

ADHD bij vrouwen

Van gemiste diagnose tot passende behandeling



Drs. J. Karmaoui
Psychiater

Disclosure belangen spreker

(potentiële) <i>belangenverstrengeling</i>	Geen / Zie hieronder
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Bedrijfsnamen
• Sponsoring of onderzoeksgeld • Honorarium of andere (financiële) vergoeding • Aandeelhouder • Andere relatie, namelijk ...	.

Leerdoelen

Na deze workshop kun je:

Herkennen

De gevolgen van niet-herkende ADHD in verschillende levensfasen

Begrijpen

Hoe hormonale schommelingen klachten en medicatierespons kunnen beïnvloeden

Onderscheiden

ADHD, PMDD en premenstruele exacerbatie of comorbiditeit

Uitvragen

Welke klachten continu aanwezig zijn en welke samenhangen met de cyclus

Bespreken

Welke behandeling of ondersteuning aansluit bij de individuele behoefte

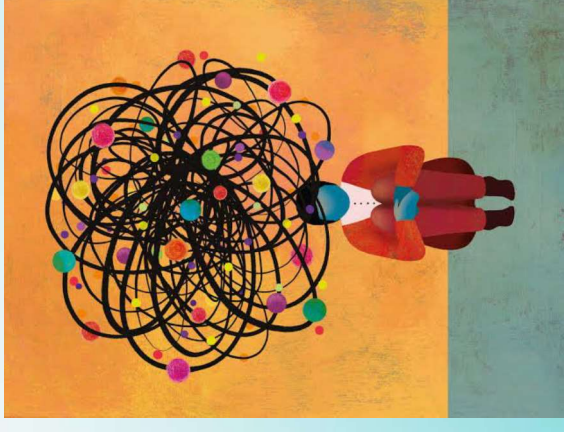
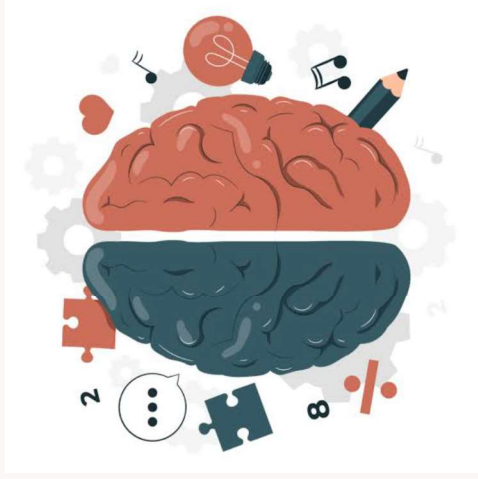
Wie zit er vandaag in de zaal?

- Wie heeft zelf ADHD?
- Wie kreeg de diagnose na het 25e levensjaar?
- Wie werkt als zorgverlener?
- Wie heeft een dochter, partner, zus of moeder met ADHD?



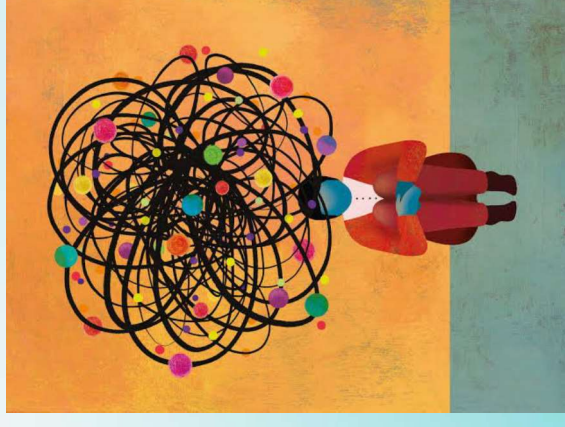
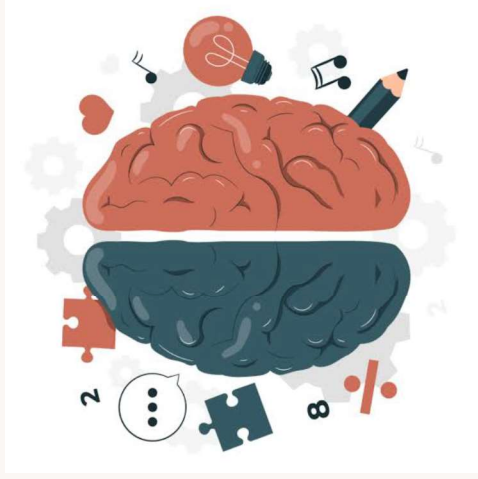
Vraag aan ervaringsdeskundigen

Hoe ziet ADHD eruit bij jou?



Vraag aan zorgverlener

Hoe ziet ADHD eruit in de spreekkamer?



Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD)

- Communicatieprobleem tussen verschillende hersengebieden
- Minder dopamine en noradrenaline of verminderde gevoeligheid voor deze neurotransmitters in de prefrontale cortex
- Verminderd aandacht, concentratievermogen, plannen en impulscontrole
- Maar ook hyperfocus en creativiteit
- Vrouwen met ADHD hebben 2-3x vaker dan gemiddeld, ernstige premenstruele, postpartum en perimenopauzale stemmingsklachten

Het vergeten geslacht

Man-vrouwverschillen

- Vrouwen worden vaker gemist omdat hun ADHD er anders uitziet
- Bij kinderen in klinische onderzoeken (m/v): 10:1
- Bevolkingsonderzoeken 3:1
- Werkelijke ratio tot 2:1-1:1 op **volwassen leeftijd**



Waarom vrouwen zo laat worden gediagnosticeerd



- Meisjes met ADHD zijn niet 'lastig'
- Internaliserend symptoompatroon: meer inattentie, minder hyperactiviteit → minder opvallend
- Vrouwen compenseren langer: sociaal aangeleerd gedrag
- Vrouwen krijgen diagnose gemiddeld 4–7 jaar later dan mannen



Vraag aan zorgverleners

**Welke signalen zorgen ervoor
dat u nu eerder aan ADHD
denkt dan vijf jaar geleden?**



Gevolgen van late diagnose bij meisjes en vrouwen

- Minder vaak en later behandeld
- Diagnostische vertekening richting angststoornissen, depressie en eetstoornissen (in plaats van ADHD)
- Vaker problemen in interpersoonlijke relaties, negatief zelfbeeld
- Vrouwen met ADHD maskeren en compenseren hun symptomen om te voldoen aan sociale verwachtingen, vaak ten koste van zichzelf.

Je moet gewoon wat beter plannen



Waarom begin je ook altijd zo laat?

Je bent gewoon een perfectionist

Maar je hebt toch goede cijfers en een goede baan?

Sinds je kinderen hebt, kun je het gewoon niet meer aan.

Het zal wel stress, overspanning of de overgang zijn

Iedereen is wel eens druk of vergeetachtig.

Gemiste diagnose, negatief zelfbeeld

Ik ben lui

Ik moet gewoon nog harder mijn best doen

Ik kan het niet

Ik moet beter plannen

Waarom lukt het anderen wel?

Ik ben ongemotiveerd

Ik stel iedereen teleur

Interactieve vraag 1

Een patiënte van 38 beschrijft concentratieproblemen die significant erger zijn in de twee weken voor haar menstruatie. De rest van de cyclus functioneert ze relatief goed.

- A) ADHD
- B) PMDD
- C) Depressieve stoornis
- D) Alle drie moeten worden overwogen



Vraag aan publiek

Merk je verandering voor de menstruatie?

Merkt je patiënt verandering voor de menstruatie?

Minder effect
medicatie?

Minder goed
slapen?

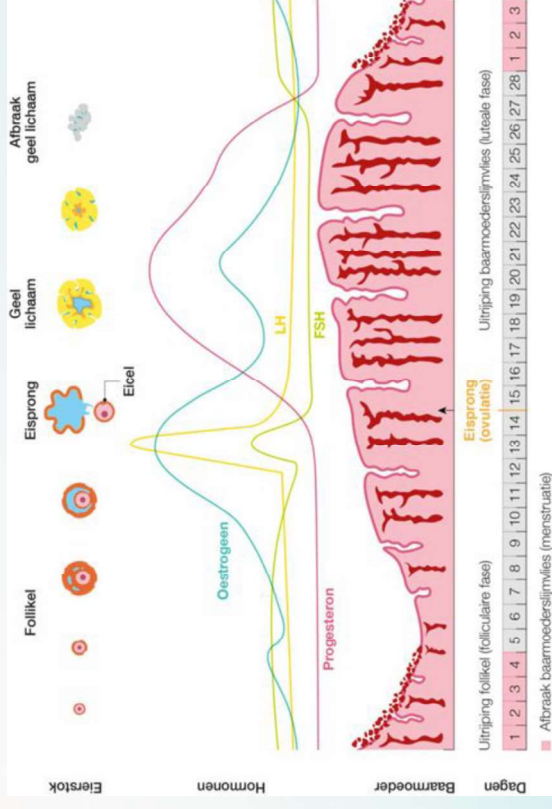
Prikkelbaarheid?

Chaos?

vergeetachtig

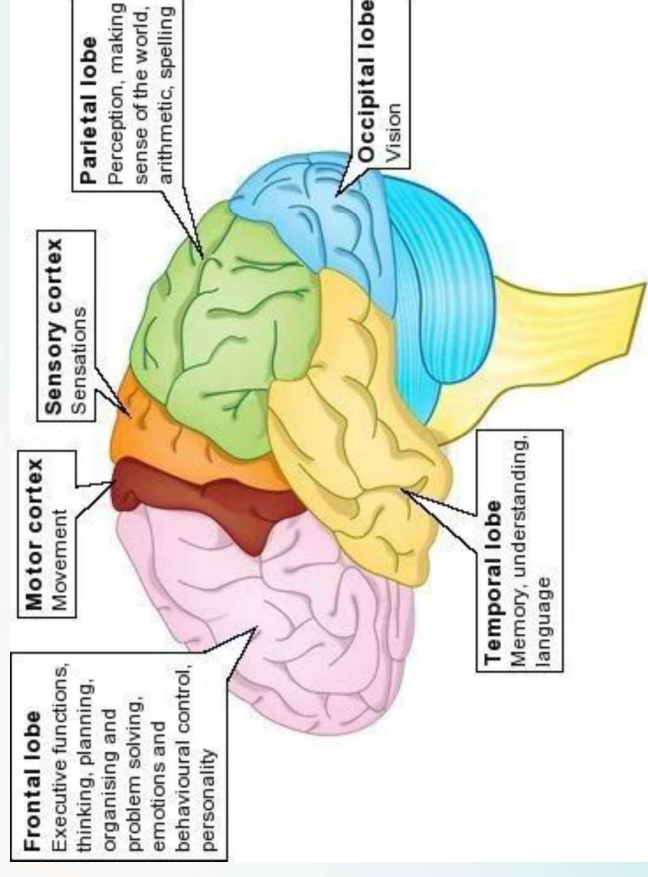
Het vrouwelijke hormonale systeem

- Menstruatiecyclus $\approx$ 28 dagen (range 21–35 dagen): folliculaire fase + luteale fase
- Folliculaire fase (dag 1–14): oestrogeen stijgt geleidelijk $\rightarrow$ piek bij ovulatie
- Luteale fase (dag 15–28): oestrogeen daalt + progesteron stijgt $\rightarrow$ beide dalen voor menstruatie
- Kritisch venster: late luteale fase (dag 21–28) = laagste oestrogeen + laagste progesteron
- Perimenopauze: onregelmatige, chaotisch schommelende hormoonspiegels over meerdere jaren
- Postmenopauze: structureel laag oestrogeen en progesteron — nieuw stabiel (laag) niveau



Oestrogeen, dopamine en ADHD

- Dopamine= neurotransmitter in het brein dat betrokken is bij ADHD
- Dopamine belangrijk bij:
 - Concentratie en aandacht
 - Motivatie
 - Impulscontrole
 - Plannen en organisatie
- Oestrogeen heeft directe effecten dopamine aanmaak en opname
- Beïnvloedt systemen in het brein waarbij dopamine betrokken





Gevolg:

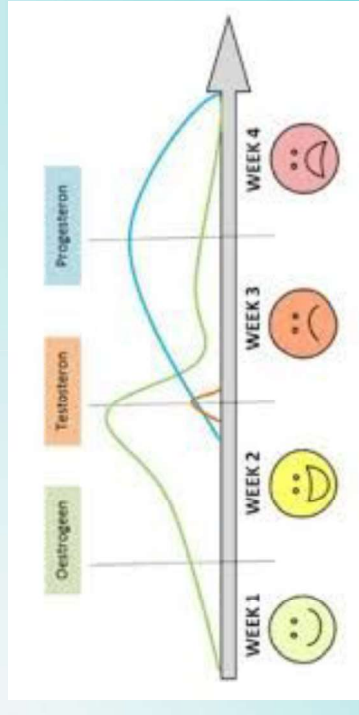
Betere concentratie, beter werkgeheugen en een stabiele stemming

Maar

Fluctuaties of dalingen hierin kunnen leiden tot klachten

Voorbeelden:

PMS/PMDD, postpartum periode en de perimenopauze
Verergering van ADHD klachten



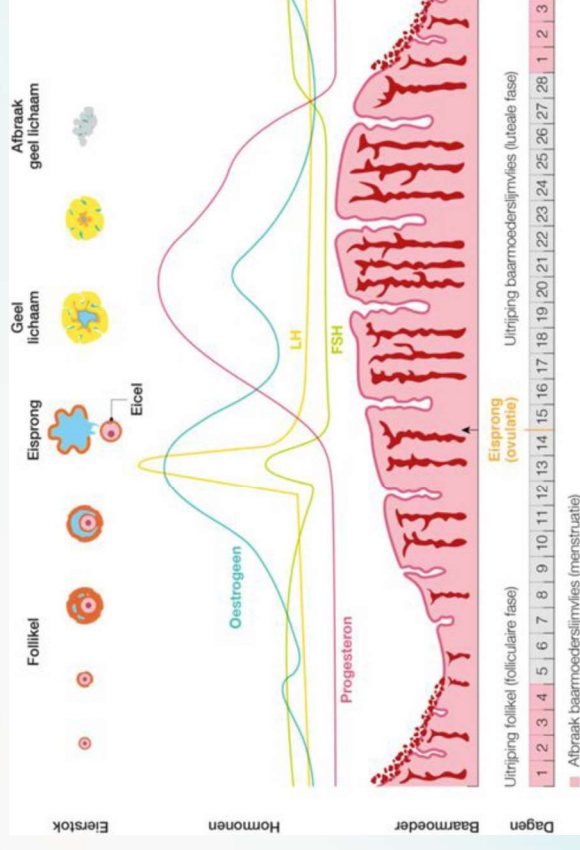
Progesteron en ADHD

Progesteron zelf: relatief neutraal direct effect op dopamine en serotonine

- Progesteron en allopregnanolon: de 'rem' in het brein
- Kan bijdragen aan rust, ontspanning, betere slaap

Vlak voor de menstruatie

- Progesteron en allopregnanolon dalen
- Daarmee neemt de rustgevende, dempende invloed mogelijk af;
- Bestaande klachten kunnen hierdoor meer op de voorgrond komen.



Cyclische ADHD-symptoomvariatie

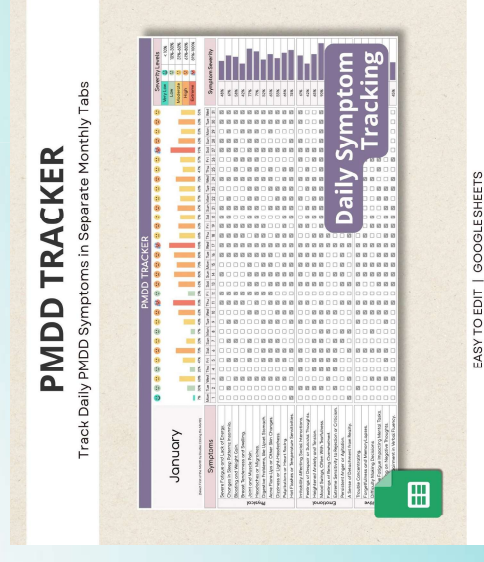
- Folliculaire fase (hoog oestrogeen): relatief goede cognitieve functie, emotionele stabiliteit
- Peri-ovulatoir (oestrogeen piek): vaak beste functioneren van de cyclus
- Vroege luteale fase: redelijk stabiel (oestrogeen nog acceptabel)
- Late luteale fase (dag 21–28): ↑ inattentie, ↑ emotionele dysregulatie, ↑ impulsiviteit, ↓ werkgeheugen, ↓ executieve functie
- Studies: 30–60% van vrouwen met ADHD rapporteert significante cyclische symptoomvariatie



Sciberras et al. (2020, *J Atten Disord*): luteale fase geassocieerd met significant meer ADHD-symptoombelasting

PMDD en ADHD: overlap, onderscheid en comorbiditeit

- PMDD: symptomen strikt cyclisch, volledig verdwijnen na menstruatie
- ADHD: chronische symptomen, maar cyclisch verergering mogelijk. 45–60% van vrouwen met ADHD heeft comorbide PMDD (Dorani et al., 2021)
- Onderscheid cruciaal: PMDD behandel je anders dan ADHD
- Behandeling PMDD: SSRI's
- Valkuil: vrouwen met ADHD worden behandeld voor PMDD terwijl
- ADHD onderbehandeld blijft
- Symptoomdagboek over ≥ 2 cycli (DSM-5 vereiste voor PMDD)



Stemmen: herkenning of mythe?

Goede schoolresultaten sluiten ADHD uit?

Premenstruele verergering is automatisch PMDD

Medicatie kan subjectief minder effectief voelen in de late luteale fase

STIMULANTIA EN CYCLUSGEBONDEN WERKZAAMHEID

- Methylfenidaat blokkeert de dopaminetransporter, heropname wordt geremd en de hoeveelheid beschikbare dopamine voor neurotransmissie neemt toe
- Oestrogeen versterkt het dopaminerg effect van stimulantia
- Lage oestrogeenspiegel → verminderd effect van dezelfde dosis methylfenidaat of amfetamine
- Klinische observatie (Kooij, 2019): in luteale fase hogere doses nodig voor vergelijkbaar effect

*Dresel e.a., 2000; Volkow e.a., 2002
De Jong et al., 2023 Female-specific pharmacotherapy in ADHD: premenstrual adjustment of psychostimulant dosage
Hammerness et al. 2016, J Clin Psychopharmacol*

MEDICATIE AANPASSEN GEDURENDE DE CYCLUS

Stap 1: Breng cyclus in kaart (symptoomdagboek)

Stap 2: Identificeer symptoompieken (doorgaans dag 18–28)

Stap 3: Overweeg tijdelijke dosisverhoging in luteale fase, 30-50%

Stap 4: Terugkeer naar basisdosis na menstruatie (dag 1–2)L

Monitoring: bloeddruk, hartfrequentie, slaap bij dosisverhoging

Eventueel: toevoeging SSRI in luteale fase bij comorbide PMDD



Hormonale anticonceptie bij ADHD

- Gebruik van orale anticonceptie (combinatiepil) en progesteron-only pillen is geassocieerd met een tot vijfvoudig verhoogd risico op depressieve klachten bij jonge vrouwen
- Gevoeliger voor hormonale anticonceptie?
- Vergeten van dosisinname?
- We weten (nog) niet welke OAC het beste is voor ieder, geen 'one size fits all'
- Er is nog geen data bij gebruik van IUD
- Meer onderzoek nodig om orale anticonceptie te vergelijken met non-orale anticonceptie en invloed op ADHD klachten

Hormonale anticonceptie bij ADHD

- Orale anticonceptie zonder stopweek waardoor er geen fluctuaties zijn
- Stabiele oestrogeen
- Progestageen-only methoden (Mirena, Implanon) kunnen bij sommige vrouwen ADHD-symptomen verergeren via GABA-pathway
- Geen grote RCT's; klinische observaties en cohortdata



Zwangerschap en ADHD

- Meer stress, meer impulsief gedrag bij onbehandelde ADHD
- Hogere kans op pre-eclampsie en sectio's
- Na de bevalling 2-3 keer meer stemmingsklachten
- Plotselinge hormoonval
- Postpartum depressie en ADHD decompensatie
- Wegvallen structuur
- Ontregeling slaap-waakritme
- Verminderde moeder-babyhechting



ADHD-medicatie tijdens de peripartumperiode

- Elke zwangerschap heeft een basisrisico van 10-15% op een miskraam
- Recente systematische review en meta-analyse (10 studies, > 16 miljoen zwangerschappen) vond geen verhoogd risico op miskramen bij gebruik van methylfenidaat
- Scandinavische cohortstudie: verhoogde kans op vroeggeboorte bij gebruik van ADHD-medicatie
- Dosis-responsrelatie bij hogere doseringen

ADHD-medificatie tijdens de peripartumperiode

- Methylenidaat
 - Licht verhoogd risico op cardiale afwijkingen
 - Veilig in de zwangerschap
 - Veilig tijdens lactatie (relatieve kinddos 0,2-0,4%)
- Dexamfetamine
 - Geen verhoogd risico op congenitale afwijkingen
 - Risico onbekend in tweede en derde trimester
 - Lactatie wordt afgeraden (relatieve kinddos 10%)
- Atomoxetine
 - Waarschijnlijk veilig tijdens lactatie (relatieve kinddos 0,19%)
- Onvoldoende gegevens en daarom afgeraden
 - Guanfacine
 - Clonidine
- Alternatieven: SSRI, bupropion



De perimenopauze en ADHD

- Perimenopauze; gemiddeld 4–10 jaar voor de laatste menstruatie (leeftijd 40–52)
- Fluctuerende hormoonhuishouding
- Voor vrouwen met ADHD: chronisch dopaminetekort + dalend oestrogeen
- Perimenopauze is een risicofactor voor ADHD-decompensatie
- Symptomen die toenemen: concentratie, werkgeheugen, impulsiviteit, emotionele labiliteit, slapeloosheid
- Vrouwen krijgen in deze fase vaak depressiediagnose, ADHD wordt vaak gemist
- Vallen uit op het werk

Kooij & Bijlenga (2019, Expert Rev Neurother)



Hormoontherapie en ADHD

- Vrouwen met ADHD rapporteren verbetering ADHD-symptomen op hormoontherapie
- Transdermaal oestrogeen geprefereerd boven oraal (stabielere plasmaconcentraties, minder first-pass effect)
- Bioïdentiek progesteron voorkeur boven synthetisch progestageen bij ADHD (minder GABA-effect)
- Geen RCT's specifiek voor ADHD + hormoontherapie, meer onderzoek nodig
- Multidisciplinair overleg: gynaecoloog/menopauzespecialist + psychiater



Interactieve vraag 2

Welk type hormoontherapie heeft de voorkeur bij vrouwen met ADHD in de perimenopauze?

- A) Oraal oestrogeen + synthetisch progestageen
- B) Transdermaal oestrogeen + micronized bioïdentiek progesteron
- C) Progestageen-only therapie
- D) Hormonale anticonceptiepil als menopauzale hormoontherapie equivalent



Combinatie hormoontherapie en stimulantia

- Geen bekende farmacodynamische interacties tussen hormoontherapie en methylfenidaat/amfetaminen
- Oestrogeen kan effect stimulantia versterken
- Na start hormoontherapie, dosis stimulantia mogelijk verlagen



Take home message

Ervaringsdeskundigen:

- Je bent niet lui
- Je bent niet ongedisciplineerd
- Hormonen kunnen invloed hebben

Zorgverleners:

- Vraag naar de verschillende levensfasen
- Denk aan ADHD bij angst en depressie
- Kijk naar het hele plaatje





Bronnen

1. Srinivas, C., Karlstad, Ø., Stigum, H., Furu, K., Cesta, C. E., Reuffors, J., Hjellevik, V., Hutcheon, J. A., & Cohen, J. M. (2025). Attention-deficit hyperactivity disorder medication use in pregnancy and risk of miscarriage. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 1–7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1192/bip.2025.10467>
2. Murray, A. L., Taut, D., Baban, A., Hemady, C. L., Walker, S., Osafo, J., Sikander, S., Tomlinson, M., Toit, S. D., Marlow, M., Ward, C. L., Fernando, A., Madrid, B., Van Thang, V., Tuyen, H. D., Dunne, M., Hughes, C., Fearon, P., Valdebenito, S., & Eisner, M. (2022). Associations Between ADHD Symptoms and Maternal and Birth Outcomes: An Exploratory Analysis in a Multi-Country Cohort of Expectant Mothers. *Journal of attention disorders*, 26(14), 1882–1894. <https://doi.org/10.1177/10870547221105064>
3. Bijwerkingencentrum Lareb. Aftaminen bij ADHD tijdens de borstvoedingsperiode
4. Ornoy, A., & Koren, G. (2021). The Effects of Drugs used for the Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) on Pregnancy Outcome and Breast-feeding: A Critical Review. *Current neuropharmacology*, 19(11), 1794–1804. <https://doi.org/10.2174/1570159X18666201127164000>
5. Kooij, J. J. S., de Jong, M., Agnew-Blais, J., Amoretti, S., Bang Madsen, K., Barclay, I., Bölle, S., Borg Skoglund, C., Broughton, T., Carucci, S., van Dijken, D. K. E., Ernst, J., French, B., Frick, M. A., Galera, C., Groenman, A. P., Kopp Kallner, H., Kerner Auch Koerner, J., Kittel-Schneider, S., Manor, I., ... Wynchank, D. (2025). Research advances and future directions in female ADHD: the lifelong interplay of hormonal fluctuations with mood, cognition, and disease. *Frontiers in global women's health*, 6, 1613628. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1613628>
6. di Giacomo, E., Confalonieri, V., Tofani, F., & Clerici, M. (2024). Methylphenidate and Atomoxetine in Pregnancy and Possible Adverse Fetal Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA network open*, 7(11), e2443648. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43648>
7. Yamada, Emily BS†; Trehan, Shradha BS2; Stark, Amy MD3; Kruttsch, Kaylin PhD; Datta, Palika PhD4. Atomoxetine as a Viable ADHD Treatment in Breastfeeding Mothers: Evidence From Human Milk Pharmacokinetic Analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 46(1):p 16-22, January/February 2026. | DOI: 10.1097/JCP.00000000000002109
8. Kooij, J. J. S., de Jong, M., Agnew-Blais, J., Amoretti, S., Bang Madsen, K., Barclay, I., Bölle, S., Borg Skoglund, C., Broughton, T., Carucci, S., van Dijken, D. K. E., Ernst, J., French, B., Frick, M. A., Galera, C., Groenman, A. P., Kopp Kallner, H., Kerner Auch Koerner, J., Kittel-Schneider, S., Manor, I., ... Wynchank, D. (2025). Research advances and future directions in female ADHD: the lifelong interplay of hormonal fluctuations with mood, cognition, and disease. *Frontiers in global women's health*, 6, 1613628. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1613628>
9. Hantsoo, L., & Epperson, C. N. (2020). Allopregnanolone in premenstrual dysphoric disorder (PMDD): Evidence for dysregulated sensitivity to GABA-A receptor modulating neuroactive steroids across the menstrual cycle. *Neurobiology of stress*, 12, 100213. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2020.100213>
10. Hantsoo, L., & Payne, J. L. (2023). Towards understanding the biology of premenstrual dysphoric disorder: From genes to GABA. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 149, 105168. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105168>
11. Johnson D, Wade M, Marini F, et al. Associations between self-reported ADHD symptoms and depression and anxiety in mothers and fathers during the postpartum period: A Canadian nationwide longitudinal study. *J Affect Disord.* 2025;378:211–219.
12. Schoneville NN, Rijkers N, Berenschot A, et al. Psychiatric vulnerability and the risk for unintended pregnancies, a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):153.
13. Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., ... Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*, 56(1), 14–34. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.11.001
14. Bang Madsen K, Larsson H, Skoglund C, et al. In utero exposure to methylphenidate, amphetamines and atomoxetine and offspring neurodevelopmental disorders - a population based cohort study and meta-analysis. *Mol Psychiatry*. 2025;30(9):3885–3894.
15. Johnson D, Wade M, Marini F, et al. Associations between self-reported ADHD symptoms and depression and anxiety in mothers and fathers during the postpartum period: A Canadian nationwide longitudinal study. *J Affect Disord.* 2025;378:211–219.
16. de Jong, M., Wynchank, D. S. M. R., van Andel, E., Beekman, A. T. F., & Kooij, J. J. S. (2023). Female-specific pharmacotherapy in ADHD: premenstrual adjustment of psychostimulant dosage. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1306194. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1306194>

