsexualität ist mir Folgendes bekannt**

---

---

---

---

## Anhang 4: Interviewleitfaden Einleitung

### Forschungsfragen

- Wie zeigen sich die Wender-Utah Diagnosekriterien für Erwachsene im Erleben der vier Komponente des Modells Sexocorporel?
- Welches sind die wichtigsten Ressourcen in Bezug auf die Paarsexualität von ADHS-diagnostizierten Frauen?
- Welches sind die wichtigsten Herausforderungen in Bezug auf die Paarsexualität von ADHS-diagnostizierten Frauen?

### Leitfragen

- Wie erleben die ADHS diagnostizierten Frauen ihre Paarsexualität im Bereich der Sexodynamik?
- Welche Kognitionen zeigen sich in der Paarsexualität der ADHS diagnostizierten Frauen?
- Wie erleben ADHS diagnostizierte Frauen sexuelle Beziehungen im Austausch mit dem Partner?
- Wie zeigen sich die Physiologischen Komponenten der ADHS-diagnostizierten Frauen?

### Anweisungen vor dem Interview

- Dank für die Bereitschaft zur Teilnahme
- Kurzinfo zur Masterarbeit «ADHS und Sexualität-Aspekte der Paarsexualität im Kontext einer ADHS-Diagnose»
- Im Vordergrund steht die diagnostizierte ADHS-Frau. Die Fragen werden an sie gestellt und durch den Partner/der Partnerin und dessen/deren Perspektive ergänzt.
- Unangenehme Fragen müssen nicht beantwortet werden
- Vorgängige, gemeinsame Erhebung der demografischen Daten im Fragebogen
- Information zu Datenerhebung, Verschriftlichung und Datenaggregation der Audio- und Videodateien
- Löschen der aufgezeichneten Audio- und Videodateien von den Endgeräten nach Fertigstellung der Masterarbeit
- Einverständniserklärung für die Gesprächsaufzeichnung
- Allfällige Fragen?
- Videoaufzeichnung starten

## Anweisungen nach dem Interview

- Positiver Dank, Wertschätzung der Offenheit und Bereitschaft für das Interview
- Erklären der nächsten Schritte
- Zustellung der Transkription zur Durchsicht und Bestätigung
- Offene Fragen
- Überreichung eines kleinen Präsensts

## Anhang 5: Interviewleitfaden Interview

### Einstiegsfragen

- **Wie habt ihr euch kennengelernt?**

Ergänzende Frage: Was hat dich an deinem Partner/deiner Partnerin fasziniert?

Äusserlichkeiten, besondere Persönlichkeitsmerkmale?

Vertiefende Frage: Emotionale Anziehung? Sexuelle Anziehung?

Ergänzungen, was hat den Partner/die Partnerin an seiner/ihrer Partnerin fasziniert?

- **Wie lange dauerte es, bis ihr ein festes Paar wurdet?**

Ergänzende Frage: Sofort, wenige Tage, Wochen, Monate...

Einschätzung des Partners/ der Partnerin oder Ergänzungen zum Kennenlernen

- **Wie habt ihr euren ersten gemeinsamen Geschlechtsverkehr erlebt?**

## Sexodynamische Komponenten

Legende zu Bereichen der Wender-Utah Diagnosekriterien: **A**= Aufmerksamkeitsstörung **MH**= Motorische Hyperaktivität  
**AL**=Affektlabilität **DH**= Desorganisiertes Verhalten **AK**= Affektkontrolle **I**= Impulsivität **EÜ**= Emotionale Überreagibilität

Bereich	Eigenwahrnehmung	Ergänzende Frage	Vertiefende Frage	Fremdwahrnehmung
<b>A</b>	Wie ist deine Aufmerksamkeit in der Paarsexualität?	Welche Wahrnehmungen sind vorhanden?	Eigene körperliche? (sehen, hören, riechen, schmecken, fühlen, tasten)	Wie wird die Aufmerksamkeit von aussen wahrgenommen?
<b>A</b>	Wie wirken äussere Reize in der Paarsexualität auf dich?	Gibt es Gedanken, äussere Reize, die dich ablenken von der Paarsexualität/ vom sexuellen Austausch? Welche?	Was fördert die Ablenkung? Was hindert die Ablenkung?	Wie sieht der Partner/die Partnerin den Einfluss äusserer Reize auf die Partnerin während der Paarsexualität?
<b>AL</b>	Wie erlebst du deine Stimmung in der Paarsexualität?	Gibt es abrupte, spontane Stimmungswechsel?	Gibt es spontane Stimmungswechsel im Bereich von Bedürfnissen? Im Bereich der Erregung? Im Bereich der Gefühle? Wie zeigen sich diese?	Sieht der Partner/die Partnerin Stimmungswechsel der Partnerin in der Paarsexualität?
<b>EÜ</b>	Wann erlebst du starke emotionale Momente in der Paarsexualität?	Was trägt dazu bei? Was verhindert es allenfalls?	Wie regulierst du dich?	Wie erlebt der Partner/die Partnerin die emotionalen Momente der Partnerin in der Paarsexualität?

<b>EÜ</b>	Wie selbstsicher erlebst du dich in der Paarsexualität?	Geniesst du es, dich nackt zu zeigen? Was trägt dazu bei?	Was hindert dich dabei?	Wie selbstsicher erlebt der Partner/die Partnerin seine/ ihre Partnerin in der Paarsexualität?
<b>EÜ</b>	Welches war deine sexuell erregendste Begegnung mit deinem Partner/deiner Partnerin?	Was hat dich daran besonders erregt?	Was hat positiv dazu beigetragen?	Mag sich der Partner/die Partnerin daran erinnern? Was mag er/ sie ergänzen?

## Kognitive Komponenten

Legende zu Bereichen der Wender-Utah Diagnosekriterien: **A**= Aufmerksamkeitsstörung **MH**= Motorische Hyperaktivität  
**AL**=Affektlabilität **DV**= Desorganisiertes Verhalten **AK**= Affektkontrolle **I**= Impulsivität **EÜ**= Emotionale Überreagibilität

Bereich	Eigenwahrnehmung	Ergänzende Frage	Vertiefende Frage	Fremdwahrnehmung
<b>DV</b>	Sind die gemeinsamen Momente der Paarsexualität eher geplant oder spontan?	Was trägt zu geplantem oder spontanem sexuellen Austausch bei?	Was hemmt den Austausch? Gründe?	Wie schätzt der Partner/die Partnerin diese Situation ein?
<b>A</b>	Wie sieht es in deinem Kopf während der Paarsexualität aus?	Welche Gedanken hast du während des sexuellen Austausches?	Gibt es bestimmte Bilder? Szenarien?	Wie empfindet der Partner/die Partnerin die Präsenz des Partners/der Partnerin während dem sexuellen Austausch?
<b>DV</b>	Konnte ein sexueller Austausch einmal nicht stattfinden oder musste vorzeitig abgebrochen werden wegen dem ADHS?	Wie kam es dazu? Gründe?	Hast du es später bereut?	Wie ist die Erinnerung des Partners/der Partnerin an diese Situation?
<b>I</b>	Wie zeigt sich deine Geduld in der Paarsexualität?	Magst du ein ausgiebiges Vorspiel? Magst du Paarsexualität lieber kurz und intensiv?	Gründe?	Wie geduldig erlebt der Partner/die Partnerin seine/ ihre Partnerin in der Paarsexualität?

## Beziehungskomponenten

Legende zu Bereichen der Wender-Utah Diagnosekriterien: **A**= Aufmerksamkeitsstörung **MH**= Motorische Hyperaktivität  
**AL**=Affektlabilität **DH**= Desorganisiertes Verhalten **AK**= Affektkontrolle **I**= Impulsivität **EÜ**= Emotionale Überreagibilität

Bereich	Eigenwahrnehmung	Ergänzende Frage	Vertiefende Frage	Fremdwahrnehmung
<b>A</b>	Wie verführst du deinen Partner/ deine Partnerin?	Welche Strategien wendest du an?		Welche Verführungsstrategien sieht der Partner/ die Partnerin an seiner ihrer Partnerin?
<b>A</b>	Wie empfindest du körperliche Berührungen deines Partners/ deiner Partnerin in der Paarsexualität?	Was fühlt sich gut an für dich? Gründe? Was magst du nicht? Gründe?		Kann die Partnerin körperliche Berührungen geniessen? Welche? Was mag sie nicht?
<b>AK</b>	Wie wirken sich Konflikte in der Paarsexualität aus?	Haben Konflikte Einfluss auf die Häufigkeit von Paarsexualität?	Führen Konflikte zu mehr oder weniger Paarsexualität? -Können Konflikte zu Versöhnungssex führen?	Wie schätzt der Partner/die Partnerin den Einfluss von Konflikten auf die Sexualität ein?

## Physiologische Komponenten

Legende zu Bereichen der Wender-Utah Diagnosekriterien: **A**= Aufmerksamkeitsstörung **MH**= Motorische Hyperaktivität  
**AL**=Affektlabilität **DH**= Desorganisiertes Verhalten **AK**= Affektkontrolle **I**= Impulsivität **EÜ**= Emotionale Überreagibilität

Bereich	Eigenwahrnehmung	Ergänzende Frage	Vertiefende Frage	Fremdwahrnehmung
<b>MH</b>	Wie fühlt sich dein Körper in der Paarsexualität an?	Wie erlebst du deine Körperspannung in der Paarsexualität?	Bist du entspannt oder eher angespannt?	Wie wirkt die Körperspannung im Aussen?
<b>MH</b>	Was macht dein Körper in der Paarsexualität?	Welche inneren Impulse der Bewegung sendet dein Körper während dem sexuellen Austausch?	Wie fühlen sich diese Impulse der Bewegung für dich an? Wie wirken diese Impulse auf deine Erregung?	Was beobachtet der Partner/ die Partnerin bezüglich der Impulsbewegungen des Körpers der Partnerin?
<b>AK</b>	Wie zeigt sich Stress in eurer Paarsexualität?	Wie beeinflusst dein Stresslevel eure Paarsexualität?	Dient Paarsexualität als Regulationsmechanismus oder ist es ein zusätzlicher Stressfaktor?	Wie schätzt der Partner/die Partnerin den Einfluss des Stresses der Partnerin auf die Paarsexualität ein?
<b>MH</b>	Wie erlebst du deine Atmung in der Paarsexualität?	Wo befindet sich deine Atmung im Körper?	Wo atmest du hin? Atmest du in die Brust? Atmest du in den Bauch?	Was beobachtet der Partner/ die Partnerin an der Atmung der Partnerin in der Paarsexualität?
<b>A</b>	Bei Medikation: Wie erlebst du dich in der Paarsexualität unter Medikamenteneinnahme?	Wie nimmst du dich wahr?	Wie fühlt sich das an?	Merkt der Partner/die Partnerin die Einnahme des Medikamentes in Bezug zur Paarsexualität? Wie?

## Abschlussfragen

- **Welche Bedeutung hat die ADHS in eurer Paarsexualität?**
- Wie ist das Empfinden des Partners/ der Partnerin über die Bedeutung von ADHS in der Paarsexualität?
  
- **Welches sind für dich die wichtigsten Ressourcen der ADHS in Bezug zur Paarsexualität?**
- Welche Ressourcen der ADHS sieht der Partner/ die Partnerin in der Paarsexualität?
  
- **Welches sind für dich die wichtigsten Herausforderungen der ADHS in Bezug zur Paarsexualität?**
- Welche Herausforderungen der ADHS sieht der Partner/ die Partnerin in der Paarsexualität?

## Anhang 6: ADHS-Diagnosekriterien nach DSM-5

### A.1. Unaufmerksamkeit

*Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome sind während der letzten 6 Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsniveau nicht zu vereinbarenden Ausmass aufgetreten und wirken sich direkt negativ auf soziale und schulische/berufliche Aktivitäten aus:*

*Beachte: Die Symptome sind nicht ausschliesslich ein Ausdruck von oppositionellem Verhalten, Trotz, Feindseligkeit oder der Unfähigkeit, Aufgaben oder Anweisungen zu verstehen. Für ältere Jugendliche und Erwachsene (17 Jahre und älter) sind mindestens fünf Symptome erforderlich.*

- a. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten (z.B.: übersieht Einzelheiten oder lässt sie aus; arbeitet ungenau).*
- b. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten (z. B: hat während Unterricht, Vorträgen, Unterhaltungen oder längerem Lesen Schwierigkeiten, konzentriert zu bleiben).*
- c. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn, bzw. sie ansprechen (z.B.: scheint mit den Gedanken anderswo zu sein, auch ohne ersichtliche Ablenkungen).*
- d. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und bringt Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende (z. B: beginnt mit Aufgaben, verliert jedoch schnell den Fokus und ist leicht abgelenkt).*
- e. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren (z.B.: hat Probleme, sequenziell aufeinander folgende Aufgaben zu bewältigen; Schwierigkeiten, Materialien und eigene Sachen in Ordnung zu halten; unordentliches, planlos-desorganisiertes Arbeiten; schlechtes Zeitmanagement; hält Termine und Fristen nicht ein).*
- f. Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (z. B. Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben; bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen: Ausarbeiten von Berichten, Ausfüllen von Formularen, Bearbeiten längerer Texte).*

- g. Verliert häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden (z. B. Schulmaterialien, Stifte, Bücher, Werkzeug, Geldbörsen, Schlüssel, Arbeitspapiere, Brillen, Mobiltelefone).
- h. Lässt sich oft durch äussere Reize leicht ablenken (bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen können auch mit der aktuellen Situation nicht in Zusammenhang stehende Gedanken gemeint sein).
- i. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich (z.B. bei der Erledigung von häuslichen Pflichten oder Besorgungen; bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen umfasst das Vergessen auch Telefonrückrufe zu tätigen, Rechnungen zu bezahlen, Verabredungen einzuhalten).

**A.2. Hyperaktivität und Impulsivität:** Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome sind während der letzten 6 Monate beständig in einem mit den Entwicklungsstand nicht zu vereinbarenden Ausmass aufgetreten und wirken sich direkt negativ auf soziale und schulische/berufliche Aktivitäten aus:

**Beachte:** Die Symptome sind nicht ausschliesslich ein Ausdruck von oppositionellem Verhalten, Trotz, Feindseligkeit oder Unfähigkeit, Aufgaben oder Anweisungen zu verstehen. Für ältere Jugendliche und Erwachsene (17 Jahre und älter) sind mindestens fünf Symptome erforderlich.

- a. Zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
- b. Steht oft in Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird (z.B.: verlässt eigenen Stuhl im Klassenraum, im Büro oder an anderem Arbeitsplatz oder in anderen Situationen, die erfordern, am Platz zu bleiben).
- c. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (Beachte: Bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben).
- d. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.
- e. Ist häufig «auf dem Sprung» oder handelt oftmals, als wäre er bzw. sie «getrieben» (z.B. kann nicht über längere Zeit hinweg ruhig an einem Platz bleiben, bzw. fühlt sich dabei sehr unwohl, z. B. in Restaurants, bei Besprechungen; dies kann von anderen als Ruhelosigkeit oder als Schwierigkeit erlebt werden, mit dem Betreffenden Schritt zu halten).
- f. Redet häufig übermässig viel.

- g. *Platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist (z. B.: beendet die Sätze anderer; kann in Unterhaltungen nicht abwarten, bis er bzw. sie mit Reden an der Reihe ist).*
- h. *Kann häufig nur schwer warten, bis er bzw. sie an der Reihe ist (z. B. beim Warten in einer Schlange).*
- i. *Unterbricht oder stört andere häufig (z. B.: Platzt in Gespräche, Spiele oder andere Aktivitäten hinein; benutzt die Dinge anderer Personen ohne vorher zu fragen oder ohne Erlaubnis; bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen: Unterbricht oder übernimmt Aktivitäten anderer).*

**B.** *Mehrere Symptome der Unaufmerksamkeit oder der Hyperaktivität-Impulsivität treten bereits vor dem Alter von 12 Jahren auf.*

**C.** *Mehrere Symptome der Unaufmerksamkeit oder der Hyperaktivität-Impulsivität bestehen in zwei oder mehr verschiedenen Lebensbereichen (z. B. zu Hause, in der Schule oder bei der Arbeit; mit Freunden oder Verwandten; bei anderen Aktivitäten).*

**D.** *Es sind deutliche Hinweise dafür vorhanden, dass sich die Symptome störend auf die Qualität des sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsniveaus auswirken oder dieses reduzieren.*

**E.** *Die Symptome treten nicht ausschliesslich im Verlauf einer Schizophrenie oder anderen psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z. B. affektive Störung, Angststörung, dissoziative Störung, Persönlichkeitsstörung, Substanzintoxikation oder -entzug).*

*Bestimme, ob:*

**F90.2** *Gemischtes Erscheinungsbild: Sowohl Kriterium A1 (Unaufmerksamkeit) als auch Kriterium A2 (Hyperaktivität-Impulsivität) waren während der letzten 6 Monate erfüllt.*

**F90.0** *Vorwiegend Unaufmerksames Erscheinungsbild: Kriterium A1 (Unaufmerksamkeit), aber nicht Kriterium A2 (Hyperaktivität-Impulsivität) war während der letzten 6 Monate erfüllt.*

**F90.1** *Vorwiegend Hyperaktiv-Impulsives Erscheinungsbild: Kriterium A2 (Hyperaktivität-Impulsivität), aber nicht Kriterium A1 (Unaufmerksamkeit) war während der letzten 6 Monate erfüllt.*

*Bestimme, ob:*

**Teilremittiert:** *Wenn die Kriterien früher vollständig erfüllt worden sind, in den letzten 6 Monaten jedoch nicht alle notwendigen Kriterien erfüllt wurden und die*

*Symptome immer noch eine Beeinträchtigung des sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsniveaus verursachen.*

*Bestimme den aktuellen Schweregrad:*

**Leicht:** *Es treten wenige oder keine Symptome zusätzlich zu denjenigen auf, die zur Diagnosestellung erforderlich sind, und die Symptome führen zu nicht mehr als geringfügigen Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen, oder beruflichen Funktionsbereichen.*

**Mittel:** *Die Ausprägung der Symptome und der funktionellen Beeinträchtigung liegt zwischen «leicht» und «schwer».*

**Schwer:** *Die Anzahl der Symptome übersteigt deutlich die zur Diagnosestellung erforderliche Anzahl oder mehrere Symptome sind besonders stark ausgeprägt oder die Symptome beeinträchtigen erheblich die soziale, schulische oder berufliche Funktionsfähigkeit.*

*(Falkai & Wittchen, 2018, S. 77-79)*

## Anhang 7: Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen verwendet habe. Sämtliche Textstellen der Arbeit, alle Formulierungen, Ideen, Untersuchungen, Gedankengänge, Analysen und sonstigen schöpferischen Leistungen, Grafiken, Tabellen und Abbildungen, die benutzten Werke oder Quellen aus dem Internet eins zu eins oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich durch Quellenangaben korrekt kenntlich gemacht.

Die Eigenständigkeit der Arbeit erstreckt sich über alle Phasen der Erstellung, von der Konzeption über die Durchführung bis hin zur Dokumentation. Diese Erklärung gilt als verbindliche Zusicherung meinerseits über die Authentizität und Selbstständigkeit meiner wissenschaftlichen Leistung.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende schriftliche Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Homburg, 29.07.2024



Manuela Kurz

Matrikelnummer: 28108

## Anhang 8: Inhalt USB-Stick

### USB-Stick mit

- Video-Interview 1
- Video-Interview 2
- Video-Interview 3
- Video-Interview 4
  
- Transkription Interview 1
- Transkription Interview 2
- Transkription Interview 3
- Transkription Interview 4
  
- Auswertungsraster
- Codebuch