



ADHS bei Frauen

Eine unterdiagnostizierte Herausforderung
in der klinischen Praxis

Dr. phil. Denise Baumeler,
Dr. med. Kamila Dudová-Nakazi
Klinik Meissenberg

ADHS bei Frauen – verzögerte Diagnostik und ihre Folgen

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gilt als eine der häufigsten neuropsychiatrischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Mittlerweile ist klar belegt, dass ADHS auch im Erwachsenenalter persistieren kann – insbesondere bei Frauen jedoch häufig erst spät oder gar nicht diagnostiziert wird. Diese Verzögerung hat erhebliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, Lebensqualität und soziale Teilhabe betroffener Frauen.

Die Prävalenz von ADHS im Erwachsenenalter wird auf rund 3–5 % geschätzt (Faraone et al., 2003). Entgegen früheren Annahmen zeigen neuere Studien keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der Prävalenz, jedoch sehr wohl in der Ausprägung der Symptomatik und dem Zeitpunkt der Diagnosestellung. Während Jungen im Kindesalter häufiger durch aggressives und hyperaktives Verhalten auffallen, zeigen Mädchen häufiger subtile Symptome wie Unaufmerksamkeit, Tagträumerei, starken Rededrang und Perfektionismus – was nicht richtig erkannt wird und zu einer späteren Diagnostik führt. Bei Frauen erfolgt die ADHS-Diagnose im Mittel deutlich später als bei Männern, häufig erst im Erwachsenenalter (Skoglund et al., 2024), was mit dem Risiko des Underachievements im Bildungskontext einhergeht. Frauen mit ADHS haben ein höheres Risiko für psychiatrische und somatische Komorbiditäten (O’Grady S. et al. 2021).

Diagnosekriterien, Komorbiditäten und zyklusbedingte Symptomveränderungen

ADHS ist eine klinische Diagnose, bei welcher eine somatische Diagnostik inkl. Labor erfolgen sollte, um organische, behandelbare Ursachen auszuschliessen. Vor Beginn einer Stimulanzientherapie sollte ein EKG durchgeführt werden. Nach ICD-11 Kriterien muss die Symptomatik vor dem 12. Lebensjahr beginnen, Beeinträchtigungen in mehreren Lebensbereichen erzeugen und mindestens sechs Monate anhalten. Die Diagnostik einer ADHS erfolgt auf Basis eines klinischen Urteils durch erfahrene Fachpersonen. Testpsychologische Verfahren (z.B. DIVA-5, HASE) können die klinische Beurteilung unterstützend ergänzen, sind jedoch gemäss den aktuellen Leitlinien für die Diagnosestellung nicht erforderlich. Ähnliches gilt für neuropsychologische Verfahren (z.B. TAP, Stroop-Test, d2-Test) sowie neurophysiologische Methoden (z. B. qEEG), die bei spezifischen Fragestellungen als ergänzende Instrumente hilfreich sein können, jedoch ebenfalls nicht vorausgesetzt werden.

Emotionale Dysregulation – obwohl kein offizielles ICD 11 Kriterium- ist bei Frauen mit ADHS ausgeprägt, sie geht mit raschen Stimmungsschwankungen und Reizbarkeit einher, die oft zyklusabhängig auftreten. Der “innere Motor”, die innere Unruhe, Impulsivität und Desorganisation führen zu Schwierigkeiten beim Zeitmanagement, Prioritätensetzung, Prokrastination, ineffizienter Arbeitsweise, „sich verzetteln“ und Reizüberflutung, was letztendlich in einer Überforderung im sozialen und beruflichen Kontext mündet. Dabei haben Frauen mit ADHS meist viele negative, selbstabwertende Gedanken “im Kopf”, was letztendlich in einem niedrigen Selbstwert resultiert. Trotzdem wird häufig durch perfektionistisches Verhalten als unbewusster Kompensationsmechanismus versucht, die Symptomatik zu maskieren, was zu chronischen Erschöpfung führt.

Die AHDS-Symptome können bei hormonellen Schwankungen wie prämenstruell, postpartum oder in der Perimenopause deutlich zunehmen (Dorani et al., 2021). Hier spielt die Wechselwirkung der Hormone mit dem Neurotransmitter Dopamin eine wichtige Rolle. In der 2. Zyklushälfte kann die AHDS-Symptomatik stärker ausgeprägt sein, sowie die Wirksamkeit der Stimulanzien abnehmen, so dass eine zykluskorrelierte Dosisanpassung der Medikation evaluiert werden sollte (de Jong et. al 2023).

Da ADHS in ca. 60% einen fluktuierenden Krankheitsverlauf aufweist (Sibley M.H. et al. 2022), ist es wichtig, im Krankheitsverlauf die Therapie der somatischen und psychiatrischen Komorbiditäten immer wieder neu zu evaluieren. Die Lebenserwartung ist bei Frauen mit ADHS um ca. 8 Jahre verkürzt, dies aufgrund von somatischen und psychiatrischen Begleiterkrankungen sowie Unfallfolge (O’Nions E. et al. 2025).

Frauen mit ADHS weisen eine hohe Komorbiditätsrate auf. Dazu zählen affektive Störungen (z. B. Depressionen, bipolare Störungen), Essstörungen (v. a. Binge Eating), Angststörungen, Zwangsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Studien zeigen, dass ADHS ein Risikofaktor für deren Entstehung ist. Ferner ist ADHS ein Risikofaktor für suizidales Verhalten – vor allem bei psychiatrischen komorbiden Störungen (Galéra et al., 2021). ADHS betroffene Frauen haben ein höheres Risiko für traumatische Lebensereignisse. Eine Komorbidität von ADHS und anderen psychiatrischen Erkrankungen benötigt besondere Beachtung, v. a. in Bereichen der Impulsivität und Suizidalität (Ziegler G.C. et al. 2024).

Neurobiologische und genetische Grundlagen von ADHS

ADHS wird als eine entwicklungsneurobiologische Störung verstanden, bei der insbesondere der präfrontale Cortex in seiner Reifung verzögert ist. Daraus resultiert eine Dysbalance der Neurotransmittersysteme – v. a. des dopaminergen und noradrenergen Systems. Genetische Prädispositionen spielen bei der Entwicklung einer ADHS eine entscheidende Rolle (Faraone et al., 2006). Weitere epigenetische Risikofaktoren sind u. a. intrauteriner Stress, Frühgeburtlichkeit, Nikotin-, Schwermetall- oder Alkoholexposition in der Schwangerschaft (Garcia-Serna et al., 2019).

Therapieansätze und geschlechtsspezifische Besonderheiten

Eine erfolgreiche Therapie erfordert einen ganzheitlichen und individuellen Ansatz. Im Vordergrund der Psychotherapie stehen Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie (CBT), ggf. dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) sowie alltagspraktisches Coaching. Regelmässiger Sport und strukturgebende Massnahmen wie Prioritätenlisten und Terminplanung wirken unterstützend. Meist ist es sinnvoll, das ganze Familiensystem zu unterstützen, da in der Regel mehrere Familienangehörige von ADHS betroffen sind. Im Alltag ergeben sich im Spannungsfeld von Familie, Beruf und Selbstanspruch erhebliche Belastungen mit Haushaltschaos, Terminversäumnissen und regelmässigen emotionalen Krisen am Abend, wenn alle müde sind. Die Pharmakotherapie ist ein wichtiger Pfeiler der ADHS-Therapie mit einer hohen Ansprechrate. Dabei sind Stimulanzien die 1. Wahl. Alternativen können Bupropion und Atomoxetin sein. Die Behandlung erfolgt stets individuell an die aktuelle Lebenssituation und Bedürfnisse angepasst. So haben Frauen häufig mehr Nebenwirkungen als Männer und benötigen oft geringere Dosierungen.

ADHS in der Schwangerschaft ist mit höherem Risiko von Frühgeburten sowie postnataler Depression verbunden und es können Probleme in der Mutter-Kind-Interaktion auftreten (Tachibana Y. et al. 2016). In der Schwangerschaft und Stillzeit ist daher bei der Medikation eine sorgfältige Risiko-Nutzen-Abwägung unabdingbar (Scoten O. et al. 2024).

ADHS bei Frauen stellt eine diagnostische und therapeutische Herausforderung dar. Die Symptomatik ist oft maskiert, die Komorbiditäten komplex, der Leidensdruck hoch. Eine frühzeitige Diagnostik und eine geschlechtssensible individuell angepasste Therapie sind entscheidend, um Lebensqualität, Bildungs- und Berufschancen sowie die Lebenserwartung der Betroffenen zu verbessern.

Literatur

Faraone S.V. et al. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review. Am J Psychiatry.

Faraone S.V. et al. (2006). Genetics of ADHD. Am J Psychiatry.

Galéra C. et al. (2021). ADHD and suicidal behavior: A meta-analysis. Am J Psychiatry.

Skoglund C. et al. (2024). Gender differences in ADHD diagnosis delay. Lancet Psychiatry

Scoten Olivia et al. (2024). Attention-deficit/hyperactivity disorder in pregnancy and the postpartum period. Am J Obst& Gynecol

Sibley Margaret H. et al. (2022). Variable patterns of remission from ADHD in the multimodal treatment study of ADHD. Am J Psychiatry

Garcia-Serna R. et al. (2019). Prenatal stress and ADHD. JAMA Psychiatry

Tachibana Y. et al. (2016). Maternal impulse control disability and developmental disorder traits are risk factor for child maltreatment. Scientific Reports

Dorani F. et al. (2021). ADHD and pregnancy outcomes. J Affect Disord

O'Grady S. et al. (2021). Long-term outcomes of females with ADHD: increased risk for self-harm. Br J Psychiatry

O'Nions E. et al. (2025). Life expectancy and years of life lost for adults with diagnosed ADHD in the UK: matched cohort study Cambridge University Press

Ziegler G.C. et al. (2024). Suicidal behavior in ADHD: the role of comorbidity, psychosocial adversity, personality and genetic factors. Discover mental health

De Jong M et al. (2023). Female-specific pharmacotherapy in ADHD: premenstrual adjustment of psychostimulant dosage. Frontiers in Psychiatry