

ADHD hos jenter / kvinner

Bør det gis mer oppmerksomhet?



Nevropsykolog Jørgen Sundby

2023



Kjønnsforskjeller ved psykiske- og somatiske lidelser

- **Økt helserisiko** f. eks: Flere kvinner blir sykmeldt og ufør, har angst / depresjon, og økt forekomst av beinskjørhet hos eldre kvinner.
- Når helseproblem rammer **flest menn**, blir kjønnen sjelden presisert. F. eks ved **ADHD**, afasi, hjerteinfarkt og rusmisbruk
- Er det behov for «kjønnet» forskning og klinikk; nevrobiologisk, psykologisk, sosialt, **diagnostisk og m.h.t livsmestring og behandling?**

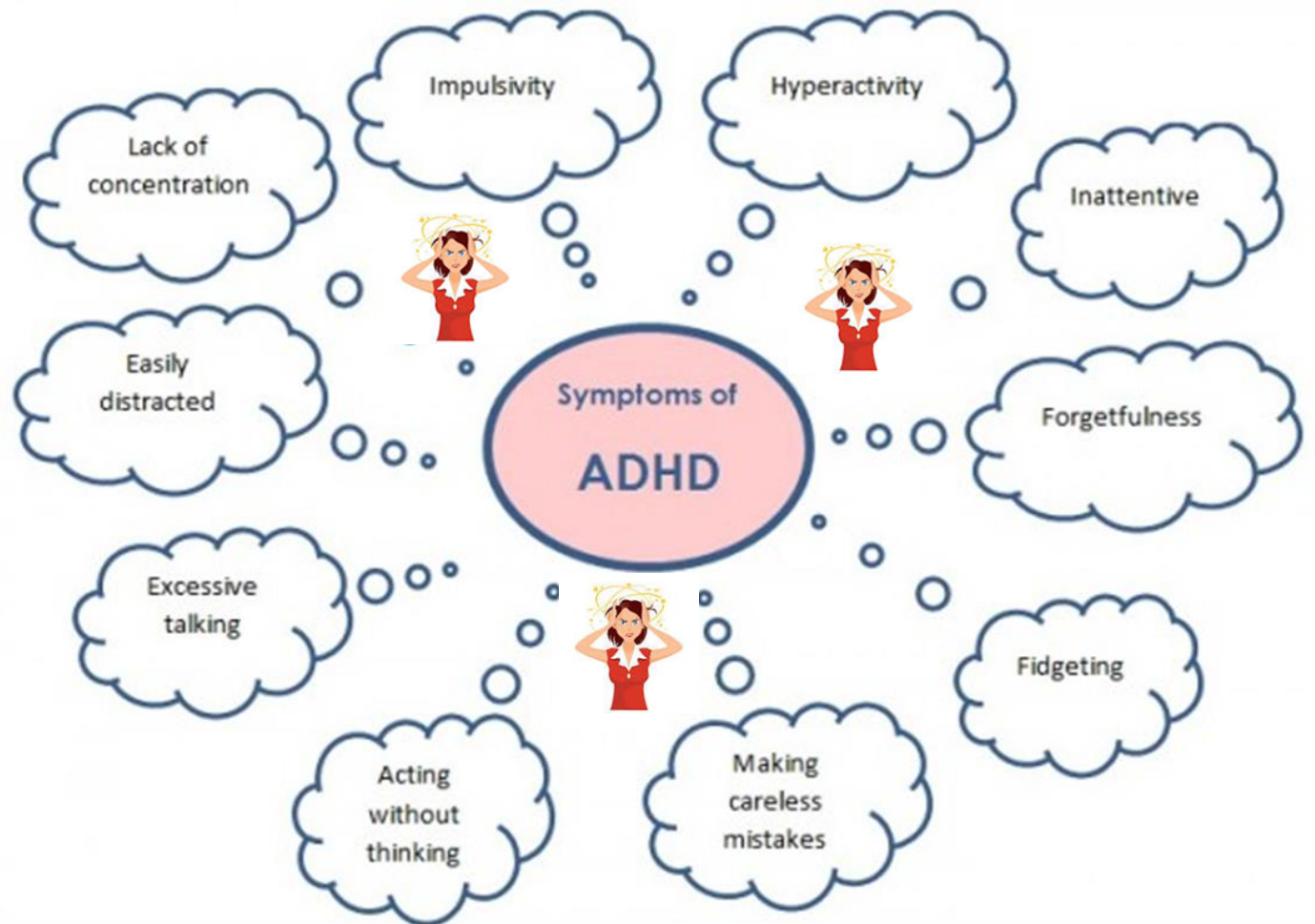
Temaer:

35 år kvinne, case-illustrasjon:

Hva sier faglitteraturen om kjønn og- forskjell ved ADHD.

Livsutfordringer for kvinner med ADHD?

Kjønns spesifikk behandling av ADHD hos jenter/kvinner?



Vansker med oppmerksomhet er vanlig i alderen 6-10 år

”Symptoms of childhood.”

Barn **varierer** i oppmerksomhet i løpet av dagen, uka, eller året. ADHD barn mest uoppmerksom ved **skolearbeid, lekser og ved rutiner og plikter.**

Kvantitative – ikke kvalitative kriterier. ADHD barn uoppmerksom oftere, - på tvers av situasjoner, -lengre, mer plagsomt.

Lærere rapporterer:

40 % gutter og 25 % jenter i noen grad:
12 % gutter og 8% jenter i stor grad
vansker med oppmerksomhet.

Foreldre rapporterer :

30 % gutter og 22 % jenter i noen grad- ,
10% gutter og 6 % jenter i stor grad,
vansker med oppmerksomhet

**CAN I
HAVE YOUR
ATTENTION
PLEASE!**

Mange barn er impulsive og urolige



- Lærere rapporterer at **26% (10%) gutter** og **10 % (3%) jenter** til en viss grad eller (**ofte**) er urolige.
- **Motorisk uro** avtar fra 7 – 14 år, også for ADHD barn, **indre uro** varer ved for ADHD barn av begge kjønn.
- Ca **1 % - 1,5 %** av barn gjennomgående urolige og impulsive på tvers av situasjoner = **Hyperkinetiske. Flest gutter.**

ADHD tilstand, definisjoner



Klassiske kriterier

Oppmerksomhetssvikt:

Slurvefeil, dårlig organisering, kommer ikke i gang, hører ikke etter, fullfører ikke, misliker anstrengelse, mister, glemsom, lett distraheret e.t.c

Impulsivitet / Uro:

Småuro, på farten, rastløs, handler & snakker uten å tenke, utålmodig, vansker med å vente på tur, avbryter andre, e.t.c.

Hypoteser om mekanismer

- Redusert evne til Inhibisjon
 - Eksekutiv dysfunksjon (regulering)
 - Avhengig av tett forsterkning
1. Intentional deficit (Barkley I)
 2. Regulation of emotions (Barkley II)

«Late onset» ADHD tilstand – finnes den ?



Hva handler det om ?

- Flere pasienter med ADHD-symptomer, men debut i ungdom / voksen alder.
- Vanligere blant kvinner?
- Er symptomene tidligere oppdaget eller er det sen debut?
- Finnes det «Late onset» ADHD og er denne ganske vanlig (3 %)?.
- Kan late onset skyldes andre forhold, rusmisbruk, hjerneskade, eller annen psykisk lidelse?
- Epigenetisk påvirkning av hjernens funksjon også etter barneårene?

Dunedin og MTA studier:

- **Dunedin:** ADHD cases at age 11 (6% of the cohort) and age 38 (3% of the cohort) gave non-overlapping sets: 90% of adult cases (28 of 31) lacked childhood history of ADHD, and only 5% of the childhood cases (3 of 61) showed persistence of ADHD.
- **MTA control group 1999-2018** Late-onset ADHD may be valid; but often, cognitive fluctuations, comorbid disorder, or effects of substance use. False positive are common. Clinicians should assess impairment, history, and substance use before diagnosing and treating late-onset ADHD

Kjønnsforskjeller m.h.t. ADHD reflekterer generelle **kjønnsforskjeller**



- Gutter generelt mer **aggressive**, motorisk urolig, slåss og utagerende atferd, bruker mer rusmidler, begår kriminalitet, selvmord
- Gutter har oftere **språk- og lærevansker** (2 : 1) enn jenter, men er på gruppenivå litt bedre enn jenter m.h.t **spatiale ferdigheter**.
- Jenter og gutter lik forekomst av internaliserte vansker som barn, jenter **mer** angst, depresjon, spiseforstyrrelser og opplevd stress fra puberteten og i voksen alder.

Jenter / kvinner blir sosialisert til:



1. Være **empatisk** og skape gode sosiale relasjoner
2. Å **organisere** hjem og familie.
3. Være **omsorgsfulle** mødre.
4. Være **lydige**, gjør det de blir bedt om, på jobb og i sosiale relasjoner
5. Være attraktive, innbydende, ta seg godt ut.

6. I moderne tid hevde seg også innen det «**maskuline**»; selvhevdende, ambisiøse, og karriere.

ADHD kvinner kommer til kort i forhold til mange av disse «Kvinneidealene»

Kjønnnsfordeling på ADHD sub-type

Table 1: Prevalence of ADHD subtypes according to gender¹		
Subtype	Boys	Girls
ADHD-I	4.05%	2.21%
ADHD-C	3.62%	1.5%
ADHD-HI	3.61%	1.52%

«Kjønns-sensitive» ADHD-spørsmål om jenter?

(Ohan & Johnson 2005)

«Fniser eller snakker hele tida»

«Holder på med andre ting enn det de skal (prater utenom tema, er på sosiale media, drømmer seg bort, sender lapper) istedenfor skolearbeid / lekser.»

«Skifter venner impulsivt og ofte uten å tenke over konsekvensene»

«Vansker med å oppdage og reagere på sosiale signal og reagerer ofte med heftige følelser ved konflikt.»

Typiske «Voksen-kvinne» symptomer

(Fra DIVA normpopulasjonsstudier i Nederland 2015)



Oppmerksomhetsvansker

1. Glemmer
2. Sløv, følger ikke med.
3. Dagdrømmer
4. Vansker med å organisere
5. Vansker med å komme i gang.

Internaliserte vansker, plager dem selv mer enn andre

Uro / impulsivitet

1. Hyperverbalitet, sier det man har på hjertet, avbryter andre.
2. Småuro mer enn massiv uro.
3. Rastløshet / indre uro.
4. Emosjonell reaktivitet
5. Endrer planer, handler på impuls (shopping?)

Tolkes ikke som ADHD, gir vansker, men ikke så mye bråk.

Kjønnsforskjeller oversiktsartikkel

(Rucklidge 2008)



- ADHD for begge kjønn er mer **lik** enn forskjellig.
- Symptomer på ADHD er **ikke** kjønns-spesifikk, men.....

Små kjønnsforskjeller er funnet:

1. Ungdoms jenter med ADHD har mindre **tro på seg selv og svakere mestringsstrategier.**
2. Graden av **depresjon and angst er høyere blant ADHD jenter**
(særlig i ungdomsår og ung voksen alder)
3. **Fysisk aggresjon og ekternaliserte problem** er større hos ADHD gutter og menn.

Tabell over kjønnsforskjell ved ADHD (Rucklidge 2008)

Variabel	Gutter versus Jenter	Menn versus kvinner
Hyperaktivitet med atferdsvansker	G > J	M > K
Oppmerksomhetsvansker	J = G	K > M
Rusmisbruk og kriminalitet		M > K
Depresjon og angst	J > G (Separasjonsangst)	K > M eller K = M
Nevropsykologisk dysfunksjon	G > J og J > G α	K = M?
Lav IQ	J > G (I kliniske utvalg)	K = M
Lav opplevd selvtillit og mestring	J > G	K > M
Historie med overgrep		K > M
Utvist fra skolen / jobbskifte	G > J	K = M

α G > J på Prosesseringshastighet og utfall på CPT. J > G m.h.t. spatiale- og språkvansker. Mest forskjell i kliniske utvalg.

Kjønnsrelatert-risiko for overgrep, kjønnsykdommer og graviditet:

- 23,1 % av voksne kvinner med ADHD rapporter **seksuelle overgrep** av moderat til alvorlig grad (12,5% ADHD menn og 2-5% andre kvinner).
- I sampler av personer utsatt for seksuelle overgrep har opp til 30-40% ADHD relaterte problemer.
- Ungdomsjenter med ADHD har 40 % **øket risiko for graviditet** i tenårene og tredoblet risiko for kjønnsykdommer.

Enten har pasienten søvnproblem som symptom på ADHD, både en søvnlidelse og ADHD, eller primært en søvnlidelse.

(Bjorvatn 2017)

Studie fra UIB, 268 voksne med ADHD og 202 uten.

1. 83 % med ADHD i løpet av livet **søvnproblemer**. (36 %)
 2. 26 % med ADHD sov under 6 timer i døgnet. (7 %)
 3. «Urolige bein» 15 ganger så vanlig ved ADHD.
- ADHD-pasientene opplever pustestopp / søvn- apnoe 5 ganger så ofte som andre.

ADHD / Kvinner og suicidforsøk

Canadian Community Health Survey–Mental Health 2020

Metode

- Spørreskjema 21,744 voksne, hvorav 529 voksne med ADHD.
- ADHD diagnose og livstidsforekomst av selvmordsforsøk basert på selv-rapport.

Resultater:

- Voksne med ADHD har større sannsynlighet for selvmordsforsøk **(14.0% vs. 2.7%)**.
- **En av fire kvinner med ADHD har forsøkt selvmord (24% vs. 3,2%)**.
- **Kjønn (kvinne)**, lav utdanning, rusmisbruk, depresjon and aversive barndomsopplevelse av foreldrevold / overgrep er selvstendige korrelater for selvmordsforsøk for voksne med ADHD.

Anbefaling;

Screening av selvmordsforsøk for de mest sårbare voksne med ADHD.

Klinisk oppfølgingsstudie av ADHD kvinner (sammenlignet med ADHD menn og kvinnelig kontrollgruppe) Babinski et. al 2011 / Pittsburgh ADHD longitudinal study

- 30 kvinner og 30 menn med ADHD, 27 matchede kvinner uten ADHD.
- ADHD diagnose i 9 års alder, evaluert på nytt ved 23-24 år.
- Lik forekomst av opposisjon-tilleggsdiagnose som barn (50%), men flere gutter med atferdsvansker CD(30 v.s 10 %)
- Evaluert ved 23 år på internaliserte-, interpersonlige-, utdannings og arbeidsproblemer, rus og kriminalitet og selvbilde.



Funn fra Pittsburgh ADHD studien:

- Flere ADHD kvinner enn både ADHD menn og kvinner uten ADHD hadde fått barn ved 23 års alder.
- Kvinner med ADHD har generelt mer livsproblemer enn kvinner uten ADHD, spesielt m.h.t. **selvtillit, problem i romantiske relasjoner og problemer på jobb**. Problem i romantiske relasjoner økte i voksen alder
- Kvinner m/ ADHD hadde 15 poeng lavere IQ enn kvinner u/ ADHD og 4 poeng lavere enn menn m/ ADHD.
- Kvinner og menn ADHD hadde **like store** livsproblemer i utdanning og skole- og arbeidsliv. Mer ulik kontrollgruppen enn hverandre.
- Kvinner med ADHD mere **internaliserte problemer, lavere selvtillit og mer opplevd stress i sosiale relasjoner**. Menn med ADHD **har oftere atferdsvansker, rusbruk og kriminalitet**.

Komorbide lidelser hos voksne kvinner med ADHD

Biederman, Faraone, Monuteaux, Bober, & Cadogan, 2004

- Kvinner med ADHD i voksen alder hadde mer depresjon, mer stress, lavere selvbilde, mer spiseforstyrrelser, høyere alkohol- og annen rusbruk, og mer søvnforstyrrelser
- Livstidsprevalens for kvinner m / ADHD: Major depression=23 % bipolar lidelse = 10%. Sosial angst = 23%, GAD = 16%, Panikk angst = 15%, Agorafobi = 9 % , og OCD = 7%
- Komorbiditet er også differensialdiagnose, men ADHD hos disse kvinnene var en rød tråd uavhengig av andre psykiske lidelser
- Stor overlapp mellom ADHD og PTSD symptomer, men kvinner med ADHD har høyere forekomst av traumer.

Kvalitativ intervjustudie om livsutfordringer for kvinner med ADHD (Glasser et. al NTNU 2018)

Tema:

1. Om å få diagnosen (blandede følelser)
2. Symptomer og livsutfordringer (Ufokusert, disorganisert og kaotisk)
3. Morsrollen og kjønnsesifikke utfordringer (brudd med forventinger til hvordan kvinner skal være, tenker de jeg er en dårlig mor?)
4. Mestring av lidelsen og ressursperspektiv (konseptualisering, medisiner, strategier)
5. Stigma (Folk tenker det er en «fake» diagnose)

Om å få diagnosen i voksenalder:

- «Det var en lettelse, for i alle fall er jeg ikke dum eller lat.»
- «En bekreftelse på noe jeg har visst i hele min oppvekst, at det ikke bare var å jobbe hardere eller gjøre det bedre.»
- «ET svar på hvorfor jeg alltid har strevet med å nå mine mål, og kanskje jeg kan klandre meg selv mindre?»
- «Samtidig en følelse av håpløshet, slik er jeg og slik kommer jeg alltid til å være».
- De var usikre på om tidligere diagnose hadde gitt utslag, kanskje mer aksept og tilrettelegging

Hverdagsutfordringer

- «Når du ikke greier å etablere rutiner, er et **konstant behov for å ta avgjørelser**», (det gir mye angst og stress).
- «Trenger **ytre press for å bli motivert** og lage struktur. Kjeder meg når det blir rutiner. Menn kan lettere sette bort rutinearbeid, ikke akseptert for kvinner.
- Overveldet av **negative følelser**, ved konflikt, avvisning og i kommunikasjon. Bryter sosiale normer, gruer meg i forkant og grubler i etterkant.
- **Selvtilliten lav** etter nederlag i utdanning, jobb og sosiale relasjoner, man klandrer seg selv.

Spesifikke kjønns-tema

- ADHD symptomer gir brudd på viktige «**feminine**» forventninger : oppmerksom og organisert, ha orden i sysakene, være tålmodig, være der for andre, lytte til andre, vise empati.
- Omsorg for barn gir hele tida **avbrytelser** og krav til å endre fokus, uten rammer som på jobb, og uten å kunne fikse problemet: «Jeg blir helt utslitt på slutten av dagen».
- Skyld for å ha ført tilstanden videre til barn og at «**to kaotiske sjeler i samspill**» gir mer kaos.

Mestring og styrke

- Medisiner tar ikke bort, men hjelper på fokus, multitasking, artikulere ideer, omsette ideer i handling og styring av følelser, men kan gi øket angst.
- Riktig konseptualisering gir utgangspunkt for å jobbe med mestring og mer aksept i nære relasjoner.
- Regelmessig trening virker stabiliserende.
- Bevissthet om søvnhygiene er viktig.
- Treffe likesinnede, savner terapigrupper med ADHD kvinner

Stigma for ADHD kvinner

- Folk tror ikke på ADHD diagnosen, at det er en klinisk tilstand. (Den synes ikke utenpå deg!).
- Særtiltak fører til misunnelse og klager på urettferdighet.
- Andre mistenker at diagnosen blir brukt som unnskyldning når man ikke «gidder».
- Er det også unnskyldning overfor seg selv ?
- Hvem tørr man dele med, være åpen om diagnose og utfordringer?
- Når, overfor hvem og hvor bør man tie ?

Generell og kjønnsespesifikk behandling ?



Stimulantia påvirker kjernesymptomer ved ADHD (hyperaktivitet, impulsivitet og oppmerksomhet)

- Bedring av ADHD symptomer, vurdert av foreldre, lærer og egen vurdering av oppmerksomhet, vigilans, impulsivitet og rastløshet
- Tester av vigilans, reaksjonstid, inhibisjon og arbeidsminne bedres, og man får færre feil på kjøresimulator.
- Noe bedre medikamenteffekt for barn 8-15 år (60-70 %) enn voksne > 18 år (50-60 %)
- Best effekt de første 6 -12 mnd, og noe mindre effekt etter 2 år (MTA) .

Men:

- Restsymptomer og funksjonsvansker varer ved hos mange ADHD pasienter (35-50 %)
- 25% to 50% av ADHD-pasienter har lite effekt eller får bivirkninger (søvn, appetitt, humørsvingninger, øket tics og tvang)

Kjønnseffekt av ADHD- farmakologisk behandling?

(Kok et. Al 2020)

Foreskrivning:

- Jenter med ADHD 7-15 år får mye mindre foreskrevet medisin, særlig stimulantia men også andre medikamenter. (Stimulantia 25.2% vs 74.8%)
- Mindre forskjell i foreskrivning mellom ADHD kvinner versus menn > 15 år.

Stimulantia:

- Bedring for begge kjønn.
- Jenter større symptomreduksjon ved foreldre- og klinisk rating
- Gutter større symptomreduksjon ved lærer-rating.
- Gutter mer bedring på CPTer og andre testmål på oppmerksomhet.

Non-stimulantia: (Strattera e.t.c)

- Jenter / kvinner noe større effekt enn gutter / menn på non-stimulanter på symptomer som hyperaktivitet, impuls kontroll og emosjonell regulering.

Kjønnsforskjeller m.h.t. bivirkninger er ikke systematisk studert, men obs på hormonelle forskjeller / syklus og mulige annerledes bivirkninger.

Psykososial behandling: (BT, CBT, psykoterapi, skoletiltak familiebehandling)

Kjønnsforskjeller i effekt av psykososial behandling for ADHD ikke mye studert.

MTA studien fant ikke signifikante behandlingseffekt-forskjeller fra psykososial behandling mellom kjønn, men her var 80 % gutter.

Subtype og tilleggsproblem, mer enn kjønn, antas å bety mest for valg og effekt av psykososial behandling.

Goal management training (Levine 2011)



Kompensatorisk kognitiv rehabilitering av eksekutiv dysfunksjon. (hjerneskode, ADHD, psykisk lidelse)

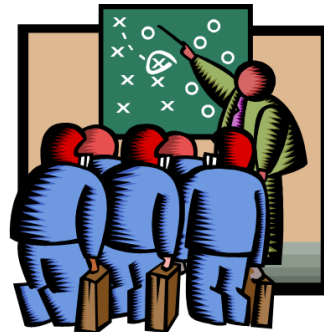
Uvaner og impulser fører til at man glemmer overordnede mål. Stimuluspreget og impulsiv atferd.

Øve på “mindful” tilnærming til oppgaver i det virkelige liv.

Stoppe – tenke, for å monitorere, justere og evaluere.

GMT rammer (Levine et al., 2011)

- Foregår i grupper med pasienter og en coach.
- Den gruppebaserte treningen i GMT bruker instruksjonsmaterieill (PowerPoint slides, APPer, og arbeidsbøker).
- Interaktive oppgaver og hjemmeoppgaver.
- Planlegging og diskusjoner om pasientenes, problemer i eget liv, og det som skjer hjemme.



«Kjernen» i Goal Managment Training

BREATHE

1. Stopp, trekk pusten dypt, tøm hodet og samle tankene.
2. Tenk gjennom hva som er det viktige målet akkurat her og nå
3. Hva bringer deg i retning av målet?
4. Fortsett, eller juster kursen.



Goal Management Training in Adults With ADHD: An Intervention Study

(Dymphie M. J. M. et al 2017)

Question: Could adults with ADHD benefit from a structured GMT + psycho-education course on executive functioning?

Method: Intervention group (GMT+) control group
The effects were evaluated using subjective and objective test measures. An evaluation carried out by an blinded experienced clinician.

Result & Conclusion: Group differences measured by clinician and self report, not on tests. The findings suggest that the combination of GMT with psycho-education and counseling *may have* validity for adults with ADHD.

Behandling bør skje i situasjoner der vanskelige følelser oppstår. (Barlow et. al 2004)



- (a) Utfordre foregående forestillinger.
- (b) Forhindre unngåelse eller at **følelsen** overtar.
- (c) Prøve ut handlinger og tanker som er mindre assosiert med den vanskelige følelsen.

Individuelt fra kvinne til kvinne hva utløser negative følelser og hvilke følelser som er vanskelig å regulere.

Mange kvinner med ADHD er **STRESSET**

Behandling med sikte på **stressreduksjon** kanskje et alternativ ?

- Mindfulness
- Avspenning
- Meditasjon
- Yoga



Behandlingsgrupper for ADHD kvinner?

- Finne fellesskap og drøfte felles utfordringer ved kvinnelig ADHD, uten følelse av skam og mindreverd.
- Medlemmene kan være rollemodeller for hverandre m.h.t livsmestring.
- Adressere kvinnelige temaer som angst, depresjon, mindreverdighet, stress, relasjons- og omsorgsvansker, samt stigma.
- Drøfte medikamentell behandling i et kvinneperspektiv.
- Mindre aktuelt med fokus på de typiske mannlige ADHD problemene som atferdsvansker, kriminalitet og rus?

Oppsummering, ADHD hos kvinner

ADHD hos kvinner og menn er mye likt, men noen viktige forskjeller.

1. Jenter / kvinner er mindre utagerende, har oftere ADD-type og blir senere diagnostisert.
2. Jenter / kvinner har i tillegg til sin ADHD, ofte angst, depresjon og er stresset (søvnvansker, somatiske helseplager, spisevansker e.t.c).
3. Kjønnsspesifikke diagnosekriterier finnes ikke, men kjønn bør tas med i betraktning.
4. Bryter ADHD symptomer mer med idealer for jenter / kvinner og gir dette økt grad av skam, nederlag og konflikter i ADHD kvinnenes hverdag?
5. Jenter får sjeldnere behandling med stimulantia.
6. Det er foreløpig gjort lite m.h.t kjønnsspesifikk psykososial behandling.