



Julia Frey

Frauen mit ADHS

Diagnostik und Interventionen
in Therapie und Coaching



Frauen mit ADHS

Frauen mit ADHS

Julia Frey

Julia Frey

Frauen mit ADHS

Diagnostik und Interventionen in Therapie
und Coaching



Julia Frey, MSc, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP
E-Mail: julia.frey@hin.ch

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Der Verlag weist ausdrücklich darauf hin, dass im Text enthaltene externe Links vom Verlag nur bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses eingesehen werden konnten. Auf spätere Veränderungen hat der Verlag keinerlei Einfluss. Eine Haftung des Verlags ist daher ausgeschlossen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten.

Verantwortliche Person in der EU: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstraße 3, 37085 Göttingen, info@hogrefe.de

Anregungen und Zuschriften bitte an den Hersteller:

Hogrefe AG
Lektorat Psychologie
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Dr. Susanne Lauri, Wiebke Erchinger
Redaktionelle Bearbeitung: Tobias Gaudin, Gießen
Herstellung: René Tschirren
Umschlagabbildung: Getty Images/Klaus Vedfelt
Umschlaggestaltung: Hogrefe AG, Bern
Satz: Dörlemann Satz, Lemförde
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Multiprint Ltd., Kostinbrod
Printed in Bulgaria
Auf säurefreiem Papier gedruckt

1. Auflage 2026
© 2026 Hogrefe AG, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96403-4)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76403-0)
ISBN 978-3-456-86403-7
<https://doi.org/10.1024/86403-000>

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	11
Terminologie	15
Hinweise	17
<hr/>	
Teil 1:	
Grundlagen und Hintergründe	19
1 Verschiedene Perspektiven auf ADHS: Entwicklungsstörung oder Ausdruck neurobiologischer Vielfalt?	21
2 Frauen mit ADHS	27
2.1 Gender und Geschlecht	27
2.2 Klinischer Phänotyp	29
2.3 Hormonelle Einflüsse	41
2.4 Herausforderungen durch geschlechtsspezifische Rollenerwartungen ..	44
2.5 Fehlende oder späte Diagnosen und die Folgen davon	44
2.6 Sichtbarkeit: ADHS bei Frauen in den (sozialen) Medien	46
3 Diagnostische Verzerrungen: Mögliche Gründe, warum Mädchen und Frauen seltener oder später erkannt werden	49
3.1 Auf Jungen zugeschnittene Diagnosekriterien	49
3.2 Mädchen fallen weniger auf	52
3.3 Symptome werden kompensiert oder maskiert	60
3.4 Symptome werden anders interpretiert oder nicht ernst genommen	63
3.5 Diagnostische Überschattung und Fehldiagnosen	64

Teil 2:

Diagnostik	67
4 ADHS-Diagnostik	69
5 Diagnostische Abklärung bei Frauen mit Verdacht auf ADHS im Erwachsenenalter	71
5.1 Anamnese	72
5.2 Fragebogenverfahren und standardisierte Interviews und deren Interpretation unter geschlechtsspezifischen Aspekten	78
5.3 Interpretation der kognitiven Testbefunde	82
5.4 Verhaltensbeobachtung	86
6 Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen	89
6.1 Depression	91
6.2 Angst- und Zwangsstörungen	99
6.3 Autismus-Spektrums-Störungen	108
6.4 Persönlichkeitsstörungen: Fokus Borderline	119
6.5 Hochsensibilität	123
6.6 Hirnorganische Ursachen	124
7 Mutterschaft und Wechseljahre: Differenzialdiagnostik bei lebensphasenspezifischen Herausforderungen	129
7.1 Muttertät	130
7.2 Wechseljahre	133

Teil 3:

Nach der Diagnose	137
8 Therapie und Coaching bei ADHS: Grundlagen	139
8.1 Akzeptanz	140
8.2 Ressourcen stärken	141
8.3 Strategien und Anpassungen von Umgebungsfaktoren	141
8.4 Behandlung von Komorbiditäten	142
8.5 Weitere Aspekte in der Behandlung von ADHS	142
9 Medikamentöse Therapie	145

10 Leben mit ADHS: Herausforderungen, Ressourcen und therapeutische Interventionen	147
10.1 Selbstwert und ADHS	148
10.2 Mutterschaft und ADHS	151
10.3 Beziehungen und ADHS	165
10.4 Arbeitswelt und ADHS	170
10.5 Weibliche Sexualhormone und ADHS	178
<hr/>	
Anhang	187
Hinweise zum digitalen Zusatzmaterial	189
Selbstwert und ADHS	190
Mutterschaft und ADHS	192
Muttersein mit ADHS von Kind(ern) mit ADHS – zusätzliche Herausforderung	196
Beziehungen und ADHS	198
Arbeitswelt und ADHS	200
Weibliche Sexualhormone und ADHS	202
Schwangerschaft und ADHS	204
Perimenopause und ADHS	205
Literaturverzeichnis	207
Über die Autorin	227
Sachwortverzeichnis	228

Dank

Die Entstehung dieses Buches war eine Reise, auf der ich von vielen Menschen unterstützt wurde und die geprägt war von Begegnungen, Gesprächen und bereicherndem Austausch. Mein herzlicher Dank gilt allen, die mich dabei begleitet haben.

Ein großer Dank geht an Aude Arnoux, Silvia Cavelti, Yvonne Stäuble, Noemi Hurtado, Angela Häne, Andrea Kälin und Nora Lang für die fachlichen Inputs und wertvollen Rückmeldungen. Eure Expertise und ehrliche Meinung haben dieses Buch bereichert.

Danke an Wiebke Erchinger vom Hogrefe-Verlag für die Unterstützung und Begleitung während des gesamten Schreibprozesses.

Danke allen Freundinnen für den emotionalen Support, aufmunternde Worte und offene Ohren.

Mein ganz spezieller Dank gilt allen Frauen mit ADHS in meinem beruflichen und privaten Umfeld. Danke für eure Offenheit, das Teilen von Erfahrungen, Gedanken und Gefühlen, für das gegenseitige Unterstützen und Mut-Machen, für das gemeinsame Kämpfen, Ringen, Lachen und Leben.

Dieses Buch ist nicht nur das Ergebnis von wissenschaftlicher Recherche und klinischer Erfahrung, sondern auch von Gemeinschaft, Offenheit und gegenseitiger Unterstützung. Danke dafür.

Vorwort

Als Neuropsychologin beschäftige ich mich damit, wie das Gehirn mit dem Denken, Fühlen und Verhalten zusammenhängt und wie Menschen die Umwelt wahrnehmen und mit ihr interagieren. Während meiner langjährigen klinischen Tätigkeit durfte ich viele Menschen kennenlernen und begleiten, die aufgrund einer erworbenen Hirnschädigung oder eines neurodegenerativen Prozesses damit konfrontiert waren, dass ihr Gehirn nicht mehr so funktionierte, wie sie es gewohnt waren. Ich traf auch Personen, die seit jeher ein Gehirn haben, das etwas anders funktioniert als das vieler anderer. In der Folge stehen diese Menschen in unserer Gesellschaft, in der Normen oft sehr eng gefasst sind, häufig vor Herausforderungen. Für meine tägliche Arbeit ist dabei der Einbezug der individuellen Lebensrealitäten von Bedeutung, wobei diverse Aspekte durch das biologische und soziale Geschlecht – also sowohl körperliche als auch gesellschaftliche Faktoren – beeinflusst werden. Die Integration gendermedizinischer Perspektiven in die Neuropsychologie ermöglicht es, Diagnostik und Therapie gezielter zu gestalten und möglichst allen Patient:innen gerecht zu werden. Gendermedizinische Fragen wurden aber weder im Rahmen meiner universitären Ausbildung noch später in Weiterbildungen maßgeblich thematisiert. Erst durch meine eigene persönliche Auseinandersetzung mit Gleichstellungsfragen stieß ich auf gendermedizinische Inhalte, um bald festzustellen, dass diese für meinen beruflichen Alltag sehr bedeutsam sind. Es stimmte mich nachdenklich, dass mir viele Dinge so lange nicht bewusst waren. Dabei ist es relevant zu wissen, dass Frauen oft nicht in Studien eingeschlossen oder Diagnosekriterien hauptsächlich aufgrund von an Männern beobachteten Symptomen formuliert werden; dass gewisse Störungen oder Erkrankungen bei Frauen häufiger vorkommen; dass für Frauen andere Risikofaktoren von Bedeutung sind oder dass einige Störungen und Erkrankungen bei Frauen seltener erkannt werden. Das fehlende Wissen über Geschlech-

terunterschiede hat negative Auswirkungen auf Präventionsstrategien, diagnostische Verfahren und Therapieinterventionen. Als Fachperson muss ich wissen, dass sich ADHS bei Frauen anders zeigen kann als bei Männern. Ich muss wissen, dass hormonelle Schwankungen einen Einfluss auf die Kognition haben, vorbestehende Symptome verstärken oder das Aufflammen einer Erkrankung begünstigen können. Und ich muss wissen, dass das Thematisieren von Demenzprävention für Frauen einen anderen Stellenwert als für Männer hat, schlicht da sie das größere Risiko haben, im Verlauf ihres Lebens an Alzheimer zu erkranken.

Wir alle haben stereotype Annahmen und Vorurteile verinnerlicht, welche unseren Alltag und in meinem Kontext die diagnostische und therapeutische Arbeit beeinflussen. Diese Vorurteile beziehen sich nicht nur auf das Geschlecht, sondern umfassen viele im medizinischen Bereich verbreitete Diskriminierungsformen wie beispielsweise Rassismus, Ageismus, Ableismus oder auch die Diskriminierung aufgrund von Armut oder Gewicht. Sich als Fachpersonen kontinuierlich mit diesen Themen auseinanderzusetzen und die eigene Haltung immer wieder zu reflektieren, bildet die Grundlage dafür, Menschen möglichst unvoreingenommen zu begegnen und den Einfluss auf Diagnostik und Behandlung durch Vorurteile oder stereotype Annahmen möglichst zu reduzieren. Wir alle können dabei täglich dazulernen.

Durch meine persönlichen Erfahrungen mit dem Thema ADHS und die zahlreichen, oft sehr berührenden Begegnungen sowie die ebenso frustrierenden Geschichten von Frauen, bei denen ADHS erst im Erwachsenenalter diagnostiziert wurde, entwickelte ich rasch ein großes Interesse an diesem Thema. Noch immer werden Frauen mit ADHS im Erwachsenenalter oft nicht erkannt. Eine korrekte Diagnose zu haben, ist aber nicht einfach ein „Nice-to-have“. Immer wieder erlebe ich, was es bedeuten kann, nach einem langen, von Selbstabwertung, Erschöpfung, Überforderung oder Selbstzweifeln geprägten Weg endlich eine Erklärung zu finden. Verständnis für sich und bisherige Erfahrungen, vielleicht für Krisen, unerfüllte Träume oder schwierige Beziehungen zu entwickeln. Und immer wieder sehe ich auch den Frust darüber, nicht früher erkannt worden zu sein, aufreibende Fragen, was hätte anders laufen oder was einem hätte erspart bleiben können, und auch Traurigkeit darüber, wie man viele Jahre mit sich selbst aufgrund des fehlenden Wissens und Verständnisses umgegangen ist.

Selbstverständlich haben nicht alle Frauen, die zur Abklärung kommen, eine ADHS. Doch auch wenn keine ADHS-Diagnose gestellt wird, erleben viele Frauen eine neue Klarheit, wenn gemeinsam und sorgfältig nach möglichen anderen Ursachen für ihre Schwierigkeiten gesucht wird. Dabei zeichnen sich oft alternative Wege und Richtungen ab, wie sie auch ohne die Diagnose weitergehen können.

Wird eine ADHS-Diagnose gestellt, ist dies für Frauen oft der Ausgangspunkt für eine persönliche Reise, auf der sie sich selbst besser kennenlernen und neue Möglichkeiten im Umgang mit ihren Schwierigkeiten entdecken. Für Frauen mit ADHS gibt es sowohl gesellschaftlich als auch biologisch bedingte Herausforderungen, welche häufig auch in einer Therapie oder einem Coaching zum Thema werden. Neben hormonellen Einflüssen, die sich auf die Symptomatik auswirken können, bringen auch gesellschaftliche Rollenerwartungen spezifische Herausforderungen mit sich – sei es in Partnerschaften, im Berufsleben oder in der Mutterschaft.

Mir ist es in der Begleitung von Frauen mit ADHS ein Anliegen, nicht nur Strategien zu erarbeiten, wie sie sich besser an gesellschaftliche Erwartungen anpassen können. In bestimmten Bereichen kann es durchaus hilfreich sein, über Strategien zu verfügen, um im Alltag einfacher und mit weniger Energieaufwand zurechtzukommen. Doch das Ziel sollte nicht sein, sich optimieren zu müssen, um möglichst alle gängigen gesellschaftlichen Erwartungen zu erfüllen. Frauen mit ADHS sollten meiner Überzeugung nach nicht lernen, so zu funktionieren, als wären sie Frauen ohne ADHS. Statt sich weiter ständig zu verbiegen und anzupassen, können sie üben, sich mit allen Stärken und Schwächen anzunehmen, sich selbst mit Mitgefühl zu begegnen und die eigenen Fähigkeiten zu erkennen und zu nutzen. Dazu gehört auch, sich selbst besser kennenzulernen, eigene – oft gesellschaftlich geprägte – (Rollen-)Erwartungen zu hinterfragen und vielleicht loszulassen und ein Umfeld zu gestalten, in dem man authentisch leben kann. Jede Frau geht dabei ihren eigenen Weg, mit individuellen Spielräumen, Ressourcen und Möglichkeiten. Das Loslassen von Erwartungen und das Annehmen von Unterstützung und Entlastung hängen dabei stets auch von persönlichen Privilegien sowie von sozialen und strukturellen Rahmenbedingungen ab. Die Begleitung orientiert sich also immer an den individuellen Zielen, Bedürfnissen und Voraussetzungen der Frau – sie gibt die Richtung vor, während sie unterstützend auf ihrem Weg begleitet werden können.

ADHS bei Frauen erhält in den (sozialen) Medien zunehmend Aufmerksamkeit. Dennoch gibt es bislang wenig Literatur für Fachpersonen, was im diagnostischen Prozess speziell beachtet werden kann oder welche Interventionen für Frauen unter Mitberücksichtigung gesellschaftlicher und biologischer Aspekte hilfreich sein können. Es ist mir ein Herzensanliegen, in diesem Buch mein Wissen sowie meine Erkenntnisse und Erfahrungen weiterzugeben, um so einen Beitrag für Betroffene und Interessierte zu leisten und hoffentlich neue Perspektiven zu eröffnen.

Terminologie

In diesem Buch verwende ich den Begriff „Frau“ für alle Personen, die sich als Frau identifizieren – unabhängig von ihrem zugewiesenen biologischen Geschlecht. Gleichzeitig sind im Zusammenhang mit hormonellen Einflüssen alle Personen gemeint, welche menstruieren, schwanger werden oder in den Wechseljahren sind. Das können beispielsweise auch nonbinäre Personen oder trans Männer sein.

Für Frauen und weiblich gelesene Personen gibt es Bedingungen, die historisch gewachsen sind und ganz spezifische Herausforderungen mit sich bringen. Diese betreffen medizinische und gesellschaftliche Bereiche, die auch in diesem Buch beleuchtet werden. Die gendermedizinische Perspektive berücksichtigt dabei biologische und psychosoziale Faktoren und deckt allgemeine Auswirkungen auf Diagnostik und Therapie auf, die aus der Betrachtung des *weißen*¹ Mannes als Norm resultieren und die weit über Geschlechterunterschiede hinausgehen. Diese teilweise vereinfachten und wenig präzisen binären Geschlechterzuschreibungen, wie sie auch in diesem Buch zu finden sind, können also ein erster Schritt sein, um schließlich vielfältige Ungleichheiten in der Medizin sichtbar zu machen. Ein Schritt in die Richtung einer intersektionalen und inklusiven Medizin, die nicht nur Geschlecht, sondern auch Alter, ethnische Zugehörigkeit, sozioökonomischen Status und andere Faktoren als miteinander verwobene Diskriminierungsfaktoren erkennt – und damit zeigt, wie individuelle Lebensrealitäten systematisch in Diagnostik und Therapie einfließen müssen.

1 In Anlehnung an das Glossar für inklusive Sprache (Amnesty International, 2022) wird *weiß* in dieser Publikation klein und kursiv geschrieben, um die Konstruktion des Begriffs hervorzuheben, der keine biologische Eigenschaft bezeichnet, sondern eine politische und soziale Position ist, die mit Privilegien und Dominanz verbunden ist und Personen ohne Rassismuserfahrungen bezeichnet. Zudem wird „Schwarz“ großgeschrieben, um zu verdeutlichen, dass es sich um ein konstruiertes Zuordnungsmuster und keine reelle Eigenschaft handelt, die auf die Farbe der Haut zurückzuführen ist, sondern eine von Rassismus betroffene gesellschaftliche Position in der Gesellschaft beschreibt.

Hinweise

„Aus dem Alltag“

Alle Erzählungen unter dem Titel „Aus dem Alltag“ basieren auf echten Erfahrungen und Erlebnissen von Patientinnen. Um die Vertraulichkeit zu wahren, wurden alle Fälle so angepasst, dass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind. Namen, Details und Umstände wurden verändert oder zusammengefasst, sodass die Anonymität der Betroffenen vollständig gewährleistet ist.

Fallbeispiele

Die differenzialdiagnostischen Fallbeispiele sind aus Gründen der Übersichtlichkeit verkürzt und vereinfacht dargestellt und dienen der Veranschaulichung. Teilweise wurden Informationen ausgelassen, um den Umfang zu begrenzen. In der klinischen Praxis müssen im Einzelfall stets alle relevanten Angaben individuell berücksichtigt werden.

Teil 1: Grundlagen und Hintergründe

1

Verschiedene Perspektiven auf ADHS: Entwicklungsstörung oder Ausdruck neurobiologischer Vielfalt?

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine neurologische Entwicklungsvariante, die vor allem durch Auffälligkeiten in den Bereichen Aufmerksamkeit, Aktivitätsniveau und Impulskontrolle in Erscheinung tritt und familiär gehäuft vorkommt. Zwillingsstudien weisen auf eine hohe Erbllichkeit von über 70 % hin, wobei nicht ein einzelnes, sondern mehrere Gene an der Entstehung beteiligt zu sein scheinen (Faraone et al., 2005). Die Ätiologie gilt als multifaktoriell: Neben genetischen Faktoren spielen auch prä-, peri- und postnatale Umweltfaktoren wie beispielsweise ein niedriges Geburtsgewicht, Geburtskomplikationen oder frühe Infektionen bei der Entstehung von ADHS eine Rolle.

Entgegen früheren Annahmen betrifft ADHS nicht nur „zappelige“ Jungen, sondern auch Mädchen mit weniger auffälligen Symptomen. Zudem wächst sich ADHS mehrheitlich nicht aus, sondern persistiert häufig bis ins Erwachsenenalter. Daten weisen auf eine Persistenzrate von bis zu 55 % hin (Di Lorenzo et al., 2021). Die Symptome bestehen demnach weiterhin und beeinflussen auch im Erwachsenenalter zahlreiche Lebensbereiche wie Beruf, Beziehungen, Freundschaften und Elternschaft. Aufgrund dieser Erkenntnisse ist ADHS im Erwachsenenalter und speziell auch ADHS bei Frauen in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus gerückt.

Im DSM-5 (APA, 2013) und neu in der ICD-11 (WHO, 2021) wird die ADHS neben etwa der Autismus-Spektrum-Störung (ASS), den Störungen der Intelligenzentwicklung, den Sprech- und Sprachstörungen oder spezifischen Lernstörungen unter den neuronalen Entwicklungsstörungen (*neurodevelopmental disorders*) aufgeführt. Der darin enthaltene Begriff der Entwicklung beschreibt einen dynamischen Reifungsprozess, der teilweise genetisch vorbestimmt, teilweise aber auch durch Umwelteinflüsse und biografische Ereignisse geprägt wird. Aus entwicklungspsychologischer Perspektive stehen dabei phänomenologische und psy-

chodynamische Aspekte im Vordergrund. Also Fragen, wann im Lebensverlauf sich welche Fähigkeiten entwickeln und welche Erlebnisse welche Auswirkungen auf den Entwicklungsprozess haben (Tebartz van Elst, 2023b). Ist von neuronalen Entwicklungsstörungen die Rede, ist damit eine von den typischerweise zu erwartenden, altersentsprechenden Reifungsprozessen abweichende Hirnentwicklung gemeint. Neurobiologisch ist dies im Sinne von kleineren strukturellen und funktionellen Unterschieden zwischen Personen mit und ohne ADHS und veränderten biochemischen Mechanismen in dopaminergen, noradrenergen und serotonergen Neurotransmittersystemen abbildbar (MacDonald, Kleppe, Szigetvari & Haavik, 2024; Jackson, Riley & Overton, 2025). Diese Auffälligkeiten sind in der Regel aber diskret, und Menschen mit ADHS sind dadurch nicht kategorial von solchen ohne ADHS zu unterscheiden. Die nur subtilen Gruppenunterschiede und Überschneidungen zwischen Personen mit und ohne ADHS bei funktionellen Veränderungen neuronaler Netzwerke weisen dabei auf ein Kontinuum der klinischen Phänotypen hin (Norman, Sudre, Price, Shastri & Shaw, 2023).

Bei ADHS und auch anderen neuronalen Entwicklungsstörungen handelt es sich um eine bestimmte Art zu funktionieren, die das Leben eines Menschen meist kontinuierlich und in verschiedenen Lebensbereichen prägt – wie ein roter Faden, der sich durch alle Lebensphasen zieht. Je nach Schweregrad der Ausprägung und abhängig von unterstützenden oder nachteiligen Faktoren wie dem allgemeinen Intelligenzniveau oder familiären und sozialen Gegebenheiten kann dies früher oder später auffallen oder zu Schwierigkeiten führen. Laut den Diagnosemanualen ICD-11 (WHO, 2021) und DSM-5 (APA, 2015) sollten bei der ADHS zumindest einige Merkmale bereits vor dem 12. Lebensjahr erstmals beobachtbar sein. Diese Besonderheiten in den Bereichen Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität stellen eine „individuelle Basisstruktur“ (vgl. Tebartz van Elst, 2023a) oder umgangssprachlich ausgedrückt das „Betriebssystem“ dar. Dadurch werden Wahrnehmung, Lernen, Verhaltensmuster und soziale Interaktionen im Verlauf des Lebens mitbeeinflusst. Abhängig von Kontextfaktoren, auf die eine Person trifft, kann dieses Betriebssystem mal eher limitierend und mal eher hilfreich und mit mehr oder weniger Schwierigkeiten und Leiden assoziiert sein. Der durch ADHS verursachte Leidensdruck entsteht häufig nicht nur durch die ADHS-Merkmale an sich, sondern auch durch die Reaktionen und den Umgang der Gesellschaft damit sowie durch die Erwartungen, die Betroffene entweder verinnerlicht haben oder die von außen an sie herangetragen werden.

Bei der ASS ist der Begriff des *broader autism phenotype* geläufig, also das subklinische Vorliegen autistischer Merkmale, ohne dass die Diagnosekriterien erfüllt sind. Auch wenn dies für die ADHS im Sinne eines *broader ADHD phenotype*

noch nicht etabliert ist, wird dennoch eine entsprechende Analogie vorgeschlagen (Tebartz van Elst, 2023a, S. 158 f.). Damit wird eine Normvariante, also eine häufig vorkommende Abweichung der Norm ohne Krankheitswert, beschrieben. Nicht selten lassen sich bei Personen zwar ganz klar ADHS-typische Merkmale beobachten, ohne dass aber eine Diagnosestellung gerechtfertigt ist. Dabei ist entscheidend, dass auch eine subsyndromale Ausprägung im Sinne einer „ADHS-Persönlichkeitsstruktur“ und die damit einhergehenden Herausforderungen erkannt und entsprechend eingeordnet werden. Sowohl auf Basis einer syndromalen als auch einer subsyndromalen ADHS-Symptomatik können psychische Folgeerkrankungen wie Angststörungen, Depressionen oder Süchte entstehen. Wenn die psychische Erkrankung eine Folge der ADHS-Persönlichkeitsstruktur ist, muss diese unabhängig davon, ob es sich um eine ADHS oder eine Normvariante handelt, als Basis für die Entwicklung der sekundären Folgen verstanden werden (Tebartz van Elst, 2023a).

Neben der in der Klinik üblichen Terminologie der neuronalen Entwicklungsstörung begegnet man im Zusammenhang mit ADHS immer häufiger den Begriffen „Neurodiversität“ und „Neurodivergenz“. Der Terminus „Neurodiversität“ wird zwar mit der australischen Sozialwissenschaftlerin Judy Singer (1999) in Verbindung gebracht, entstand jedoch am ehesten kollektiv durch den Austausch in Communitys von Autist:innen und ist nicht einer einzelnen Autorin zuzuschreiben (Botha et al., 2024). Die Grundannahme beruht dabei darauf, dass Vielfalt in der Entwicklung eine Selbstverständlichkeit ist. Analog zur allgemeinen Biodiversität ist auch die neurologische Entwicklung des menschlichen Gehirns in einem natürlichen Sinn vielfältig. Diese Prämisse der selbstverständlichen Diversität lässt sich unter dem Leitgedanken „anders, nicht falsch“ zusammenfassen. Neurodiversität beschreibt also die natürliche und wertvolle Vielfalt menschlicher Gehirnentwicklung und -funktion. In diesem breiten Spektrum unterschiedlicher Entwicklungen zeigen die meisten Menschen in den Bereichen Kommunikation, Wahrnehmung, Lernen und Reizverarbeitung ähnliche Muster – dies wird als neurotypisch definiert. Das heißt, sie entsprechen den gesellschaftlich konstruierten Normen und verhalten sich entsprechend den üblicherweise geltenden Erwartungen. Gehen aber Erwartung und Verhalten auseinander, wird dies im Sinne der herkömmlichen Wortbedeutung als Divergenz bezeichnet (Divergenz=Auseinandergehen). Weicht also die Funktionsweise des Gehirns von der neurotypischen Funktionsweise ab, wird von Neurodivergenz gesprochen. In den Bereich der Neurodivergenz fallen unter anderem die zuvor genannten Syndrome wie Autismus-Spektrums-Störungen und ADHS, die im klinisch-diagnostischen Kontext als Entwicklungsstörungen definiert sind. Das Konzept der Neurodiver-

genz soll dabei aber einen inklusiveren Ansatz verfolgen und mehr sein als nur ein Synonym für Entwicklungsstörungen. Abweichungen von der Norm werden dabei nicht als negativ oder falsch bewertet. Vielmehr geht es darum, Ausgrenzung und Stigmatisierung zu vermeiden sowie Vorurteile und Diskriminierung abzubauen. Das Ziel ist, Menschen unabhängig von ihrer neuronalen Funktionsweise mit all ihren Stärken und Schwächen wahrzunehmen und ihnen nicht nur Akzeptanz entgegenzubringen, sondern echte Teilhabe in der Gesellschaft zu ermöglichen.

Wenn von Normen und Normabweichungen die Rede ist, muss auch hinterfragt werden, was als „normal“ betrachtet wird. Dabei gibt es neben einem statistischen Normbereich auch eine soziale Norm, welche sich am von einer Gesellschaft erwünschten Verhalten orientiert. Welches Verhalten dabei als erwünscht gilt, ist kulturell geprägt und wird von Interessen der Mehrheiten oder Macht-habenden definiert (Tebartz van Elst, 2023a). Das kann bedeuten, dass gewisse Werte und Lebensweisen von Minderheiten und Randgruppen ignoriert werden. Was als Störung oder Krankheit gilt, hängt also stets von Umgebungsfaktoren sowie gesellschaftlichen und kulturellen Konstrukten ab und kann sich im Zuge gesellschaftlichen Wandels verändern. Als Beispiele dienen die Homosexualität, welche von der WHO bis 1990 als psychische Störung gewertet wurde, oder die Transidentität, die bis zur Einführung des ICD-11 als „Störung der Geschlechts-identität“ ebenfalls als psychische Erkrankung betrachtet wurde.

Was als Störung, als normal, als Ausdruck natürlicher Vielfalt oder als evolutionärer Vorteil gilt, ist nicht starr, sondern unterliegt ständigen Veränderungen und Neubewertungen. Unter bestimmten Bedingungen und abhängig von den Anforderungen der jeweiligen Zeit können ADHS-Merkmale beispielsweise sehr hilfreich und adaptiv sein. So könnten in der Steinzeit ein sehr breiter Aufmerksamkeitsfokus sowie eine Hyperaktivität lebenswichtig gewesen sein (Hartmann, 1997), wogegen sich im 21. Jahrhundert je nach schulischem oder beruflichem Umfeld ebendiese Merkmale als störend oder limitierend erweisen können. Oder wie Elle es im Buch *Aspergirls* (Simone, 2022, S. 257) im Zusammenhang mit ASS beschreibt:

„Heutzutage wird Asperger infolge der sozialen Forderungen der Gesellschaft (flexibel, kommunikativ, durchsetzungsfähig usw. zu sein) gewöhnlich als Behinderung betrachtet. In einer anderen Zeit, in der man andere Merkmale geschätzt hat (beispielsweise Verlässlichkeit, den ganzen Tag monotone, sich wiederholende Tätigkeiten auszuführen, oder Alleinsein) hätte man darin vielleicht eine Gabe gesehen.“

Wenn Andersartigkeit akzeptiert und darüber hinaus auch geschätzt wird, kann Neurodiversität eine große Bereicherung für die Gesellschaft sein. Neurologische Vielfalt innerhalb einer Gruppe kann sich mitunter positiv auf die Kreativität auswirken und somit einen Vorteil darstellen (Axbey, Beckmann, Fletcher-Watson, Tullo & Crompton, 2023). Studien zeigen zudem, dass Autist:innen und andere neurodivergente Personen in der Arbeitswelt oft durch besondere Stärken, die neben der Kreativität auch im Bereich der Fokussierung, Gedächtnisleistung und Effizienz liegen, auffallen (Cope & Remington, 2022). Es soll aber nicht darum gehen, Stärken einzig unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit zu untersuchen, sondern die positiven Aspekte in allen Lebensbereichen und in erster Linie für die Betroffenen selbst zu beleuchten. Ebenfalls geht es nicht darum, Neurodivergenz unkritisch als Superkraft zu idealisieren. Dies wird den realen Herausforderungen neurodivergenter Menschen im Alltag und im Umgang mit gesellschaftlichen Erwartungen nicht gerecht, zumal sich ADHS bei allen anders zeigen kann. Weder erkennen sich alle in den häufig genannten Stärken wieder, noch leiden alle unter den gleichen Herausforderungen. Vielmehr soll der Fokus auf einer Balance zwischen dem Respektieren von individuellen Schwierigkeiten und dem Erkennen und Fördern eigener Ressourcen und Stärken liegen.

Menschen mit ADHS sind bis heute unverändert mit vielen Stigmata konfrontiert (Bisset et al., 2022), was einen wesentlichen Teil zum Leidensdruck beitragen kann. Empfinden Betroffene eine Diagnose als negativ, führen sie dies mitunter auf die erlebte Stigmatisierung zurück (Babinski & Libsack, 2024). Neben gesellschaftlichen Vorurteilen und dem entsprechenden Verhalten transportiert auch die Haltung von Fachpersonen Annahmen über neurodivergente Menschen. Es lohnt sich, die eigene Haltung sowie den Umgang mit sprachlichen Ausdrücken zu reflektieren. Folgende Vorschläge für Formulierungsmöglichkeiten finden sich beispielsweise im Buch der Autistin, Autorin und Künstlerin Maria Zimmermann (2023):

- „Entdeckung“ statt „Diagnose“
- „Merkmal“ statt „Symptom“
- „Eigenheit“ statt „Schwierigkeit“
- „kompliziert“ statt „erschwert“

Durch die Verwendung alternativer Begriffe kann sich der Blick von einer pathologisierenden und defizitorientierten Perspektive lösen und stattdessen ein wertschätzender Umgang mit Vielfalt und Andersartigkeit entstehen. Im diagnostischen Prozess und in der Berichterstattung werden dennoch mehrheitlich herkömmliche Begriffe wie „Störung“, „Symptom“ und „Diagnose“ verwendet: In

Anlehnung an die Diagnosekriterien werden die im Vordergrund stehenden Schwierigkeiten und Einschränkungen zu Symptomen zusammenfasst und gegebenenfalls in der Folge eine Störung diagnostiziert. Daneben können und sollen natürlich auch Stärken und Ressourcen berücksichtigt und erfragt werden. Auch kann im Austausch mit Patient:innen und Fachkolleg:innen trotz des meist defizitorientierten Vorgehens eine wertfreie Sprache und Haltung verwendet und gelebt werden.

Durch die Normalisierung von Andersartigkeit sollen nicht per se ein Krankheitswert oder eine durch den Kontext entstehende Behinderung abgesprochen werden. Dadurch würden für die Betroffenen wichtige und gerade aufgrund der gesellschaftlichen und (versicherungs-)medizinischen Strukturen nötige Maßnahmen in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Unterstützung wegfallen. Die grundlegende Anerkennung und Wertschätzung von Vielfalt und Andersartigkeit und das gleichzeitige Erkennen von Leidensdruck und Einschränkungen, die Unterstützung erfordern, schließen sich dabei gegenseitig nicht aus.

Die Begriffe „neurodivers“, „neurotypisch“ und „neurodivergent“ werden bei mehrheitlich noch fehlenden wissenschaftlich allgemeingültigen Definitionen nicht einheitlich gebraucht. Da es sich um ein sehr dynamisches Feld handelt, ist davon auszugehen, dass diese Begrifflichkeiten zukünftig verändert, weiterentwickelt und präzisiert werden.

2

Frauen mit ADHS

ADHS bei Frauen ist ein bislang oft übersehenes Thema, das trotz seiner hohen Relevanz lange nicht die nötige Aufmerksamkeit erhalten hat. Die Auseinandersetzung damit beginnt mit einer Klärung der Begriffe *Geschlecht* und *Gender*, da beide Dimensionen Einfluss darauf haben können, wie ADHS diagnostiziert und erlebt wird. Im Mittelpunkt steht der klinische Phänotyp von Frauen mit ADHS, wobei anhand von Beispielen und persönlichen Aussagen die Lebensrealitäten dieser Frauen sichtbar werden. Dabei spielen hormonelle Einflüsse eine Rolle, die mitunter das Erscheinungsbild von ADHS im Verlauf des Lebens beeinflussen können. Zudem werden einerseits die weitreichenden Folgen verspäteter oder ausbleibender Diagnosen und andererseits die oftmals positiven Auswirkungen einer entdeckten ADHS besprochen. Dies unterstreicht, weshalb das Thema ADHS bei Frauen von grundlegender wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Bedeutung ist.

2.1 Gender und Geschlecht

Wenn über Frauen mit ADHS gesprochen wird, ist es sinnvoll, zunächst die Begriffe „Geschlecht“ und „Gender“ zu klären. Während das Geschlecht biologische Merkmale wie hormonelle oder genetische Faktoren umfasst, beschreibt „Gender“ sozial konstruierte Geschlechtsaspekte. Im ADHS-Kontext spielen bei diagnostischen und therapeutischen Prozessen sowohl biologische als auch soziale Einflüsse eine Rolle.

Das biologische Geschlecht wird der Person meist spätestens bei der Geburt zugewiesen. Neben den klar weiblichen oder klar männlichen Personen gibt es auch die Zwischengeschlechtlichkeit, wobei bis zu 2% der Menschen intersexu-

elle Merkmale aufweisen können (Blackless et al., 2000). Unterdessen werden aufgrund akademischer Forschung in unter anderem neurowissenschaftlichen, verhaltensneuroendokrinen und psychologischen Disziplinen binäre Geschlechtermodelle grundlegend infrage gestellt (Hyde, Bigler, Joel, Tate & van Anders, 2019). Es besteht zunehmend Konsens darüber, dass das biologische Geschlecht keine binäre Kategorie ist und es mehr als zwei Geschlechter gibt. Somit sind auch biologische Geschlechtseinflüsse auf beispielsweise das Verhalten oder auch auf die Entstehung, Diagnostik und Behandlung von Krankheiten oder Störungen nicht immer dichotom einteilbar.

Neben biologischen Faktoren wirken sich auch soziale Aspekte im Zusammenhang mit gesellschaftlich definierten und erlernten Geschlechterrollen mitunter auf das Verhalten und die Wahrnehmung aus. Die Erwartungen, wie sich Männer oder Frauen verhalten sollten und welche Eigenschaften ihnen zugeschrieben werden, beruhen größtenteils auf gesellschaftlich geteilten und tief verankerten Vorstellungen und Annahmen.

Beide Ebenen – die biologische und die soziale – wirken nicht unabhängig voneinander, sondern beeinflussen sich auch gegenseitig: Biologische Faktoren können das Verhalten beeinflussen, während sich gesellschaftliche Erwartungen und Erfahrungen wiederum auf die Biologie auswirken können.

Gehirne von männlichen und weiblichen Neugeborenen unterscheiden sich hinsichtlich Struktur und Funktionsweise nicht maßgeblich. Einzig ist das Gehirn bei männlichen Babys im Durchschnitt etwas größer (Gilmore, Knickmeyer & Gao, 2018). Daphna Joel, Neurowissenschaftlerin und Expertin auf dem Gebiet Gehirn, Geschlecht und Gender, kommt zum Schluss, dass durchschnittliche geschlechtsbedingte Unterschiede im Gehirn in Bezug auf Mikroanatomie, Rezeptordichte oder Neurotransmittersysteme gering sind (Joel, 2021). Das menschliche Gehirn kann als ein individuelles Mosaik angesehen werden, welches stets sowohl aus „männlichen“ als auch „weiblichen“ Merkmalen besteht, was eine binäre Einteilung in ein männliches oder weibliches Gehirn nicht sinnvoll erscheinen lässt. Gleichzeitig können sich biologische Komponenten wie Sexualhormone auf das Gehirn auswirken. Im Zusammenhang mit ADHS spielen beispielsweise weibliche Zyklushormone eine Rolle, welche mitunter ADHS-Symptome beeinflussen können. Viele Frauen erleben kurz vor der Menstruation oder in den Wechseljahren ausgeprägtere kognitive ADHS-Symptome (Dorani, Bijlenga, Beekman, van Someren & Kooij, 2021), wobei eine Verbindung mit dem Abfall von Östrogen vermutet wird. Zudem ist das Gehirn durch Erfahrungen und Umwelteinflüsse veränderbar und formbar und auch mit Gender zusammenhängende Erwartungen prägen das Gehirn (Joel, 2021) und das Verhalten. Kinder lernen durch

Rückmeldungen bereits früh, welche Verhaltensweisen von ihrer Umgebung erwünscht sind und welche nicht. Die Entwicklung von Geschlechterrollen wird dabei unter anderem durch Einstellungen und Verhaltensweisen der Eltern geprägt. Sie geben ihre eigenen Vorstellungen sowohl offen als auch auf subtile Weise an ihre Kinder weiter, wodurch rollenkonformes Verhalten bei den Kindern gefördert und verstärkt wird (Witt, 1997). Stereotype Erwartungen, die angesichts der eigenen Geschlechtsidentität bestehen, beeinflussen dabei beispielsweise das Niveau der erbrachten Leistung (McGlone & Aronson, 2006) sowie für welche Aktivitäten oder Themen sich Kinder interessieren (Master, Meltzoff & Cheryan, 2021). In Bezug auf ADHS bei Frauen sind es solche Genderaspekte, die als mögliche Ursache für fehlende oder erst spät gestellte Diagnosen diskutiert werden. Die geschlechtsspezifische Sozialisierung und geschlechtstypische Rollenerwartungen können dazu führen, dass Mädchen sich anders verhalten als Jungen und somit beispielsweise dem Bild des (männlichen) „Zappelphilipps“ weniger entsprechen.

2.2 Klinischer Phänotyp

ADHS umfasst in erster Linie Verhaltensmerkmale in den beiden Bereichen Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität. Bei Personen mit ADHS können entweder vorwiegend Merkmale aus dem Bereich der Unaufmerksamkeit oder hauptsächlich Merkmale aus dem Bereich der Hyperaktivität/Impulsivität vorliegen oder wie bei der Mehrheit der Betroffenen Merkmale aus beiden Domänen vorkommen. Im Folgenden werden die Merkmale genauer beschrieben und zusätzliche, häufig bei ADHS vorkommende Eigenschaften behandelt, welche nicht explizit in den Diagnosekriterien aufgeführt sind. Zudem werden neben den Schwierigkeiten auch oft beobachtete Stärken erwähnt. Dabei kommen immer wieder Frauen mit ADHS zu Wort, welche ihre Erfahrungen aus dem Alltag teilen und so Einblick in ihre Lebensrealitäten gewähren.

2.2.1 Unaufmerksamkeit

Unaufmerksamkeit ist ein Kernsymptom der ADHS. Dabei ist wichtig festzuhalten, dass Menschen mit ADHS nicht generell unaufmerksam sind, sondern dass die Schwierigkeit insbesondere darin liegt, die Aufmerksamkeit willentlich zu lenken. Sie können sich also je nach Situation und vor allem abhängig vom Interesse durchaus gut und teilweise auch lange konzentrieren, aber nur bedingt vorsätzlich steuern, worauf der Fokus gerichtet werden soll. Die Aufmerksamkeit ist eher

breit gestreut, was insbesondere in Situationen problematisch ist, in denen der Fokus auf eine spezifische Aufgabe gelenkt werden soll. Oft bestehen Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit über eine längere Zeit aufrechtzuerhalten. Die Konzentration bei einer Aufgabe oder einer Tätigkeit lässt schnell nach, es tritt rasch ein Gefühl von Langeweile auf, und folglich schweifen die Gedanken ab. Das Hirn ist ständig auf der Suche nach neuen, spannenderen Reizen.

Aus dem Alltag

Meine Aufmerksamkeitsspanne ist sehr kurz. Das merke ich nicht nur bei der Arbeit, wo es mir schwerfällt, an längeren Texten zu arbeiten, sondern auch zu Hause. Wenn meine Partnerin oder mein Kind mir etwas erzählen, schweife ich gedanklich oft sehr schnell ab. Wenn in der Erzählung ein bestimmtes Stichwort fällt oder ich einen Gegenstand in der Umgebung wahrnehme, kommen mir dazu sofort ganz viele Dinge in den Sinn: Sachen, die ich noch machen sollte, alte Geschichten oder etwas, was ich noch erzählen möchte. Ich hänge dann meinen Gedanken nach. Oftmals bin ich nicht bei der Sache. Später merke ich, dass ich nicht zugehört habe, was mir dann leidtut, da ich mich ja eigentlich für das Leben und die Geschichten meiner Familie interessiere. Nachher versuche ich meist, zu vertuschen, dass ich nicht zugehört habe, oder mit möglichst unverfänglichen Fragen herauszufinden, was ich verpasst habe, ohne dass die erzählende Person merkt, dass ich nicht zugehört habe.

Eine erhöhte Ablenkbarkeit kann im Zusammenhang mit eigenen Gedanken, Assoziationen oder auch externen Stimuli wie Geräuschen oder Gesprächen von anderen stehen. Generell lassen sich Menschen mit ADHS schnell von äußeren Reizen ablenken. Es fällt ihnen schwer, Reize auszublenden und Informationen zu filtern.

Aus dem Alltag

Ich bin wie ein Schwamm, nehme alles auf, was in meiner Umgebung passiert. Wenn mehrere Dinge gleichzeitig ablaufen, kann ich nicht entscheiden, worauf ich meine Aufmerksamkeit richten soll. Wenn ich mich dann auf eine Sache fokussieren will, gelingt es mir nicht, die anderen Geräusche oder Gespräche auszublenden. Im Zug will ich zum Beispiel lesen, trotzdem kann ich die Gespräche der Mitreisenden nicht ausblenden. Oder wenn ich in einem Restaurant essen gehe, nehme ich häufig nicht alles auf, was mein Partner mir erzählt, weiß aber nachher, was die Tischnachbarn gegessen haben, welche Kleider welcher Gast getragen hat und welche Beziehungsthemen am Nebentisch besprochen wurden. Manchmal kommt es mir vor, als wäre ich völlig durchlässig, alles prasselt in der gleichen

Intensität auf mich ein, ohne dass ich gewisse Informationen priorisieren oder unterdrücken kann.

Des Weiteren können Schwierigkeiten bestehen, Aufgaben abzuschließen. Verschiedene Arbeiten werden begonnen, aber nicht beendet. Oft verlieren die Personen rasch den Fokus, beginnen etwas anderes und verzetteln sich.

Aus dem Alltag

Seit ich Mutter bin, bin ich mehrere Tage mit meiner Tochter zu Hause. Es gäbe im Haushalt täglich etliche Dinge zu erledigen, wobei ich dafür morgens meist einen konkreten Plan erstelle. Dann beginnt aber immer das gleiche Spiel: Ich fange an, die Wäsche zu falten, werde von meiner Tochter gerufen, auf dem Weg zu ihr sehe ich, dass das Frühstück noch nicht abgeräumt ist, worauf ich das erledigen will. So geht das den ganzen Tag weiter, bis ich am Schluss in jedem Zimmer etwas angefangen habe, aber nichts fertig ist. Regelmäßig komme ich in die Waschküche und stelle fest, dass die nasse Wäsche vom Vortag noch in der Trommel liegt. Immer wieder erblicke ich in der Wohnung Dinge und denke: Ah ja, da war ich ja auch noch dran. Ich schäme mich, da ich mich frage, wie man mit so einfachen Dingen so überfordert sein kann. Wenn mein Mann die Tage mit unserer Tochter zu Hause verbringt, sieht es am Abend nie so aus. Sogar in Gesprächen verzettelte ich mich. Es gelingt mir nicht, einen Erzählstrang zu verfolgen und eine Geschichte zu Ende zu erzählen. Ich schweife ab, beginne mit einem neuen Thema, daraus ergibt sich wieder etwas anderes. Es fühlt sich jeweils an, als gäbe es schließlich 10 oder 20 verschiedene Seifenblasen mit verschiedenen Themen, die plötzlich wieder platzen und eigentlich auch gar nicht zusammenhängen.

Unaufmerksamkeit kann zudem zu Flüchtigkeitsfehlern führen. Oft wird berichtet, dass sehr unsorgfältig gearbeitet und viele Kleinigkeiten übersehen werden. Gleichzeitig kann es aber auch vorkommen, dass Detailarbeiten zwar ausgeführt, aber nur mit deutlich erhöhtem Zeitbedarf erledigt werden können, da zur Vermeidung von Flüchtigkeitsfehlern immer wieder kontrolliert werden muss.

Aus dem Alltag

Ich muss bei meiner Arbeit gewisse administrative Arbeiten erledigen. Das ist der blanke Horror für mich, ich verliere mich in Details und muss jeden Teilschritt mehrfach kontrollieren, damit ich alle Flüchtigkeitsfehler entdecke. Ich habe sehr hohe Ansprüche an mich und will negative Kritik unbedingt vermeiden, was mir bisher auch gelungen ist. Da der Zeitaufwand, den ich dafür betreiben muss, den

vorgegebenen zeitlichen Rahmen bei der Arbeit aber deutlich sprengt, mache ich dies jeweils am Morgen vor dem eigentlichen Arbeitsbeginn. Diese Überstunden schreibe ich nicht auf, damit niemand merkt, dass ich so langsam bin.

Personen mit ADHS scheinen in Gesprächen zudem oft nicht zuzuhören. Sie können sich manchmal später nicht mehr an Gesprächsinhalte erinnern oder wechseln geleitet von eigenen Assoziationen abrupt das Gesprächsthema, was thematisch für das Gegenüber oft nicht nachvollziehbar ist. Zuhören, sich des Gegenübers annehmen und sich kümmern sind Fähigkeiten, die typischerweise Frauen zugeschrieben werden. Wenn dies nicht gelingt, kann dies für Frauen besonders belastend sein, da sie damit die gängigen Erwartungen im Familien-, Beziehungs- und Freundschaftskontext nicht erfüllen können. Nicht selten können Frauen aber durch das Interesse am Gegenüber und gute soziale Anpassungsfähigkeit die Defizite unter großem Energieaufwand kompensieren.

Ebenfalls zum Kernbereich Unaufmerksamkeit gehören Probleme mit organisatorischen und planerischen Aufgaben. Das kann sich mit Schwierigkeiten beim Zeitmanagement und Terminplanung, dem Verpassen von Fristen, Unpünktlichkeit oder Unordentlichkeit zeigen. Nicht selten werden zur Kompensation Listen mit genauen Abläufen oder Zeitpläne erstellt. Das Anfertigen und Einhalten dieser Pläne ist dabei mit einem großen Aufwand verbunden, gemachte Pläne können nicht umgesetzt werden oder der Alltag wird extrem unflexibel, da Pläne sehr starr verfolgt werden (müssen).

Aus dem Alltag

Lange habe ich mich mit einer Zettelwirtschaft irgendwie über Wasser gehalten. Ein chaotisches Durcheinander an Notizen, Post-it-Zetteln, alles unsystematisch an verschiedenen Orten abgelegt, teilweise doppelt und teilweise gar nicht aufgeschrieben. Aufgaben und Abläufe notiere ich mir immer sehr genau, in der Hoffnung, nichts zu vergessen. Mit sehr viel Aufwand habe ich somit lange einigermaßen funktioniert. Nun wurde mein Alltag in den letzten Jahren immer anspruchsvoller. Als Geschäftsführerin in einem Start-up sollte ich immer viele verschiedene Dinge auf dem Schirm haben, zudem muss ich für meine älter werdenden Eltern immer mehr Verantwortung übernehmen. Da sie gesundheitlich angeschlagen sind, gibt es auch da plötzlich viele zusätzliche organisatorische und koordinative Aufgaben zu übernehmen. Es stresst mich, dass nun nicht mehr nur ich selbst unter meinem Chaos leide, sondern auch andere davon betroffen sind. Mit dem Druck und der zunehmenden Erschöpfung ist mein sowieso schon wackliges Kartenhaus in sich zusammengefallen, meine stets nur halb funktionierenden

den Strategien gehen nicht mehr auf. Ich fühle mich überfordert und habe Angst, dass mir die Kontrolle komplett entgleitet.

Auch werden Aufgaben oder Arbeiten, die als langweilig oder unangenehm erlebt werden oder sehr viel Konzentration erfordern, aufgeschoben oder ganz vermieden. Das Überschreiten von Fristen ist dann mit entsprechenden negativen Konsequenzen verbunden. Es wird beispielsweise berichtet, dass ganze Stapel ungeöffneter Briefe herumliegen würden, das Gleiche gilt für Mails, die nicht geöffnet werden. Das Unbehagen wächst stetig an, die Angst vor Mahnungen oder anderen Folgen schon verpasster Aufgaben steigt, was sich wiederum lähmend auswirken kann und Aufgaben in der Folge noch weiter vor sich hergeschoben werden.

Zudem sind das Verlieren und Suchen von Gegenständen ein häufiges Thema. Viele Dinge werden verlegt oder liegengelassen. Das kann mit einem hohen Zeitaufwand und zusätzlichem Stress verbunden sein. Zuletzt zählt auch die Vergesslichkeit zum Bereich der Unaufmerksamkeit. Damit ist nicht eine Gedächtnisstörung im engeren Sinne gemeint, sondern vielmehr eine „Alltagsvergesslichkeit“. So werden Termine oder Abmachungen vergessen, vermeintliche Kleinigkeiten gehen unter oder Dinge, die gebraucht würden, werden nicht eingepackt. Oftmals werden alle noch so kleinen Details und Aufgaben aufgeschrieben und unzählige Erinnerungen gespeichert.

Aus dem Alltag

Die Vergesslichkeit ist eines der größten Probleme in meinem Alltag. Obwohl ich mir sowieso schon fast alles aufschreibe, vergesse ich trotzdem noch viel. Jemanden zurückrufen, etwas ausrichten, am Ende des Tages bei der Arbeit bestimmte Unterlagen einpacken, rechtzeitig Weiterbildungskurse buchen, egal was, ich vergesse es. Sogar wenn ich 5 Minuten vorher noch dran denke, geht es schlussendlich im entscheidenden Moment vergessen. Ich kann am Morgen 10-mal daran denken, das vorbereitete Essen einzupacken, und trotzdem bleibt es im Kühlschrank stehen. Selbst wenn ich einen Zettel an die Tür pinne, klappt es oft nicht. Ich weiß nicht, wieso das nicht funktioniert, es ist mir schleierhaft. Rational verstehe ich, dass das doch eigentlich ganz einfach sein müsste. Mein Gehirn ist zwar ständig mit 1000 Dingen beschäftigt, aber irgendwie nie damit, was im entscheidenden Moment wichtig wäre.

Selbstwert und ADHS

Arbeitsblatt 1 Zwei Seiten der Medaille



Info

Der Lebensweg von Frauen mit ADHS ist häufig geprägt von Enttäuschungen, Frustration und dem Gefühl, „falsch“ zu sein. Dieses Erleben prägt oft ein negatives Selbstbild, was erschwert, die eigenen Stärken wahrzunehmen. Umso wichtiger ist es, den Blick immer wieder bewusst von den Herausforderungen auf die vorhandenen Ressourcen und Stärken zu lenken. Dabei geht es nicht darum, die Schwierigkeiten im Zusammenhang mit ADHS zu verharmlosen oder ADHS als „Superkraft“ zu idealisieren – das würde den realen Alltagsproblemen nicht gerecht werden. Tatsächlich haben aber die meisten Schwächen auch eine positive Kehrseite, und es lohnt sich, diese zu entdecken. Dadurch können Eigenschaften um weitere Facetten ergänzt werden. Diese erweiterte Sichtweise führt durch den ausgewogeneren Blick auf sich selbst letztlich zu fundierteren Entscheidungen in allen Lebensbereichen.

Notieren Sie unten alle Schwächen, die Sie sich zuschreiben. Überlegen Sie dann, was die positive Kehrseite davon sein könnte. Beispiele:

Schwäche	Kehrseite
<i>faul</i>	<i>entspannt; im entscheidenden Moment effizient</i>
<i>laut</i>	<i>selbstbewusst</i>
<i>undiszipliniert</i>	<i>locker</i>

Eigene Beispiele:

Schwäche	Kehrseite

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Julia Frey: „Frauen mit ADHS“ (978-3-456-86403-7) © 2026 Hogrefe AG, Bern.

Wo nutzen Sie Ihre Ressourcen und Stärken in Alltag?

In welchen Bereichen könnten Sie davon besonders profitieren?

Ergeben sich daraus Anpassungen (zum Beispiel Aufgaben übernehmen oder abgeben), die Sie vornehmen möchten?

Falls ja: Was ist der nächste Schritt, um dies umzusetzen?

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Julia Frey: „Frauen mit ADHS“ (978-3-456-86403-7) © 2026 Hogrefe AG, Bern.

Mutterschaft und ADHS

Arbeitsblatt 7 Eigene Rollenerwartungen im Realitätscheck



Info

Rollenerwartungen entstehen einerseits durch Erfahrungen mit unseren Bezugspersonen in der Kindheit, andererseits auch durch allgemeine gesellschaftliche Konzepte. Die Erwartungen an Mütter sind unverändert hoch, und Mädchen lernen oft bereits im Kindesalter, wie eine Mutter zu sein hat, beispielsweise fürsorglich, aufopfernd und organisiert. Viele Frauen stellen in der Folge erhöhte und oft unrealistische Ansprüche an sich als Mutter (zum Beispiel „Eine gute Mutter bleibt immer ruhig!“, „Eine gute Mutter denkt an alles!“, „Ich muss das allein schaffen, andere können das auch!“). Frauen mit ADHS stehen aufgrund ihrer Symptomatik häufig vor zusätzlichen Herausforderungen in der Mutterrolle. Der Versuch, überhöhte und oft unrealistische Erwartungen zu erfüllen, ist belastend und führt zu Erschöpfung. Dadurch werden Selbstzweifel, Selbstabwertung und Schuldgefühle begünstigt.

1. Schritt: Verinnerlichte Rollenerwartungen aufspüren

Wie sollte eine Mutter sein? Wie bewerten Sie sich als Mutter?

Sie können sich auch in eine schwierige Situation zurückversetzen oder sich in herausfordernden Situationen beobachten: Wie reden Sie mit sich selbst? Wie kommentiert Ihre innere Stimme Ihr Handeln?

Meine Rollenerwartungen:

Eine gute Mutter _____

Eine gute Mutter _____

Eine gute Mutter _____

Eine gute Mutter _____

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Julia Frey: „Frauen mit ADHS“ (978-3-456-86403-7) © 2026 Hogrefe AG, Bern.

2. Schritt: Faktencheck

Sind diese Sätze wahr? Gibt es einen Beweis dafür? Gibt es Gegenbeweise?

3. Schritt: Glaubenssätze und Annahmen verändern

Nicht hilfreiche und nicht realistische Glaubenssätze und Annahmen können verändert werden.

Beispiele:

Eine gute Mutter bleibt immer ruhig. → *Wie den meisten Müttern gelingt es mir nicht immer, ruhig zu bleiben. Ich kann bewusst üben, ruhig zu reagieren.*
Eine gute Mutter denkt an alles. → *Ich kann etwas vergessen UND eine gute Mutter sein.*
Ich kann das sowieso nicht. → *Durch die ADHS fällt mir das schwer, aber ich kann daran arbeiten.*
Ich muss alles allein schaffen. → *Ich darf Hilfe annehmen.*

Eigene Annahmen:

Verankern Sie Ihre neuen Annahmen indem Sie diese

- laut wiederholen
- aufschreiben
- auf Post-ist/Zettel notieren und zu Hause aufhängen.