

ADHS und Mutterschaft

unter besonderer Berücksichtigung der Existenzanalyse nach Alfried Längle

Mag.a Andrea Menghini, Psychotherapeutin (Existenzanalyse), Wien · Oktober 2026



Foto: © Andrea Menghini

Die Gedanken in diesem Text habe ich erstmals im Rahmen meiner Ausbildung in Existenzanalyse entwickelt. Teile davon dienten als Grundlage für mein mündliches Abschlusskolloquium. Für diese Veröffentlichung habe ich sie überarbeitet und erweitert. Der Text zeigt nur einen Ausschnitt meiner therapeutischen Tätigkeit, in die auch die Erfahrungen aus meinen Fort- und Weiterbildungen einfließen.

Dieser Text richtet sich an Fachpersonen. Da ich ihn auf meiner Homepage veröffentliche, lesen ihn vielleicht auch Mütter mit ADHS. Für sie ist er womöglich weniger behutsam geschrieben, als ich es in der direkten Begegnung wäre: Er verwendet Fachsprache und spricht Themen wie Erschöpfung, Schuld und Depression offen an. Diese Spannung ist mir bewusst. Wer beim Lesen merkt, dass etwas belastet, darf jederzeit pausieren. Anlaufstellen finden sich am Ende des Textes.

Inhalt

1. Einleitung und Relevanz des Themas	3
2. Aktueller Forschungsstand	4
3. ADHS und Mutterschaft im Licht der Existenzanalyse	8
3.1 Erste Grundmotivation: Halt und Überforderung – Erschwerte Bedingungen des Sein-Könnens	9
3.2 Zweite Grundmotivation: Beziehung und Erschöpfung – Ambivalenzen im Leben-Mögen.....	10
3.3 Dritte Grundmotivation: Selbstwert und Schuld – Ringen um das Selbst-Sein-Dürfen.....	12
3.4 Vierte Grundmotivation: Sinn und Orientierung – Mutterschaft zwischen Anspruch und Stimmigkeit.....	13
4. Therapeutische Implikationen: Ein integrativer Zugang zu ADHS und Mutterschaft	14
4.1 Existenzanalyse als vertiefender Zugang.....	15
4.2 Therapeutische Orientierung entlang der vier Grundmotivationen.....	15
4.3 Kleine Impulse für den Alltag mit Kind	19
4.4 Grenzen der Existenzanalyse und hilfreiche Ergänzungen	25
5. Zusammenfassung	27
Literatur	29
Anlaufstellen in Österreich	32
Wenn es akut ist	32
Österreichweit	32
In Wien.....	32
Nutzung und Zitieren.....	33

1. Einleitung und Relevanz des Themas

Was, wenn hinter einer peripartalen Depression manchmal auch eine unerkannte ADHS steht? Diese Frage begleitet mich, seit ich im peripartalen Bereich arbeite, unter anderem während eines klinischen Praktikums und heute in meiner Praxis. Bei einigen Müttern, denen ich begegnet bin, würde ich mit meinem heutigen Wissen daran denken.

Auffällig war für mich, dass manche Schwierigkeiten nicht erst mit dem Baby begonnen haben. Organisation und starke Gefühle waren für einige dieser Frauen schon vorher eine Herausforderung, die mit dem Kind später deutlicher hervortreten konnte. Diese Möglichkeit wurde selten angesprochen. Der mögliche Zusammenhang hat sich für mich darum weniger aus der Literatur als Schritt für Schritt aus der praktischen Erfahrung ergeben.

Auch die Forschung weist in diese Richtung: Frauen mit ADHS haben ein etwa doppelt so hohes Risiko für eine peripartale Depression wie Frauen ohne ADHS-Symptome (vgl. Pierotti & Jayakody 2026). In den Fortbildungen im peripartalen Bereich, die ich besucht habe, spielte das Thema dennoch kaum eine Rolle, obwohl gerade diese Lebensphase mit besonderen Anforderungen und Belastungen verbunden ist.

Besonders aufmerksam bin ich für die weniger offensichtlichen Ausprägungen bei Mädchen und Frauen, auch weil ich in freier Praxis auf Frauen spezialisiert bin.

Innerhalb der Existenzanalyse wurde das Thema ADHS bislang nur wenig systematisch aufgegriffen. Einzelne Diplomarbeiten liegen vor, sie sind jedoch teilweise älter und spiegeln weder den aktuellen Forschungsstand noch die in den letzten Jahren zunehmend differenzierte Betrachtung bei Frauen ausreichend wider. Eine Studie aus dem Iran untersuchte ein Programm auf Grundlage von Frankls Existenzanalyse und Logotherapie für Mütter von Kindern mit ADHS (vgl. Adelifar et al. 2022). Um Mütter, die selbst ADHS haben, ging es darin nicht, und die von Längle weiterentwickelte Existenzanalyse mit den vier Grundmotivationen wurde nicht einbezogen. Studien oder Fachbeiträge, die diese Mütter aus Sicht der Existenzanalyse nach Längle betrachten, habe ich bei meiner Recherche nicht gefunden.

Dieser Text beschränkt sich bewusst auf die Existenzanalyse. Er soll zeigen, was eine existenzanalytische Perspektive zum Verständnis von ADHS und Mutterschaft beitragen kann, weil eine solche Darstellung bisher fehlt.

Im Folgenden gebe ich zunächst einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu ADHS bei Frauen und im Kontext von Mutterschaft. Danach betrachte ich das Thema entlang der vier Grundmotivationen. Ausschnitte aus einem Interview, das ich mit einer Mutter mit dieser Diagnose geführt habe, geben Einblick in ihr Erleben. Aus dieser Betrachtung leite ich therapeutische Überlegungen und Impulse für den Alltag ab.

Ich schreibe in diesem Text über Mütter, weil sie im Mittelpunkt meiner Arbeit stehen. Die beschriebenen Anforderungen können ebenso Väter und andere Bezugspersonen tragen, und wie sie in einer Familie verteilt sind, ist sehr unterschiedlich.

2. Aktueller Forschungsstand

„(...) Ich hatte vor, ein Buch zu schreiben, in dem ich die Forschungsergebnisse über die Besonderheit von ADHS bei Mädchen und Frauen darlege. Mir wurde schnell klar, dass dies kein besonders dickes Buch werden würde – eher ein Faltblatt oder höchstens ein Büchlein. (...) Es gibt wichtige biologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen, die berücksichtigt werden müssen.“ (Borg Skoglund 2025: S. 17)

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gilt als neurobiologische Entwicklungsbesonderheit mit hoher Erbllichkeit, die in Zwillingsstudien im Mittel auf etwa 74 % geschätzt wird (vgl. Faraone et al. 2021). Eine weltweite Metaanalyse schätzt, dass bei etwa 2,6 % der Erwachsenen eine seit der Kindheit bestehende ADHS vorliegt. Werden alle Erwachsenen mit ausgeprägten ADHS-Symptomen gezählt, unabhängig davon, ob diese bereits in der Kindheit festgestellt wurden, liegt der Anteil bei etwa 6,8 % (vgl. Song et al. 2021).

Neurobiologische Modelle beschreiben ADHS als eine Besonderheit im Zusammenspiel von Belohnungssystem, Frontallappen und Basalganglien, wodurch insbesondere Motivation, Planung und die Automatisierung von Routinen beeinflusst sind. Alltägliche Handlungen laufen dadurch weniger automatisiert ab und erfordern mehr bewusste Steuerung. Im Erleben kann sich das in Schwierigkeiten mit Aufmerksamkeit, Impulssteuerung sowie der Regulation von Emotionen und innerer Anspannung äußern. Viele der Herausforderungen betreffen sogenannte exekutive Funktionen, also Fähigkeiten wie Planen, Priorisieren, Dranbleiben oder flexibel auf Veränderungen reagieren. Diese sind wesentlich für die Organisation des Alltags und können sich auf Beruf, Beziehungen und alltägliche Abläufe auswirken (vgl. Borg Skoglund 2025: S. 48 ff.).

Im Klassifikationssystem der ICD-10 wird ADHS unter dem Begriff der hyperkinetischen Störung geführt (F90). Zugrunde liegt ein vergleichsweise enge diagnostisches Verständnis, bei dem Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität gemeinsam vorliegen müssen. Eine Form ohne ausgeprägte Hyperaktivität, im klinischen Sprachgebrauch auch „ADS“ genannt, ist unter F90 nicht vorgesehen und wird in der Praxis meist unter F98.8 (Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität) kodiert (vgl. WHO 2019).

Mit der ICD-11 hat sich diese Perspektive erweitert. Dort steht es nun unter dem Code 6A05 als Attention Deficit Hyperactivity Disorder klassifiziert und umfasst unterschiedliche Präsentationsformen, darunter vorwiegend unaufmerksame, vorwiegend hyperaktiv-impulsive sowie kombinierte Ausprägungen (vgl. WHO 2022). Damit wird der Vielfalt der Erscheinungsformen stärker Rechnung getragen, und weniger auffällige Verlaufsformen werden besser erfasst.

Lange Zeit wurde ADHS vor allem als Thema des Kindesalters gesehen. Inzwischen ist gut belegt, dass die Merkmale oft bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben, sich dort aber verändern (vgl. Young et al. 2020). Sie bleiben meist bestehen, in veränderter Form.

Das Bild von ADHS ist lange von hyperaktiven Buben geprägt worden. Bei Frauen kann es anders aussehen. Eine große Metaanalyse fand, dass die Kernsymptome bei Frauen und Männern ähnlich stark ausgeprägt sind. Wo es Unterschiede gab, waren sie klein, und in klinischen Interviews fanden sich keine (vgl. Young et al. 2024). Unterschiedlich ist eher, wie die Merkmale erlebt, nach außen sichtbar und von anderen wahrgenommen werden. Mädchen werden seltener zur Abklärung vorgestellt, wenn sie nicht durch äußerlich als störend interpretiertes Verhalten auffallen (vgl. Martin 2024; Young et al. 2024). Statt äußerer Unruhe können eher innere Unruhe, Überforderung und ein hoher Anpassungsdruck im Vordergrund stehen. Manche Frauen mit ADHS entwickeln Strategien, um Schwierigkeiten auszugleichen und im Alltag zu funktionieren. Das kann erklären, warum die Diagnose bei Frauen oft spät gestellt wird und manches erst in belastenden Lebensphasen, etwa mit der Geburt eines Kindes, sichtbar wird (vgl. Attoe & Climie 2023; Young et al. 2020). Auch gesellschaftliche Erwartungen an Mädchen und Frauen spielen eine Rolle, zum Beispiel in Bezug auf Ruhe, Fleiß, Anpassung und Organisation (vgl. Ryffel-Rawak 2024: S. 32).

Ein zentrales Phänomen ist das sogenannte Masking. Darunter versteht man das bewusste oder unbewusste Anpassen an äußere Erwartungen, um Schwierigkeiten zu verdecken, etwa durch sehr viel Organisation oder Überkompensation im sozialen Kontakt. Solche Strategien können die Symptome auch in der Diagnostik verdecken (vgl. Platania et al. 2025; Young et al. 2024). Langfristig kann dieses „Funktionieren nach außen“ viel Kraft kosten. Für den therapeutischen Kontext bedeutet das, das unsichtbare Bemühen um Normalität ernst zu nehmen und zu würdigen. Nach meiner Erfahrung steckt darin nicht selten eine Anstrengung über lange Zeit, die bisher kaum jemand gesehen hat, manchmal nicht einmal die Frau selbst.

Neben den eher kognitiven Aspekten rücken zunehmend auch emotionale und psychosoziale Erfahrungen in den Fokus. In der Fachliteratur werden auch ausgeprägte Stimmungsschwankungen und eine hohe Stressanfälligkeit beschrieben (vgl. Young et al. 2020). Diese Aspekte werden in der klassischen Diagnostik oft nicht ausreichend berücksichtigt (vgl. Young et al. 2020). In einer Studie beschreiben spät diagnostizierte Frauen zudem, dass sie Kritik und fehlende Unterstützung verinnerlicht haben, was mit

Schuld, Scham und einem negativen Selbstbild verbunden sein kann (vgl. Holden & Kobayashi-Wood 2025). Für die therapeutische Arbeit kann es hilfreich sein, solche Erfahrungen im Blick zu behalten. Sie können beeinflussen, wie sicher sich eine Frau in der Therapie fühlt, etwa ob sie sich traut, auch Schwieriges und Misslungenes anzusprechen, oder ob sie aus Sorge vor Bewertung zunächst vor allem das zeigt, was gelingt.

Ein weiterer wichtiger Bereich sind hormonelle Einflüsse. Es gibt Hinweise darauf, dass Schwankungen im Östrogen- und Progesteronspiegel ADHS-Merkmale beeinflussen können. Für die Pubertät und den Menstruationszyklus ist das bereits besser untersucht, zu Schwangerschaft und Wechseljahren gibt es bisher wenige Studien (vgl. Osianlis et al. 2025; Kooij et al. 2025; Boyd et al. 2026). Eine große isländische Befragung fand, dass Frauen mit ADHS deutlich öfter von starken Beschwerden rund um die Perimenopause berichten (vgl. Smári et al. 2025). Eine irische Querschnittsstudie mit 602 Frauen fand bei jenen mit ADHS stärkere prämenstruelle Beschwerden, höhere Werte für eine postpartale Depression und stärkere Wechseljahrsbeschwerden. ADHS wurde dort allerdings nur über einen Fragebogen und Selbstangaben erfasst, die Ergebnisse sind daher vorsichtig zu lesen (vgl. Boyd et al. 2026).

Die Forschung zur ADHS-Medikation wurde vorwiegend mit männlichen Personen durchgeführt und damit unter vergleichsweise stabilen hormonellen Bedingungen. Wie sich die Symptome in verschiedenen Lebensphasen oder im Verlauf des Zyklus verändern, spielt in der bisherigen Forschung kaum eine Rolle. Die Wirkung der Medikation kann durch Hormonschwankungen beeinflusst werden, was sich auch in und nach einer Schwangerschaft zeigen kann (vgl. Borg Skoglund 2025: S. 65).

Während der Schwangerschaft kommt es zu erheblichen hormonellen Veränderungen, insbesondere zu einem Anstieg von Östrogen und Progesteron, die auch das zentrale Nervensystem beeinflussen. Einige Frauen berichten, dass ihnen in dieser Zeit vieles vorübergehend leichter fällt (vgl. Borg Skoglund 2025: S. 76). Damit verbunden ist die Frage nach dem Umgang mit Medikation. Eine große Kohortenstudie fand keinen Hinweis darauf, dass die Einnahme von Stimulanzien in der Schwangerschaft das Risiko für neurologische Entwicklungsstörungen beim Kind erhöht (vgl. Suarez et al. 2024). Die Entscheidung über eine Medikation in Schwangerschaft und Stillzeit gehört dennoch immer in eine sorgfältige fachärztliche Begleitung.

Im Kontext von Mutterschaft treffen viele Faktoren zusammen. Die Anforderungen an Organisation, Reizverarbeitung und emotionale Verfügbarkeit steigen, dazu können Schlafmangel und eine dauerhafte Beanspruchung kommen. Schlaf und innere Uhr sind bei ADHS eng mit Aufmerksamkeit und Leistungsfähigkeit verknüpft (vgl. Gruber et al. 2023), sodass der Schlafmangel der frühen Elternzeit vieles zusätzlich erschweren kann. Mutterschaft kann aber auch Halt geben: Klare Strukturen und äußere Anforderungen können stabilisierend wirken und Orientierung geben. Eine qualitative Studie mit sieben

alleinerziehenden Müttern mit ADHS, die selbst ein Kind mit derselben Diagnose in seiner Entwicklung begleiten, beschreibt genau diese Ambivalenz (vgl. Cheesman & Jacobs 2025). Sieben Frauen sind eine sehr kleine Gruppe, und die Ergebnisse lassen sich nicht auf andere Mütter übertragen. Qualitative Studien wollen das auch nicht leisten. Sie geben Einblick in ein Erleben, das in der Forschung bisher kaum untersucht ist.

Ein weiterer Aspekt sind begleitende psychische Belastungen. Studien weisen bei Frauen mit ADHS auf ein erhöhtes Risiko für depressive Beschwerden und Ängste hin (vgl. Attoe & Climie 2023). Im peripartalen Kontext ist das Risiko für eine Depression deutlich erhöht (vgl. Pierotti & Jayakody 2026). In den Studien der Übersichtsarbeit von Pierotti und Jayakody (2026) lag der Anteil peripartaler Depressionen je nach Studie zwischen etwa 17 und 58 %. Die Autorinnen weisen darauf hin, dass es weitere hochwertige Studien braucht. Das bedeutet nicht, dass jede dieser Frauen eine peripartale Depression entwickelt. Es zeigt aber, wie wichtig es ist, in dieser Zeit genauer hinzuschauen und Unterstützung früh anzubieten.

ADHS wird zudem nicht selten mit anderem verwechselt oder lässt sich schwer abgrenzen, etwa gegenüber Autismus, Traumafolgestörungen oder affektiven Störungen (vgl. Ryffel-Rowak 2024: S. 43–47; Borg Skoglund 2025: S. 104–118). Manche Frauen deuten ihr Erleben zunächst als Hochsensibilität. Auch die Frau, die ich interviewt habe, hielt sich lange für hochsensibel, weil sie Gerüche und Geräusche kaum ausblenden konnte und nach sozialen Kontakten erschöpft war. Eine erhöhte Reizempfindlichkeit ist bei Frauen mit ADHS verbreitet (vgl. Bijlenga et al. 2017). Auch die Abgrenzung zu Zwangsstörungen kann herausfordernd sein, da Schwierigkeiten in Organisation und Entscheidungsfindung oder wiederholtes Kontrollieren äußerlich ähnlich wirken können. Während bei ADHS vor allem die Steuerung von Aufmerksamkeit und die Selbstregulation herausfordernd sind, sind Zwangsstörungen durch aufdrängende Gedanken und ritualisierte Handlungen geprägt, die der Angstreduktion dienen. Im peripartalen Kontext ist diese Unterscheidung wichtig, da auch hier zwanghafte Gedanken auftreten können (vgl. Ryffel-Rowak 2024: S. 50).

Insgesamt ist ADHS bei Frauen, zumal in der Mutterschaft, ein vielschichtiges Geschehen, in dem biologische, psychische und soziale Faktoren eng miteinander verbunden sind. Viele diagnostische Kriterien und Forschungsansätze sind historisch stärker an männlichen Erscheinungsformen orientiert. Ruhigere, eher nach innen gerichtete Ausprägungen, die bei Frauen leichter übersehen werden, wurden lange weniger beachtet (vgl. Young et al. 2020). Dadurch sind diagnostische und therapeutische Zugänge nicht immer ausreichend auf die Bedürfnisse von Frauen abgestimmt. Es erscheint daher sinnvoll, Diagnostik und Behandlung stärker geschlechtersensibel zu gestalten und bestehende Zugänge weiterzuentwickeln.

3. ADHS und Mutterschaft im Licht der Existenzanalyse

Die bisherigen Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass sich die Anforderungen der Mutterschaft mit den Herausforderungen, die ADHS mit sich bringen kann, überlagern und Belastung sich dadurch verdichten kann.

Das betrifft in erster Linie die Emotionsregulation, die Reizverarbeitung und die Alltagsorganisation. Beschrieben werden ein anhaltendes Gefühl von Überforderung, innere Unruhe sowie Schwierigkeiten, den Alltag zu strukturieren, insbesondere dann, wenn mehrere Anforderungen zugleich bestehen (vgl. Young et al. 2020).

Diese Beschreibungen bleiben jedoch meist auf einer funktionalen Ebene. Sie erfassen kaum, wie diese Belastungen im Erleben der Frauen konkret erfahren werden und welche Bedeutung sie für ihre Beziehung zu sich selbst und zum Leben haben.

Die Existenzanalyse fragt hier über das Funktionieren hinaus nach der Beziehung des Menschen zu sich selbst, zu anderen und zur Welt. Der Mensch wird als grundsätzlich dialogisch und untrennbar in Beziehung zur Welt stehend verstanden (vgl. Längle 2021: S. 36–41).

Existenz bedeutet in diesem Zusammenhang ein Leben, das sich im In-Bezug-Treten und in der Auseinandersetzung mit der Welt vollzieht (vgl. Längle 2021: S. 27–29). Vor diesem Hintergrund lässt sich fragen, wie die besondere Art, mit der Menschen mit ADHS Reize, Gefühle und Anforderungen verarbeiten, unter den Bedingungen der Mutterschaft dieses In-Bezug-Treten beeinflusst.

Zur Veranschaulichung ziehe ich im Folgenden Ausschnitte aus einem von mir geführten Interview mit einer Mutter mit ADHS heran. Sie ermöglichen einen Einblick in die subjektive Erlebnisdimension und werden punktuell mit den dargestellten theoretischen Konzepten in Beziehung gesetzt. Die Interviewpartnerin hat der Veröffentlichung zugestimmt. Sie blickt im Gespräch auf die Zeit mit Baby und Kleinkind zurück. Die Angaben sind so verändert, dass keine Rückschlüsse auf die Person möglich sind, und Zitate sind sprachlich geglättet.

Die vier Grundmotivationen verstehe ich in diesem Text als Hilfe zum Verstehen und nicht als Raster, in das Frauen eingeordnet werden. **Was ich beschreibe, sind Möglichkeiten des Erlebens, keine Merkmale, die für alle Mütter mit ADHS gelten.** Das entspricht der phänomenologischen Haltung der Existenzanalyse, die beim konkreten Erleben eines Menschen bleibt und es nicht vorschnell verallgemeinert (vgl. Längle 2015a: S. 82 f., 86). Auch das Interview gibt den Blick einer einzelnen Frau wieder. Es lässt sich nicht verallgemeinern, kann aber spürbar machen, wie sich das Beschriebene im Leben anfühlen kann. In diesem Sinn betrachte ich das Zusammenspiel von ADHS und Mutterschaft im Folgenden entlang der vier Grundmotivationen.

3.1 Erste Grundmotivation: Halt und Überforderung – Erschwerte Bedingungen des Sein-Könnens

Überforderung im Zusammenhang mit ADHS und Mutterschaft kann über das Funktionale hinausgehen und zu einem tieferen Gefühl werden, den Anforderungen der Welt nicht gewachsen zu sein. Situationen wirken dann überwältigend, weil vieles auf einmal und unvorhersehbar geschieht. Mehrere meiner Klientinnen mit ADHS beschreiben, wie schwer es ihnen fallen kann, Reize zu filtern und zu gewichten. Schon alltägliche Situationen können dann viel Kraft kosten.

Die Mutter, mit der ich das Interview geführt habe, spricht immer wieder von „Chaos“. Anforderungen erlebte sie kaum als etwas, das sich ordnen lässt. Sie bewältigte sie unter großem Druck, oder sie wich ihnen aus. Darin lässt sich eine grundlegende Unsicherheit im Umgang mit der Welt erahnen.

„Es hat sich immer strukturlos und chaotisch angefühlt.“

Mit der Mutterschaft kann sich diese Erfahrung verstärken. Wenn vieles auf einmal zu bewältigen ist, Reize von außen ebenso wie die emotionale Beanspruchung, kann eine Verdichtung entstehen, die kaum noch regulierbar erscheint. Bei ADHS kann diese Mehrfachbelastung schwer handhabbar sein. Ohlmeier und Roy zeigen in ihrem Praxisbuch, dass sich Schwierigkeiten in der Organisation gut ausgleichen lassen, solange nur ein Bereich zu bewältigen ist: Familienalltag oder Beruf. Müssen alle diese Bereiche zugleich organisiert werden, reichen die bisherigen Ausgleichsstrategien oft nicht mehr aus (vgl. Ohlmeier & Roy 2022: S. 54). Übergänge und unvorhersehbare Veränderungen können die innere Stabilität rasch ins Wanken bringen.

Wenn auf das Kind reagiert, Organisatorisches erledigt und Gefühle verarbeitet werden müssen, kann dies zu erhöhter mentaler Belastung und schnellerer Erschöpfung führen. Auch mehrschrittige Aufgaben oder Multitasking kosten viel Kraft (vgl. Borg Skoglund 2025: S. 58 f.).

Ein weiterer Faktor ist Schlafmangel. Wie in Kapitel 2 beschrieben, hängen Schlaf und Aufmerksamkeit bei ADHS eng zusammen. Der Schlafmangel der frühen Mutterschaft kann es zusätzlich erschweren, sich zu regulieren und mit Reizen umzugehen.

Auch die in Kapitel 2 beschriebenen hormonellen Schwankungen können eine Rolle spielen. Meine Interviewpartnerin erzählt, wie sich Stimmung und Belastbarkeit im Verlauf ihres Zyklus verändern.

Existenzanalytisch berührt dieses Erleben die erste Grundmotivation, deren zentrale Frage lautet: „Kann ich sein?“ Das Sein-Können beschreibt die grundlegende Erfahrung, in dieser Welt bestehen zu können. Gerät diese Erfahrung ins Wanken, kann über den Stress hinaus ein Gefühl von Ohnmacht entstehen, in dem das eigene Dasein wenig tragfähig erscheint (vgl. Längle 2015a: S. 4–6; Längle 2021: S. 49 ff.).

Die Frau, mit der ich gesprochen habe, beschreibt, dass schon ein Ansprechen am Morgen zu viel sein und den ganzen Tag prägen kann:

„Ein freundliches ‚Guten Morgen‘ – ich hatte schon Angst, wenn ich das höre, dass es mich komplett rausbringt.“

Hier wird spürbar, wie wenig innerer Raum in solchen Momenten bleibt, um Reize aufzunehmen und zu verarbeiten.

Rückzug, Vermeidung oder impulsive Reaktionen können vor diesem Hintergrund als Versuche verstanden werden, die Überforderung zu begrenzen und unter erschwerten Bedingungen ein Mindestmaß an Stabilität aufrechtzuerhalten (vgl. Längle 2015a: S. 13–18; Längle 2021: S. 117 ff.). Auch das Funktionieren unter Druck kann kurzfristig Halt geben, trägt aber meist nicht auf Dauer.

Diese Formen des Umgangs lassen sich als sinnhafte Bewältigungsversuche verstehen statt als Defizite, wenn das Sein-Können unter Druck gerät.

Mutterschaft kann das Sein-Können aber auch stützen. Die Mutter aus dem Interview erlebte die erste Zeit nach der Geburt ihres ersten Kindes als überraschend ruhig:

„Das war die erste Zeit meines Lebens, wo ich das Gefühl gehabt habe, ich fühle einmal für längere Zeit keinen Stress.“

Sie hatte sich bewusst Schutz geschaffen, wollte in den ersten Wochen nur mit dem Kind sein und war gut begleitet. Die Kinder gaben ihr eine Struktur, die sie halten konnte:

„Die Kinder geben mir Struktur, die ich halten kann, weil sie einen Rahmen hat. Aber es ist unglaublich anstrengend.“

Fällt diese Struktur weg, etwa an Tagen ohne die Kinder, braucht sie lange, um sich wieder einzufinden. Existenzanalytisch wird hier deutlich, wie sehr das Sein-Können von Bedingungen wie Schutz und Raum abhängt.

In der therapeutischen Begleitung geht es deshalb zuerst darum, gemeinsam Bedingungen zu finden, unter denen wieder ein Gefühl von Halt und Bewältigbarkeit entstehen kann. Das betrifft sowohl äußere Struktur als auch den Aufbau eines inneren Raumes, in dem Reize dosiert aufgenommen werden können.

3.2 Zweite Grundmotivation: Beziehung und Erschöpfung – Ambivalenzen im Leben-Mögen

Neben der Überforderung kann auch eine tiefe emotionale Ambivalenz spürbar werden. Gefühle können intensiv und unmittelbar kommen und lassen sich dann nicht immer leicht regulieren.

Auch die Mutterschaft selbst kann ambivalent erlebt werden: Sie kann einerseits strukturgebend und sinnstiftend wirken, andererseits zu erheblicher emotionaler Erschöpfung führen. Mutterschaft ist geprägt von Nähe, Beziehung und Verbundenheit, aber auch von ständiger Verfügbarkeit und Verantwortung. Hinzu kommt die sogenannte „mental load“, also die dauerhafte gedankliche Organisation des Alltags. Bei ADHS kann diese permanente innere Beanspruchung besonders belastend sein.

Die interviewte Mutter beschreibt genau diese Spannung: Zunächst gab ihr die Mutterschaft Halt, mit der Zeit kam eine wachsende Erschöpfung dazu. Besonders schwer war für sie das abendliche Einschlafbegleiten, das sich über Stunden ziehen konnte:

„Da ist eine extreme Wut gekommen, das nicht auszuhalten. Ich muss aufstehen, ich kann nicht.“

Danach war sie traurig, diese Momente nicht halten zu können. Emotionale Überforderung kann sich in impulsiven Reaktionen äußern, die im Nachhinein mit Schuldgefühlen verbunden sind. In solchen Momenten kann sich entladen, was sich vorher an Überlastung angestaut hat. Längle beschreibt die Wut auf dieser Ebene als „innere Aufwallung des Lebens“, die Beziehung sucht (vgl. Längle 2018: S. 23). So gesehen kann ein Ausbruch auch Ausdruck davon sein, dass eine Mutter in der Überforderung noch um Beziehung ringt. Ein solcher Moment muss die Beziehung nicht dauerhaft belasten. Tronick und Beeghly beschreiben, dass Momente, in denen Eltern und Kind nicht im Einklang sind, zum Miteinander dazugehören, ebenso wie das Wiederfinden danach (vgl. Tronick & Beeghly 2011). Wo Mutter und Kind wieder zueinanderfinden, kann diese Erfahrung von Wiedergutmachung die Beziehung stärken.

Damit ist die zweite Grundmotivation berührt, mit ihrer Frage: „Mag ich leben?“ (vgl. Längle 2018: S. 60 ff.; Längle 2021: S. 55 ff.). Hier geht es um die Qualität des Erlebens: darum, ob das Leben als etwas erfahren werden kann, dem man sich innerlich zuwenden mag.

Bei ADHS kann diese Zuwendung schwanken, zwischen intensiver Verbundenheit und Rückzug aus Überforderung. Nähe kann dann bereichern und belasten zugleich. Der Rückzug kann vor weiterer Überforderung schützen und helfen, die eigene Belastbarkeit zu regulieren.

„Beim vierten oder fünften ‚Mama!‘ – das ist nicht viel, aber wenn es mir nicht gut geht, reicht es.“

Spürbar wird das in Situationen körperlicher Nähe. Bei sensorischer Empfindlichkeit können Berührung oder Stillen verbinden und zugleich überfordern (vgl. Borg Skoglund 2025: S. 129). Eine ausgeprägte sensorische Empfindlichkeit kann auch auf autistische Merkmale hinweisen, die gemeinsam mit ADHS auftreten können. Daraus kann eine Spannung entstehen, in der Nähe gewünscht und doch vermieden wird.

Aus Sicht der zweiten Grundmotivation wird deutlich, wie viel Kraft die Zuwendung, ihre zentrale Aktivität, unter diesen Bedingungen kostet (vgl. Längle 2018: S. 27). Das Leben kann dann zwischen Anziehung und Erschöpfung schwanken, statt durchgehend als etwas erlebt zu werden, das man „mögen“ kann. Die beschriebenen Ambivalenzen lassen sich als Ausdruck eines Ringens um Zuwendung verstehen, in dem Annäherung und Rückzug gleichermaßen Versuche sind, mit der inneren Spannung umzugehen.

In der Therapie kann es dann darum gehen, behutsam einen Zugang zu Beziehung und Gefühlen zu finden, der nicht überfordert. Mit einem Baby lassen sich Nähe und Pausen kaum planen. Hilfreich kann dann sein, die eigene Erschöpfung als Zeichen von Überforderung zu verstehen, kleine Momente wahrzunehmen, in denen Nähe auch guttut, und gemeinsam zu schauen, wo im Alltag ein wenig Entlastung möglich ist.

3.3 Dritte Grundmotivation: Selbstwert und Schuld – Ringen um das Selbst-Sein-Dürfen

Ein zentraler Aspekt ist der Selbstwert. In Studien berichten Frauen mit ADHS von dem Gefühl, den eigenen oder äußeren Anforderungen nicht gerecht zu werden, „nicht richtig zu sein“, sowie von anhaltenden Selbstzweifeln und Schuldgefühlen (vgl. Attoe & Climie 2023; Holden & Kobayashi-Wood 2025).

In ihren Erzählungen tauchen Erfahrungen des Scheiterns auf, das Gefühl, sich „durchzuschummeln“, und die Mühe, Anforderungen auf Dauer zu erfüllen. Diese Erfahrungen können dazu beitragen, dass sich ein negatives Selbstbild verfestigt. Auch Schuldgefühle gegenüber den eigenen Kindern und eine kritische Bewertung des eigenen Verhaltens kommen vor. Die Frau, die ich interviewt habe, spricht davon, Angst vor ihren eigenen Reaktionen gehabt zu haben, und von einem schlechten Gewissen, das jedes Mal dazukam. Existenzanalytisch lässt sich in Schuldgefühlen auch ein Wert erkennen: Sie zeigen, wie wichtig einer Mutter ihr Kind und ihr eigenes Verhalten sind.

In Studien beschreiben spät diagnostizierte Frauen die Diagnose oft als Entlastung, weil sie neue Erklärungen ermöglicht und Selbstabwertung relativieren kann (vgl. Holden & Kobayashi-Wood 2025). Für meine Interviewpartnerin bedeutet sie Entlastung und Verantwortung zugleich:

„Es nimmt mir ein bisschen das Schuldgefühl, aber es bringt mich auch in die Verantwortung.“

Existenzanalytisch lässt sich darin auch eine Stellungnahme zu sich selbst erkennen:

„Das ist jetzt ein Teil von mir, und das hilft mir, mich zu verstehen.“

Damit ist die dritte Grundmotivation berührt, deren zentrale Frage lautet: „Darf ich so sein, wie ich bin?“ (vgl. Längle 2022: S. 6; Längle 2021: S. 57 ff.). Im Zentrum stehen das Erleben von Eigenwert, die Wahrnehmung des eigenen Selbst sowie die Fähigkeit, sich selbst zu vertreten und für sich einzustehen.

Dazu kommt eine Diskrepanz zwischen Möglichkeit und Umsetzung, die mit den in Kapitel 2 beschriebenen exekutiven Funktionen zusammenhängt: Manche Frauen erleben, dass sie grundsätzlich etwas leisten könnten, es im Alltag aber nicht zuverlässig gelingt. Aus diesem Spannungsfeld können Selbstabwertung und Schuldgefühle entstehen, als Versuch, sich die Differenz zwischen Anspruch und Realität zu erklären.

In der Mutterschaft kann sich diese Dynamik durch hohe normative Erwartungen verstärken.

Hinzu kommt das in Kapitel 2 beschriebene Masking, durch das der Zugang zum eigenen Erleben zunehmend verloren gehen kann. Längle nennt das „Funktionieren“ als eine der Reaktionen, wenn das Selbst-Sein nicht gelebt werden kann (vgl. Längle 2022: S. 64).

Masking kann dazu dienen, Zugehörigkeit zu sichern und Bewertung durch andere zu vermeiden, auch wenn der Kontakt zu sich selbst dadurch in den Hintergrund rückt.

So kann es schwer werden, das Eigene wahrzunehmen und zu vertreten, und es kann eine innere Distanz zu sich selbst entstehen.

Wie viel Gesehenwerden bewirken kann, beschreibt auch die interviewte Mutter. Eine Ausbildung konnte sie erst abschließen, als Menschen ihr sagten: „Du bist gut, du schaffst das. Ich sehe, da ist mehr.“ In der therapeutischen Beziehung kann eine Frau erfahren, dass ihr Erleben gesehen wird, ohne bewertet zu werden. Selbstwert kann so über ein verstehendes und annehmendes In-Beziehung-Treten zu sich selbst wieder zugänglich werden, unabhängig von Leistung.

3.4 Vierte Grundmotivation: Sinn und Orientierung – Mutterschaft zwischen Anspruch und Stimmigkeit

Neben den bisherigen Dimensionen stellt sich auch die Frage nach Sinn und Orientierung. Mutterschaft kann Richtung geben und ebenso belasten.

Ihr Leben vor der Mutterschaft beschreibt die Frau, die ich interviewt habe, als wenig strukturiert und ziellos. Lange habe sie gar nicht gewusst, was sie wolle. Als Mutter fühlte sie sich dagegen „in der Rolle als Mama voll sicher“. Die Mutterschaft brachte ihr eine neue Form von Orientierung, die mit der Zeit auch mit Überforderung verbunden war.

Hier geht es um die vierte Grundmotivation und ihre Frage: Wofür lebe ich? (vgl. Längle 2025: S. 5–7; Längle 2021: S. 60 ff.). Sinn entsteht in der Existenzanalyse im dialogischen Bezug zur Welt und in der Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Anforderungen, die das Leben stellt.

Im Leben mit Kindern kann dieser dialogische Charakter unmittelbar spürbar werden: Kinder suchen Antworten, und als Mutter ist man immer wieder gefragt. Es kann jedoch schwierig sein, eine eigene Orientierung zu entwickeln, wenn die Anforderungen überwältigend sind. Ein starkes Ausrichten an äußeren Anforderungen kann auch Orientierung geben und helfen, innere Unsicherheit vorübergehend zu stabilisieren.

Es kann eine Spannung entstehen zwischen dem Wunsch, eine bestimmte Form von Mutterschaft zu leben, und der tatsächlich erlebten Realität. Wird diese Diskrepanz nicht integriert, kann dies zu Verunsicherung und einem Gefühl von Sinnverlust führen. Das Festhalten an idealisierten Vorstellungen entspricht dem, was Längle als Idealisierung beschreibt: eine Reaktion, die Orientierung und Halt bewahren soll, aber auch zusätzlich unter Druck setzen kann (vgl. Längle 2025: S. 29, 31).

In der Begleitung kann Raum entstehen, eigene Formen von Sinn und Orientierung zu entdecken, die an die konkrete Lebensrealität anschließen und zu ihr passen, statt an Idealbildern zu hängen.

4. Therapeutische Implikationen: Ein integrativer Zugang zu ADHS und Mutterschaft

ADHS im Kontext von Mutterschaft lässt sich als Zusammenspiel mehrerer Ebenen verstehen. Therapeutische Begleitung sollte deshalb die besonderen Anforderungen dieser Lebensphase im Blick haben.

Sinnvoll erscheint ein Zugang, der unterschiedliche Formen der Unterstützung miteinander verbindet. Empfohlen wird eine multimodale Behandlung, zu der Psychoedukation, Hilfen im Alltag und Medikamente gehören können (vgl. Borg Skoglund 2025: S. 176). Praktische Hilfen wie ADHS-spezifisches Coaching oder Beratung und Entlastung im Alltag können vieles tragfähiger machen. Psychotherapeutisch richtet die Existenzanalyse den Blick auf das subjektive Erleben. Sie kann, angepasst an die Bedürfnisse bei ADHS, auch strukturierende Elemente aufnehmen, wie in den folgenden Abschnitten beschrieben.

Meiner Erfahrung nach können Belastungen mit Fertigkeiten im Alltag zu tun haben und ebenso berühren, wie Halt, Beziehung, Selbstwert und Sinn erlebt werden. Eine therapeutische Begleitung sollte daher beide Ebenen einbeziehen.

4.1 Existenzanalyse als vertiefender Zugang

Die Existenzanalyse richtet den Blick auf das Erleben und die Beziehung eines Menschen zu sich selbst und zur Welt. Für Mütter bedeutet das, die konkrete Lebensrealität mit ihren Anforderungen, Ambivalenzen und Belastungen in den therapeutischen Prozess einzubeziehen.

Bei ADHS kann hier eine besondere Herausforderung entstehen: Die Offenheit und Prozesshaftigkeit des existenzanalytischen Vorgehens kann auf ein Bedürfnis nach äußerer Struktur treffen, weil Selbststrukturierung besonders anstrengend sein kann. Ohne klare Rahmung kann es zu Überforderung, Abschweifen oder Abbruch kommen.

Hilfreich erscheint daher ein Rahmen, der sowohl Struktur als auch Offenheit ermöglicht. Struktur soll hier nicht einschränken. Sie kann den Kontakt mit dem eigenen Erleben erst ermöglichen, erst recht in einem Alltag, der immer wieder unterbrochen wird. Die vier Grundmotivationen bieten dafür eine hilfreiche Orientierung, um die unterschiedlichen Belastungsebenen differenziert zu erfassen.

In der Fachliteratur ebenso wie in Seminaren und Fortbildungen zu ADHS begegnet mir fast immer die Verhaltenstherapie als das empfohlene Verfahren. Das lässt sich auch dadurch erklären, dass sie gut strukturierbar und wissenschaftlich gut untersuchbar ist. Sie arbeitet mit klaren Interventionen, konkreten Übungen und nachvollziehbaren Zielsetzungen. Dadurch gibt es hier mehr Forschung und somit auch mehr Belege zu ihrer Wirkungsweise.

Erlebnisorientierte und phänomenologische Ansätze wie die Existenzanalyse sind demgegenüber schwerer standardisierbar und daher in der Forschung weniger stark vertreten. Daraus lässt sich nicht ableiten, dass sie weniger wirksam sind. Es verweist auf unterschiedliche Zugänge zum Verständnis von psychotherapeutischen Prozessen.

4.2 Therapeutische Orientierung entlang der vier Grundmotivationen

Das therapeutische Vorgehen kann sich an den vier Grundmotivationen orientieren, immer im Zusammenhang mit der konkreten Lebensrealität von Mutterschaft. Hilfreich sind klare Struktur und Fokussierung, kurze, alltagsnahe Impulse, ein angepasstes Tempo und das Einbeziehen von Körper und Wahrnehmung.

In der Existenzanalyse ist die therapeutische Beziehung selbst ein wesentlicher Teil des Vorgehens. Sie kann erfahrbar machen, was im Alltag fehlen kann: Halt, Zuwendung, Beachtung und Orientierung. Für Mütter mit ADHS kann das bedeuten, dass ein Ort, an dem sie nicht funktionieren müssen, schon selbst entlastend wirkt. Dazu gehört, dass

die Frau das Tempo bestimmt, jederzeit Nein sagen kann und weiß, was in der Stunde geschieht. Für Frauen, die früh Kritik und Beschämung erlebt haben, kann diese Erfahrung von Sicherheit und Mitbestimmung besonders wichtig sein.

Auch das Setting kann an ADHS angepasst werden, etwa durch eine kurze schriftliche Zusammenfassung am Ende einer Stunde, Erinnerungen an Termine, einen wohlwollenden Umgang mit Verspätungen oder Absagen und, wenn nötig, die Möglichkeit, in der Stillzeit das Baby mitzubringen. Solche Anpassungen können erst die Voraussetzung dafür schaffen, dass therapeutische Prozesse überhaupt möglich werden.

Erste Grundmotivation: Stabilisierung im Alltag zwischen Anforderungen und Überforderung

Wenn vieles auf einmal kommt, kann der Alltag kaum mehr bewältigbar erscheinen (siehe Kapitel 3.1). Zunächst geht es deshalb darum, wieder ein Gefühl von Halt und „Sein-Können“ zu ermöglichen. Konkret heißt das, den Alltag so zu gestalten, dass Anforderungen reduziert, priorisiert und überschaubar werden. Im Alltag mit Kindern kann das beinhalten:

- ☞ bewusste Gestaltung von Übergängen am Morgen und am Abend
- ☞ weniger Anforderungen auf einmal
- ☞ realistische Alltagsstrukturen
- ☞ ein eigener Platz, auch im Kleinen, etwa ein Sessel oder eine Ecke, die nur ihr gehört
- ☞ Reize dämpfen, etwa mit Gehörschutz in lauten Phasen oder gedämpftem Licht

In der therapeutischen Beziehung bedeutet das eine ruhige, verlässliche Haltung und einen klaren, überschaubaren Rahmen der Stunden. Hilfreich kann es sein, das Gespräch bei einem einzigen Moment des Tages zu beginnen statt bei allem, was gerade zu viel ist. Die folgenden Fragen verstehen sich als Angebote. Sie werden nur gestellt, wenn genug Sicherheit da ist, und dürfen jederzeit unbeantwortet bleiben. Mögliche Fragen sind:

- ☞ Was trägt dich gerade, auch wenn es nur wenig ist?
- ☞ Was muss heute nicht sein?
- ☞ Wann hattest du diese Woche einen Moment, in dem es ruhiger war? Was war da anders?
- ☞ Wo in deiner Wohnung kannst du einen Moment für dich sein?
- ☞ Was hilft dir, nach einem lauten Moment wieder anzukommen?

Ziel ist ein grundlegendes Gefühl von Bewältigbarkeit im Alltag, keine Optimierung von Leistung.

Zweite Grundmotivation: Beziehung zwischen Nähe und Überforderung gestalten

Wie in Kapitel 3.2 beschrieben, kann die Dauerbeanspruchung durch Nähe und ständige Verfügbarkeit bei ADHS zu Überforderung führen. Nähe ist erwünscht und kann doch belasten, vor allem körperliche Nähe oder ständiges Angesprochenwerden bei sensorischer Empfindlichkeit. Es geht darum, einen Umgang mit Beziehung zu finden, der sowohl Nähe als auch Abgrenzung zulässt. Das kann bedeuten:

- ☞ Rückzug und Pausen als notwendige Selbstfürsorge zu legitimieren
- ☞ körperliche und emotionale Grenzen wahrzunehmen
- ☞ Überforderung im Kontakt zu benennen und zu verstehen, auch Gereiztheit, Ärger oder Wut, sollten sie kommen, als Zeichen dafür, dass Beziehung gesucht wird
- ☞ frühe Anzeichen wahrzunehmen, dass es kippt, etwa Hitze, Enge oder Gereiztheit, und sich zu fragen: Was fehlt mir gerade? Gibt es einen Minischritt, den ich jetzt setzen kann?

Mit einem Baby lässt sich Momenten der Überforderung oft nicht ausweichen. Zeit und Nähe, die Bedingungen der zweiten Grundmotivation, sind in dieser Phase besonders eng verschränkt. Die viele Nähe kann schön und nährend sein. Sie kann zu anderen Zeiten auch zu viel werden, vor allem wenn wenig Zeit für sich bleibt. Wenn eine Mutter das so verstehen kann, muss sie eine Überforderung, wenn sie auftritt, nicht gegen sich selbst wenden.

Therapeutisch ist hier Zuwendung ohne Druck wichtig: Zeit, Wärme und die Erfahrung, dass auch schwierige Gefühle wie Wut oder Erschöpfung Platz haben, ohne dass die Beziehung daran zerbricht. Gerade nach intensiven oder herausfordernden Momenten mit dem Kind kann es entlastend sein, gemeinsam zu schauen, was in diesem Moment gefehlt hat, statt bei der Schuld stehen zu bleiben. Mögliche Fragen sind:

- ☞ Wann hast du dich deinem Kind diese Woche gern zugewendet?
- ☞ Wie viel Nähe tut dir gut, und woran merkst du, dass es zu viel wird?
- ☞ Was hättest du in dem Moment, in dem es gekippt ist, selbst gebraucht?
- ☞ Bei wem musst du nicht funktionieren?
- ☞ Was hilft dir und deinem Kind, nach einem schwierigen Moment wieder zueinanderzufinden?

Ziel ist, dass Beziehung wieder nähren kann und nicht ausschließlich erschöpft.

Dritte Grundmotivation: Selbstwert im Spannungsfeld von Anspruch und Realität

Im Kontext von Mutterschaft wirken hohe Erwartungen an „gute Mutterschaft“. Bei ADHS kann hier eine Diskrepanz zwischen dem eigenen Anspruch und der gelebten Realität entstehen, die zu Selbstzweifeln, Schuldgefühlen und einem Gefühl des Nicht-Genügens führen kann. Therapeutisch geht es darum:

- ☞ normative Erwartungen zu reflektieren und zu relativieren
- ☞ die Diskrepanz zwischen Anspruch und Realität verstehbar zu machen
- ☞ Selbstwert nicht primär an Leistung zu knüpfen
- ☞ einen wohlwollenderen Zugang zum eigenen Erleben zu entwickeln
- ☞ selbst zu entscheiden, wem sie von der Diagnose erzählt, etwa in der Familie oder im Kindergarten
- ☞ sich von Ratschlägen abzugrenzen und sich nicht an anderen Müttern oder an Social Media messen zu müssen
- ☞ auch kleine Momente wahrzunehmen, in denen etwas gelingt

In der therapeutischen Einheit kann auch Platz haben, was nicht gelingt. Dazu gehört, das Masking behutsam anzusprechen: Wer jahrelang funktioniert hat, präsentiert sich vielleicht auch in der Therapie zunächst von der „guten“ Seite. Wertschätzung bedeutet hier, auch die Anstrengung dahinter zu würdigen. Mögliche Fragen sind:

- ☞ Was hast du diese Woche geschafft, das sonst keinem aufgefallen ist?
- ☞ Wessen Stimme hörst du, wenn du dir vorwirfst, keine gute Mutter zu sein?
- ☞ Was würdest du einer Freundin in deiner Lage sagen?
- ☞ Wo vergleichst du dich mit anderen Müttern, und wie geht es dir dabei?
- ☞ Was macht dich als Mutter aus, gerade auch dort, wo du es anders machst als andere?

Ziel ist, dass das eigene Selbst wieder als annehmbar und vertretbar erlebt werden kann, auch unter den gegebenen Bedingungen.

Vierte Grundmotivation: Orientierung zwischen Mutterrolle und eigener Identität

Mutterschaft bringt eine grundlegende Frage nach Orientierung mit sich: Wie kann ein Leben gestaltet werden, das den Bedürfnissen der Kinder und den eigenen gerecht wird? Bei ADHS kann diese Frage besonders herausfordernd sein, weil langfristige

Planung viel Kraft kosten kann. Die Aufgabe besteht darin, Fürsorge für das Kind und den Erhalt einer eigenen Identität in eine tragfähige Balance zu bringen, statt sie gegeneinander auszuspielen. Das kann beinhalten:

- ☞ persönliche Werte jenseits von Rollenbildern klären, etwa was eine Mutter ihrem Kind mitgeben möchte. Daran kann sich der Alltag orientieren statt an allgemeinen Normen.
- ☞ realistische und stimmige Lebensentwürfe entwickeln
- ☞ Ambivalenzen integrieren
- ☞ eigene Bedürfnisse anerkennen

Manchen Frauen hilft es, Sinn im Konkreten zu suchen, im heutigen Tag oder in der nächsten Woche, statt in großen Lebensentwürfen. Für Eigenes bleibt mit einem Baby wenig Raum. Dann kann es entlasten, sich bewusst zu machen, dass diese Zeit eine Phase ist. Therapeutisch geht es um eine offene, nicht wertende Haltung gegenüber dem, was für diese Frau stimmig ist, auch wenn es von gängigen Vorstellungen von Mutterschaft abweicht. Solche Vorstellungen begegnen Müttern oft in Form von Ratschlägen und gut gemeinten Tipps, die auch ungefragt kommen. Die Therapie kann ein Ort sein, an dem auch Gefühle und Gedanken Platz haben, die für Familie, Freundeskreis oder Gesellschaft unbequem sind und nicht dem idealisierten Bild der jungen Mutter entsprechen. Mögliche Fragen sind:

- ☞ Wofür lohnt sich dein Einsatz heute?
- ☞ Was ist dir als Mutter wirklich wichtig, und was hast du übernommen?
- ☞ Was möchtest du für dich selbst nicht verlieren?
- ☞ Woran merkst du, dass etwas für dich stimmig ist?
- ☞ Was soll dein Kind einmal von dir mitnehmen?

Ziel ist, dass sich das eigene Leben auch innerhalb der Mutterschaft stimmig und sinnvoll anfühlt.

4.3 Kleine Impulse für den Alltag mit Kind

Die Übungen der Existenzanalyse sind für die Arbeit in der Therapiestunde entwickelt worden. Einige davon, etwa die Sesselmethode oder die Körperreisen, dauern etwa 20 Minuten und beginnen mit einem entspannten, nach innen gerichteten Zustand, den Längle Hypnoid nennt. Für Mütter mit ADHS und einem kleinen Kind kann das schwer umzusetzen sein. Nach meiner Erfahrung ist gerade die Sesselmethode in ihrer ursprünglichen Form für sie oft zu lang, und der nach innen gerichtete Zustand kann, etwa bei Traumaerfahrungen, eher verunsichern als stützen. Ihre Aufmerksamkeit kann stärker nach außen gerichtet sein, und Signale aus dem eigenen Körper werden

manchmal weniger deutlich wahrgenommen, darauf weist eine kleine Studie hin (vgl. Kutscheidt et al. 2019). Bei Frauen mit ADHS kommt öfter als bei Männern eine erhöhte oder verminderte Empfindlichkeit für Sinnesreize dazu (vgl. Bijlenga et al. 2017).

Die folgenden Impulse sind darum kurz. Sie dauern meist ein bis drei Minuten und lassen sich an Situationen knüpfen, die es im Alltag mit Kind ohnehin gibt, etwa an das Wickeln, das Füttern oder das Spaziergehen. Die Augen dürfen offen bleiben, Bewegung ist erlaubt, und alles kann jederzeit beendet werden. Ich beginne meist dort, wo die Aufmerksamkeit ohnehin ist, im Außen. Manchmal wende ich mich danach behutsam dem Körper zu, manchmal bleibt es beim Außen. Jede der folgenden Anregungen ist einer Grundmotivation zugeordnet und an eine Übung oder Methode von Löngle angelehnt. Ich beschreibe jeweils, was ursprünglich gemeint war, wie ich sie abgewandelt habe und warum ich sie vorschlage.

Sie sollten nicht als Empfehlung mitgegeben werden, ohne sie vorher gemeinsam in der Therapie auszuprobieren. Erst im gemeinsamen Erleben wird sichtbar, ob etwas stützt oder belastet. Wenn etwas überfordert, keinen Raum hat oder zu viel ist, wird es gelassen. Dass etwas im Moment nicht geht, hat einen guten Grund. Das gilt besonders für die Zuwendung zum Körper. Für manche Frauen ist sie gerade nicht möglich oder überfordernd, etwa nach einer belastenden Geburt, bei Traumaerfahrungen oder in großer Erschöpfung. Dann darf das so sein, und der Weg führt zunächst über das Außen oder über das Gespräch. Manches kann auch schambesetzt sein. Ist das Baby im Therapieraum dabei, ist die Aufmerksamkeit der Mutter meist bei ihm, und vieles lässt sich dann gar nicht umsetzen. Alles Folgende verstehe ich darum als Vorschlag mit Vorbehalt.

Für die Durchführung in der Stunde gilt: Ich mache alles selbst mit, statt die Frau zu beobachten. Das nimmt Druck und Scham aus der Situation und entspricht traumasensiblen Arbeiten, wie ich es gelernt habe. Vorher wird ein Stoppsignal vereinbart, ein Wort oder eine Geste, verbunden mit dem Hinweis, dass jederzeit gestoppt werden kann. Auch wenn das ausgemacht ist, kann es schwerfallen, Stopp zu sagen, besonders bei Traumaerfahrungen oder wenn jemand gewohnt ist, durchzuhalten und zu funktionieren. Darum braucht es eine aufmerksame, behutsame Begleitung, die auf kleine Zeichen von Anspannung oder Rückzug achtet und von sich aus nachfragt oder unterbricht. Als Therapeutin leite ich nur an, was ich gut anleiten kann, selbst in Selbsterfahrung ausprobiert habe und dessen Wirkung ich im therapeutischen Rahmen auch halten kann.

Eine postpartale Depression sollte in der Arbeit mit Müttern immer mitbedacht werden, bei ADHS umso mehr, da ihr Risiko deutlich erhöht ist (vgl. Kapitel 2). Hinweise können eine anhaltend gedrückte Stimmung, Antriebs- und Freudlosigkeit, Schuldgefühle oder ein Gefühl der Gefühllosigkeit dem Kind gegenüber sein, im schwersten Fall Suizidgedanken (vgl. Riecher-Rössler 2006: S. 11 f.). Aus Scham- und Schuldgefühlen

werden diese Anzeichen oft verschwiegen, und sie lassen sich leicht mit Erschöpfung (vgl. Riecher-Rössler 2006: S. 14 f.) oder mit ADHS verwechseln. Ein einfaches Screening bietet die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (vgl. Dorsch & Rohde 2010; Riecher-Rössler 2006: S. 15 f.). Bei einer postpartalen Depression können auch die im Folgenden beschriebenen Impulse leicht überfordern, so kurz sie sind. Wer kaum Antrieb hat, erlebt auch etwas Kurzes als weitere Anforderung. Fragen wie „Mag ich das?“ oder das Nachklingenlassen eines schönen Moments können eine Frau, die gerade nichts, wenig oder verändert fühlt, mit dieser Leere konfrontieren und Schuld und Scham verstärken, und Fragen nach dem Sinn können Hoffnungslosigkeit berühren. Dann stehen Entlastung, Stabilisierung und eine psychiatrische Abklärung im Vordergrund, und alles andere tritt zurück, bis wieder mehr Kraft da ist.

Halt finden (erste Grundmotivation)

Die erste Grundmotivation fragt: Kann ich sein? Dafür braucht es Schutz, Raum und Halt. Mütter halten im Alltag sehr viel, das Kind, die Abläufe, die Familie. Die folgenden Anregungen laden ein zu erleben, dass auch sie gehalten werden, ohne dafür etwas leisten zu müssen.

Boden unter den Füßen. Ausgangspunkt ist die phänomenologische Dialogübung, die Längle auch Sesselmethode nennt (vgl. Längle 2015a: S. 40–42; Längle 2021: S. 130). Dort nimmt man im entspannten Zustand Kontakt zum Sessel auf, spürt, was er einem gibt, nimmt Stellung dazu und überlässt sich ihm schließlich mit dem ganzen Gewicht. Ziel ist, den Bezug zur Welt zu stärken und Halt zu finden. Als mögliche Variante nennt Längle selbst den Boden (vgl. Längle 2015a: S. 42). Ich habe die Übung auf wenige Fragen verkürzt und lasse die Entspannungseinleitung weg: Ich spüre den Boden. Was spüre ich von ihm? Trägt er mich? Kann ich ein wenig Gewicht an ihn abgeben? Dafür braucht es keinen eigenen Platz, und eine Minute genügt. Der Boden ist immer da und lädt ein, für einen Moment nichts halten zu müssen.

Ruhiges, aufrechtes Stehen ist allerdings nicht für alle angenehm. Bei Traumaerfahrungen kann es überfordern. Manche Menschen fühlen sich im geraden Stehen unwohl oder haltlos, oder ihnen wird schwindelig. Nach der Geburt können auch Schlafmangel, niedriger Blutdruck oder Blutverlust dazu beitragen. Deshalb biete ich es zuerst im Sitzen an, mit beiden Füßen am Boden. Nach meiner Erfahrung fühlen sich einige Frauen im Vierfüßlerstand am wohlsten. Hände und Knie haben dort Kontakt zum Boden, und der Körper muss sich nicht selbst aufrecht halten. Im Stehen helfen leicht gebeugte Knie, ein Verlagern des Gewichts von einem Fuß auf den anderen oder ein sanftes Schaukeln, wie es mit einem Baby auf dem Arm von selbst entsteht. Wer möchte, kann die Füße auch bewusst in den Boden drücken, statt nur hinzuspüren. Wird der Boden nicht als tragend erlebt, ist auch das eine wichtige Information für die weitere Arbeit und kein misslungener Versuch.

Etwas in der Hand halten. Auch hier ist die Sesselmethode der Ausgangspunkt. Längle nennt als Variante, andere Sinne einzubeziehen, etwa das Tasten (vgl. Längle 2015a: S. 42). Statt des Sessels wird ein kleiner Gegenstand gewählt: ein warmes Häferl, ein Stein in der Jackentasche, ein weiches Tuch. Die Augen bleiben offen: Was spüre ich davon? Ist es warm, fest, schwer? Kann ich es einen Moment lang halten und mich ein wenig daran halten? Gemeint ist ein kurzer Moment, in dem Wärme, Gewicht oder Festigkeit spürbar werden, also etwas, das hält. Frauen mit ADHS, die ich begleite, fällt es oft leichter, die Aufmerksamkeit auf etwas Konkretes im Außen zu richten als auf den eigenen Körper. Ein Gegenstand in der Hand kann ein solcher Anker sein. Von ihm aus kann die Aufmerksamkeit kurz nach innen gehen, etwa zur Wärme in den Händen, und wieder zurück zum Gegenstand. Dieses Pendeln zwischen außen und innen kenne ich aus der traumasensiblen Körperarbeit. Es hilft, beim eigenen Körper anzukommen, ohne dort bleiben zu müssen. Der Gegenstand lässt sich mitnehmen und ist in schwierigen Momenten griffbereit.

Sich anlehnen. Halt bedeutet in der ersten Grundmotivation das, was sich mir entgegenhält. In der Sesselmethode ist das der Sessel, der den Rücken stützt. Im Alltag kann das eine Wand, eine Rückenlehne oder ein Kissen sein, an das sich die Mutter beim Füttern oder mit dem Kind auf dem Arm bewusst anlehnt: Etwas stützt mich. Ich muss mich gerade nicht selbst halten. Das Füttern kehrt mehrmals am Tag wieder. Darum eignet es sich gut, um etwas Kleines daran zu knüpfen, ohne dass zusätzlich Zeit gefunden werden muss.

Gehen und getragen werden. Als weitere Variante der Sesselmethode nennt Längle, beim Laufen oder Schwimmen die Bewegung zu spüren (vgl. Längle 2015a: S. 42). Beim Spazierengehen mit Kinderwagen oder Trage achtet die Mutter für einige Schritte darauf, wie die Füße abrollen: Ich gehe. Der Boden trägt mich, Schritt für Schritt. Damit das Abrollen spürbar wird, helfen zu Hause Socken oder bloße Füße statt Hausschuhen und draußen Schuhe mit biegsamer Sohle. Manchen fällt es leichter, in Bewegung zur Ruhe zu kommen als im Stillsitzen. Dass Bewegung bei Erwachsenen mit ADHS die Aufmerksamkeit kurzfristig verbessern kann, darauf weist eine Studie von Mehren et al. (2019) hin, auch wenn dort ein längeres Ausdauertraining untersucht wurde.

Beziehung aufnehmen (zweite Grundmotivation)

Die zweite Grundmotivation fragt: Mag ich leben? Es geht um Beziehung, Zeit und Nähe und darum, sich vom Wert des Lebens berühren zu lassen. Im Alltag mit Kind ist viel Nähe da. Es bleibt aber wenig Zeit, sie bewusst zu erleben, und die Nähe zu sich selbst kommt meist zu kurz.

Ein Moment Wärme. In der Körperreise der zweiten Grundmotivation, wie ich sie in meiner Ausbildung kennengelernt habe, geht es darum, ob ich Wärme und Leben im Körper spüre und ob ich in diesem Körper sein mag (vgl. Längle 2018: S. 53). Daraus wird

hier ein kurzer Moment. Die Mutter legt etwa eine halbe Minute lang eine Hand auf eine Stelle des Körpers, an der es sich angenehm anfühlt, oder sie spürt eine Wärme von außen, etwa die Sonne auf der Haut oder eine Decke: Spüre ich die Wärme? Mag ich das? Ist die Berührung des eigenen Körpers gerade unangenehm, etwa nach einem Kaiserschnitt oder weil sich der Körper nach der Geburt fremd anfühlt, genügt die Wärme von außen. Die Frage „Mag ich das?“ ist der Kern der zweiten Grundmotivation. Sie ist ein Angebot und keine Aufgabe für jeden Tag. Ist auch diese eine Frage an einem Tag zu viel, ist das ein Hinweis darauf, wie wenig Raum gerade da ist, und kann in der nächsten Einheit aufgegriffen werden.

Einen guten Moment nachklingen lassen. Längle beschreibt die Haltung der zweiten Grundmotivation als Beziehung aufnehmen, das heißt, sich vom Wert berühren zu lassen. Wenn mit dem Kind ein schöner Moment da ist, ein Lächeln oder ein ruhiges Einschlafen, hält die Mutter ihn ein paar Atemzüge lang bewusst fest: Was berührt mich gerade? Wie fühlt sich das an? Nach meiner Erfahrung erleben manche Frauen, dass schöne Momente schnell vorbeiziehen, weil schon die nächste Aufgabe wartet, während schwierige Momente lange nachwirken. So bekommt das Gute etwas mehr Raum, ohne dass das Schwere weggeredet wird.

Zu sich stehen (dritte Grundmotivation)

Die dritte Grundmotivation fragt: Darf ich so sein, wie ich bin? Manche Frauen mit spät erkannter ADHS haben über Jahre die Erfahrung gemacht, als zu chaotisch oder zu viel erlebt zu werden (vgl. Holden & Kobayashi-Wood 2025). Kommt ein Kind dazu, kann der Anspruch hinzukommen, eine gute Mutter sein zu müssen.

Die strenge Stimme bemerken. Ausgangspunkt ist die Personale Positionsfindung, die Längle unter anderem bei Depression und generalisierenden Annahmen einsetzt (vgl. Längle 1994; Längle 2021: S. 127-129). In drei Schritten wird zuerst geprüft, ob eine Überzeugung wie „Ich mache alles falsch“ der Wirklichkeit entspricht, dann, ob ein Scheitern einmal ausgehalten werden könnte, und schließlich, worum es in der Situation eigentlich geht. Diese Fragen sind anspruchsvoll. Allein, mit einem Kind, in Erschöpfung, bei Traumaerfahrungen oder bei einer Depression können sie kaum gestellt werden und eher noch mehr Druck erzeugen. Für den Alltag bleibt davon ein kleiner erster Schritt: die strenge innere Stimme zu bemerken und sie stehen zu lassen, ohne sie zu bewerten. Da ist sie wieder, die Stimme, die sagt, dass ich alles falsch mache. Mehr braucht es zunächst nicht. Sind die Selbstvorwürfe über längere Zeit sehr stark oder tauchen Gedanken auf, dass alles keinen Sinn mehr hat, braucht es eine sorgfältige Abklärung, etwa im Hinblick auf eine Depression oder Suizidgedanken, und gegebenenfalls eine psychiatrische Mitbehandlung.

Sinn im Kleinen (vierte Grundmotivation)

Die vierte Grundmotivation fragt danach, wofür ich lebe. Große Lebensentwürfe sind im Alltag mit Baby weit weg. Sinn lässt sich aber auch im heutigen Tag finden.

Wofür heute? Längles Sinnerfassungsmethode folgt vier Schritten (vgl. Längle 2025: S. 111–116): wahrnehmen, was vorliegt, die Möglichkeiten werten, das Wertvollste wählen und es wirklich machen. Die Kurzform passt in eine ruhige Minute: Was liegt heute an? Was davon ist mir wirklich wichtig? Was ist ein kleiner Schritt dorthin? Die Methode ist hilfreich, wenn vieles auf einmal im Kopf ist, weil sie vom Konkreten ausgeht und in einen einzigen machbaren Schritt mündet. In den ersten Wochen und Monaten mit einem Baby geht es aber vor allem ums Funktionieren, um Schlaf, ums Essen und darum, den Tag zu bewältigen. Dann haben Fragen nach dem Wichtigen manchmal keinen Raum, und das ist nachvollziehbar. Die Frage soll keine weitere Aufgabe werden, die erledigt werden muss. Passt sie gerade nicht, wird sie weggelassen, oder es bleibt bei einer abgeschwächten Form am Abend: Wofür war ich heute da? Auch ein Tag, an dem vor allem für das Kind gesorgt wurde, kann sinnvoll gewesen sein.

Hier bin ich. Die Mitte-Übung, wie ich sie in meiner Ausbildung kennengelernt habe, führt über den Atem und eine Hand auf dem Bauch zur eigenen Mitte. Am Ende steht die Frage, was das Zentrum des eigenen Lebens ist. Verkürzt legt die Mutter für zwei Atemzüge eine Hand auf ihren Körper: Hier bin ich. Was ist mir heute wichtig? Hier verbinden sich Halt im Körper und die Frage nach dem Sinn. Körpertherapeutisch braucht diese Anregung allerdings Vorsicht. Der Bauch kann nach Schwangerschaft und Geburt ein empfindlicher Bereich sein, etwa nach einem Kaiserschnitt, bei Beschwerden in der Rückbildung oder weil er sich fremd anfühlt. Die Hand kann darum auch auf dem Brustbein, auf dem Oberarm oder auf dem Oberschenkel liegen. Der Atem wird nur bemerkt und nicht verändert, weil eine bewusste Lenkung des Atems bei Angst oder Traumaerfahrungen Unruhe verstärken kann. Bleiben die Augen offen und der Blick im Raum, fällt das nach meiner Erfahrung leichter.

Nach einer schwierigen Situation: Vier Fragen in Anlehnung an die PEA

Ein zentrales methodisches Element der Existenzanalyse ist die Personale Existenzanalyse (PEA) (vgl. Längle 2021: S. 66–71, 105–111). Sie führt Schritt für Schritt vom Beschreiben dessen, was geschehen ist, über den Eindruck, den es hinterlassen hat, und die eigene Stellungnahme dazu bis zu dem, was man daraus tun möchte. Die PEA ist als längerer Prozess in der Therapie gedacht. Für den Alltag mit Kind habe ich daraus eine Kurzform abgeleitet. Sie bezieht sich auf eine einzelne, überschaubare Situation und wird erst angewendet, wenn sich die Lage beruhigt hat, nicht mitten im Geschehen:

1. Was ist passiert? Nur die Fakten, ohne Bewertung.
2. Was hat das in mir ausgelöst? Ein Gefühl, ein Drang, etwas im Körper.

3. Wie verstehe ich das, und wie stehe ich dazu? Was war mir in diesem Moment wichtig? Was hat gefehlt?
4. Was möchte ich beim nächsten Mal versuchen? Ein kleiner, machbarer Schritt.

Ein Beispiel aus dem Alltag:

Der Spaziergang, der nicht stattfand. Die Mutter wollte am Vormittag hinaus. Bis das Kind angezogen und die Tasche gepackt war, hatte es wieder Hunger, und plötzlich war es Nachmittag. Ausgelöst hat das Enttäuschung und das Gefühl, nicht einmal das hinzubekommen. Wichtig war ihr frische Luft für beide. Beim Beschreiben wird sichtbar, dass mit einem Baby vieles länger dauert. Beim nächsten Mal bleibt die Tasche gepackt neben der Tür, und auch fünf Minuten auf dem Balkon oder vor der Haustür zählen.

Die Fragen werden anfangs gemeinsam durchgegangen. Später können sie allein angewendet werden, in Gedanken, im Gespräch oder auf einem Zettel. Wenn das Nachspüren gerade zu sehr belastet, wird es beendet.

Studien, die solche Impulse bei ADHS untersuchen, sind mir nicht bekannt. Sie beruhen auf den Methoden der Existenzanalyse und auf meiner Erfahrung in der Praxis. Dass achtsamkeitsbasierte Verfahren ADHS-Symptome bei Erwachsenen verringern können, darauf weist eine randomisierte Studie mit 120 Teilnehmenden hin (vgl. Janssen et al. 2019), auch wenn dort ein achtwöchiges Gruppenprogramm untersucht wurde. Die Impulse sind ein Angebot. Auch das gehört zur Haltung der Existenzanalyse: zu schauen, was für diese eine Frau stimmig ist.

4.4 Grenzen der Existenzanalyse und hilfreiche Ergänzungen

Das existenzanalytische Vorgehen hat auch Grenzen. ADHS geht mit neuropsychologischen Besonderheiten einher, etwa in Aufmerksamkeit, Impulssteuerung und Organisation, die sich durch Verstehen allein nicht immer verändern lassen. Für manche Frauen kann eine medikamentöse Unterstützung mit psychiatrischer Begleitung hilfreich sein, weil sie die Selbstregulation erleichtert und dadurch auch therapeutische Prozesse unterstützen kann. Andere entscheiden sich bewusst ohne Medikation für eine Psychotherapie und erleben diese als tragfähig. Welcher Weg passt, ist eine individuelle Entscheidung.

Der Beginn und die Einstellung einer medikamentösen Behandlung können herausfordernd sein. Dies beschreibt auch die Mutter aus dem Interview. Die Einstellung auf ADHS-Medikamente hat sie überfordert: herauszufinden, wie viel sie wann nehmen soll, die Wirkung zu beobachten und mit Nebenwirkungen umzugehen, neben Kindern und Beruf.

„So etwas kann ich nur machen, wenn ich keine Kinder habe und nur mit mir beschäftigt bin.“

Gerade wenn der Alltag ohnehin wenig Struktur hat, kann die Einstellung selbst zu einer weiteren Hürde werden und dazu führen, dass eine Behandlung gar nicht erst begonnen oder bald wieder beendet wird.

Psychotherapeutisch lässt sich diese Phase gut begleiten. Entscheidet sich eine Frau für eine Medikation, kann gemeinsam überlegt werden, wann ein guter Zeitpunkt ist und wer im Alltag entlasten kann, solange die Einstellung läuft. Hilfreich ist eine einfache Form, Wirkung und Nebenwirkungen festzuhalten, etwa ein kurzer Vermerk am Abend statt eines ausführlichen Protokolls. Schwanken die Beschwerden mit dem Zyklus, lohnt es sich, auch diesen mitzunotieren. Die Stunde kann ein Ort sein, Erfahrungen zu sortieren und Fragen für das nächste ärztliche Gespräch vorzubereiten. Die medizinische Verantwortung liegt bei der Psychiaterin oder dem Psychiater, in Schwangerschaft und Stillzeit in enger fachärztlicher Abstimmung. Entscheidet sich eine Frau gegen eine Medikation oder beendet sie einen Versuch, braucht auch das Respekt und keinen unausgesprochenen Druck. Die Therapie richtet sich dann stärker auf Entlastung, Struktur und die Impulse aus Kapitel 4.3, und die Entscheidung kann später neu getroffen werden, wenn sich die Lebensumstände verändern. Existenzanalytisch geht es in beiden Fällen um eine Entscheidung, zu der die Frau innerlich stehen kann.

Darüber hinaus ist Belastung in der Mutterschaft keine rein individuelle Frage. Sie ergibt sich aus einem Zusammenspiel von persönlichen Voraussetzungen, äußeren Anforderungen und sozialen Bedingungen. Gesellschaftliche Erwartungen an Mütter, etwa dass sie den Familienalltag reibungslos organisieren, emotional verfügbar und belastbar sind, können zusätzlichen Druck erzeugen und Selbstzweifel verstärken. Die interviewte Mutter nennt hier vor allem die vielen Vorgaben von Betreuungs- und Bildungseinrichtungen, die sie stark unter Stress setzen. Unterstützung kann darum nur entlasten, wenn sie nicht selbst zu einer weiteren Anforderung wird.

Deshalb ist es wichtig, auch das Umfeld einzubeziehen und Netzwerke zu stärken. Eine Partnerschaft, sofern vorhanden, Unterstützung im Alltag und familiäre Dynamiken spielen eine zentrale Rolle. Gerade alleinerziehende Mütter tragen oft vieles allein. Neben Psychotherapie können auch andere Unterstützungsformen hilfreich sein, wenn sie zur Lebenssituation passen und nicht zusätzlich belasten, zum Beispiel:

- ☞ Psychoedukation, um die eigene Art der Verarbeitung besser zu verstehen und einordnen zu können, in einem Maß, das entlastet. Die Frau, mit der ich gesprochen habe, beschreibt, dass ihr das Wissen über ADHS geholfen hat, bis sie für sich sagen konnte: „Jetzt weiß ich genug darüber.“
- ☞ Ergotherapie zur Unterstützung von Alltagsstruktur und Handlungsorganisation
- ☞ Physiotherapie oder körperorientierte Ansätze bei anhaltender Anspannung und Verspannungen

- ☞ Coaching im Bereich Zeitmanagement und Struktur mit Routinen, visuellen Planungssystemen und externen Erinnerungshilfen
- ☞ Elternberatung und beziehungsorientierte Begleitung im Umgang mit kindlichen Bedürfnissen und eigener Überforderung
- ☞ praktische Entlastung im Alltag, etwa durch Unterstützung im Haushalt oder in der Kinderbetreuung
- ☞ soziale Unterstützung durch Familie, Freundeskreis, Eltern-Kind-Gruppen und Selbsthilfegruppen

Mir ist bewusst, dass sich manche dieser Angebote mit einem Baby oder kleinen Kindern zeitlich und finanziell schwer umsetzen lassen. In der Phase, in der die Belastung am größten ist, sind die Ressourcen dafür oft am geringsten. Darin liegt auch eine Lücke in der Versorgung von Müttern mit ADHS, die in diesem Text, der den Schwerpunkt auf die existenzanalytische Perspektive legt, nur angedeutet werden kann.

Wo solche Unterstützung möglich ist, kann sie entlasten und Veränderung erleichtern. Die Existenzanalyse kann dazu beitragen, dass Frauen sich selbst besser verstehen, ihre Grenzen wahrnehmen und einen stimmigeren Umgang mit sich und ihrem Leben finden, auch dann, wenn nicht alles an Unterstützung verfügbar ist, was hilfreich wäre.

5. Zusammenfassung

ADHS im Kontext von Mutterschaft lässt sich nur unvollständig erfassen, wenn es vor allem als Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit, Impulskontrolle oder Organisation betrachtet wird. Funktionale und symptomorientierte Ansätze leisten wichtige Beiträge, die Frage nach dem subjektiven Erleben und der existenziellen Bedeutung dieser Schwierigkeiten bleibt aber vielfach offen. Das kann dazu führen, dass Frauen mit ADHS sich trotz therapeutischer Unterstützung weiterhin unverstanden fühlen oder vor allem an ihrer Anpassungsfähigkeit gemessen werden.

Aus existenzanalytischer Sicht wird deutlich, dass die Bedingungen der Mutterschaft auf eine besondere Art der Verarbeitung treffen und dadurch das In-Beziehung-Sein zu sich selbst, zu anderen und zur Welt erschwert werden kann. Hohe Anforderungen auf einmal und normative Vorstellungen von Mutterschaft können bestehende Verletzlichkeiten sichtbar machen und verstärken. Mutterschaft kann aber auch Halt und Orientierung geben, wenn Bedingungen wie Schutz, Raum und Entlastung da sind. Der Blick entlang der vier Grundmotivationen macht dieses Erleben differenziert verstehbar und lässt manches, was nach außen als Schwierigkeit erscheint, auch als sinnvolle Schutzbewegung verstehen.

Für die therapeutische Begleitung heißt das, den Blick zu erweitern: Neben der Unterstützung in der Alltagsbewältigung und Selbststeuerung kann ein Zugang hilfreich sein, der Halt erfahrbar macht, Beziehung ermöglicht, Selbstwert stärkt und

Orientierung eröffnet. Die Existenzanalyse kann dafür einen geeigneten Rahmen bieten, weil sie auf ein verstehendes In-Beziehung-Treten zum eigenen Erleben abzielt statt auf Anpassung im Sinne von Funktionalität.

Im Zentrum steht damit die Frage, wie Mütter unter den gegebenen Bedingungen in eine tragfähige Beziehung zu sich selbst und ihrem Leben kommen können. In dieser Lebensphase bedeutet das auch, gesellschaftliche Erwartungen kritisch zu reflektieren und individuelle Formen von Mutter-Sein zu ermöglichen, die sich an der gelebten Realität orientieren statt an normativen Idealen.

Für zukünftige Forschung und therapeutische Praxis wäre es daher wichtig, ADHS bei Frauen und insbesondere im Kontext von Mutterschaft differenzierter zu betrachten. Das betrifft die stärkere Berücksichtigung der subjektiven Erlebnisdimension ebenso wie die Entwicklung integrativer Ansätze, die neurobiologische, psychische und existenzielle Aspekte miteinander verbinden. Darüber hinaus eröffnet sich die Perspektive, existenzanalytische Konzepte verstärkt auf neurodivergente Lebensrealitäten anzuwenden und weiterzuentwickeln. Die Impulse in Kapitel 4.3 verstehe ich als einen ersten Schritt in diese Richtung.

Vor allem aber geht es darum, dass Mütter mit ADHS erleben können, dass ihre Art, die Welt wahrzunehmen, gesehen wird und dass ihr Bemühen um ein gutes Leben mit ihren Kindern Anerkennung findet.

Meine Interviewpartnerin hat es am Ende unseres Gesprächs so gesagt:

„Dass man eigentlich gut damit leben kann, wenn man darüber Bescheid weiß.“

Literatur

- Adelifar, B., Sharifi Daramadi, P., Asadzadeh, H. & Farookhi, N. (2022): Determining the Effectiveness of Education Based on Existential Analysis Approach on Psychological Well-being of Mothers With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Children. In: *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 12, Artikel 197. <https://jdisabilstud.org/article-1-2508-en.html>
- Attoe, Darby E. & Climie, Emma A. (2023): Miss. Diagnosis: A Systematic Review of ADHD in Adult Women. In: *Journal of Attention Disorders*, 27(7), S. 645–657. <https://doi.org/10.1177/10870547231161533>
- Bijlenga, Denise et al. (2017): Atypical sensory profiles as core features of adult ADHD, irrespective of autistic symptoms. In: *European Psychiatry*, 43, S. 51–57. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.02.481>
- Borg Skoglund, Lotta (2025): *Mädchen und Frauen mit ADHS. Überraschend anders*. Stuttgart: Trias.
- Boyd, C. et al. (2026): ADHD and the female reproductive stages: menstruation, perinatal and menopause. In: *Archives of Women's Mental Health*, 29(3), Artikel 89. <https://doi.org/10.1007/s00737-026-01718-x>
- Cheesman, Jessica Elizabeth & Jacobs, Carmelita (2025): It's a Blessing that I Have ADHD: Single Mothers Raising Children with ADHD. In: *Interchange*, 56, S. 303–316. <https://doi.org/10.1007/s10780-025-09549-y>
- Dorsch, Valenka M. & Rohde, Anke (2010): Seelisches Tief nach der Entbindung. Baby Blues oder postpartale Depression? In: *MMW – Fortschritte der Medizin*, 152(48), S. 27–31.
- Faraone, Stephen V. et al. (2021): The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. In: *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, S. 789–818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
- Gruber, Reut et al. (2023): The Associations between the Homeostatic and Circadian Sleep Processes and the Neurobehavioral Functioning (NBF) of Individuals with ADHD: A Systematic Review. In: *Brain Sciences*, 13(8), Artikel 1134. <https://doi.org/10.3390/brainsci13081134>
- Holden, Eve & Kobayashi-Wood, Helena (2025): Adverse experiences of women with undiagnosed ADHD and the invaluable role of diagnosis. In: *Scientific Reports*, 15, Artikel 20945. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-04782-y>
- Janssen, Lotte et al. (2019): Mindfulness-based cognitive therapy v. treatment as usual in adults with ADHD: a multicentre, single-blind, randomised controlled trial. In: *Psychological Medicine*, 49(1), S. 55–65. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000429>
- Kooij, J. J. Sandra et al. (2025): Research advances and future directions in female ADHD: The lifelong interplay of hormonal fluctuations with mood, cognition, and disease. In: *Frontiers in Global Women's Health*, 6, Artikel 1613628. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1613628>

- Kutscheidt, Katharina et al. (2019): Interoceptive awareness in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). In: ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 11, S. 395–401. <https://doi.org/10.1007/s12402-019-00299-3>
- Längle, Alfried (1994): Personale Positionsfindung. In: Bulletin der GLE, 11(3), S. 6–21. <https://laengle.info/userfile/doc/PP-1994.pdf>
- Längle, Alfried (2015a): Die Grundbedingung der Existenz: Sein-Können in der Welt oder Die 1. Grundmotivation. Arbeitsmanuskript, 7. Auflage. Wien: GLE-International.
- Längle, Alfried (2018): Zweite Grundmotivation. Der Lebensbezug. Arbeitsmanuskript, 2. Auflage. Wien: GLE-International.
- Längle, Alfried (2021): Existenzanalyse und Logotherapie. Reihe Psychotherapie kompakt. Stuttgart: Kohlhammer.
- Längle, Alfried (2022): Dritte Grundmotivation. Lernskriptum, 11. Ausgabe. Wien: GLE-International.
- Längle, Alfried (2025): Vierte Grundmotivation. Vollzug der Existenz. Lernskriptum, 6. Ausgabe. Wien: GLE-International.
- Martin, Joanna (2024): Why are females less likely to be diagnosed with ADHD in childhood than males? In: The Lancet Psychiatry, 11(4), S. 303–310. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00010-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00010-5).
Frei zugängliche Autorenfassung: <https://orca.cardiff.ac.uk/165534>
- Mehren, Aylin et al. (2019): Acute Effects of Aerobic Exercise on Executive Function and Attention in Adult Patients With ADHD. In: Frontiers in Psychiatry, 10, Artikel 132. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00132>
- Ohlmeier, Martin D. & Roy, Mandy (Hrsg.) (2022): ADHS bei Erwachsenen – ein Leben in Extremen. Ein Praxisbuch für Therapeuten und Betroffene. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Osianlis, Elyssa et al. (2025): ADHD and Sex Hormones in Females: A Systematic Review. In: Journal of Attention Disorders, 29(9), S. 706–723. <https://doi.org/10.1177/10870547251332319>
- Pierotti, Natalie & Jayakody, Kaushadh (2026): Maternal attention deficit hyperactivity disorder and perinatal depression: a systematic review. In: Journal of Attention Disorders, 30(3), S. 300–314. <https://doi.org/10.1177/10870547251383430>
- Platania, Nadia M. et al. (2025): Bias by gender: exploring gender-based differences in the endorsement of ADHD symptoms and impairment among adult patients. In: Frontiers in Global Women's Health, 6, Artikel 1549028. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1549028>
- Riecher-Rössler, Anita (2006): Was ist postpartale Depression? In: Wimmer-Puchinger, Beate & Riecher-Rössler, Anita (Hrsg.): Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis. Wien: Springer, S. 11–20.
- Ryffel-Rowak, Doris (2024): ADHS bei Frauen – den Gefühlen ausgeliefert. 4., aktualisierte Auflage. Göttingen: Hogrefe.

- Smári, Unnur Jakobsdóttir et al. (2025): Perimenopausal symptoms in women with and without ADHD: A population-based cohort study. In: *European Psychiatry*, 68(1), e133. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.10101>
- Song, Peige et al. (2021): The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. In: *Journal of Global Health*, 11, Artikel 04009. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.04009>
- Suarez, Elizabeth A. et al. (2024): Prescription Stimulant Use During Pregnancy and Risk of Neurodevelopmental Disorders in Children. In: *JAMA Psychiatry*, 81(5), S. 477–488. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5073>
- Tronick, Ed & Beeghly, Marjorie (2011): Infants' meaning-making and the development of mental health problems. In: *American Psychologist*, 66(2), S. 107–119. <https://doi.org/10.1037/a0021631>
- WHO – World Health Organization (2019): ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Version 2019. <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
- WHO – World Health Organization (2022): ICD-11. International Classification of Diseases, 11th Revision. 6A05 Attention deficit hyperactivity disorder. <https://icd.who.int/browse11>
- Young, Susan et al. (2020): Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. In: *BMC Psychiatry*, 20, Artikel 404. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>
- Young, Susan et al. (2024): A systematic review and meta-analysis comparing the severity of core symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder in females and males. In: *Psychological Medicine*, 54(14), S. 3763–3784. <https://doi.org/10.1017/S0033291724001600>

Anlaufstellen in Österreich

Viele dieser Stellen sind kostenlos.

Wenn es akut ist

Telefonseelsorge: 142, rund um die Uhr und kostenlos. <https://www.telefonseelsorge.at>

Frauenhelpline gegen Gewalt: 0800 222 555, rund um die Uhr und kostenlos. <https://www.frauenhelpline.at>

24-Stunden-Frauennotruf der Stadt Wien: 01 71 71 9, rund um die Uhr, kostenlos, vertraulich und auf Wunsch anonym. <https://www.wien.gv.at/menschen/frauen/beratung/frauennotruf/>

Psychosoziale Dienste Wien (PSD): Psychiatrische Soforthilfe 01 31330, rund um die Uhr. Kriseninterventionszentrum 01 406 95 95, Montag bis Freitag von 8 bis 17 Uhr. <https://psd-wien.at>

Krisen- und Notrufnummern nach Bundesland, auch bei Gedanken an Suizid: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/anlaufstellen/notrufnummern>

Österreichweit

Frühe Hilfen: Begleitung für Familien von der Schwangerschaft bis zu den ersten Lebensjahren des Kindes. <https://www.fruehehilfen.at>

Familienberatungsstellen: rund 400 vom Bund geförderte Beratungsstellen in ganz Österreich, kostenlos und anonym. <https://www.familienberatung.gv.at>

Psychotherapie: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ganz Österreich lassen sich über die Suche des Österreichischen Bundesverbands für Psychotherapie (ÖBVP) finden. <https://www.psychotherapie.at>

In Wien

Frühe Hilfen Wien <https://www.fruehehilfen.wien>

Familienhebammen der Stadt Wien <https://www.wien.gv.at/gesundheit/familienhebammen>

Familienzentren der Stadt Wien <https://www.wien.gv.at/menschen/kind-familie/servicestellen/familienzentren.html>

Hebammenzentrum Wien <https://www.hebammenzentrum.at>

Caritas Familienhilfe, Unterstützung im Alltag zu Hause <https://www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/kinder-familie/familienhilfe-und-ambulante-familienarbeit/>

Kind & Kegel, Eltern-Kind-Zentrum <https://www.kind-und-kegel.at>

Nanaya, Zentrum für Schwangerschaft, Geburt und Leben mit Kindern <https://nanaya.at>

FEM Elternambulanz an der Klinik Ottakring, kostenlose psychologische Beratung in der Schwangerschaft und in den ersten Jahren nach der Geburt, auch in mehreren Sprachen <https://fem.at/arbeitsbereiche/fem-elternambulanz/>

Spezialambulanz für peripartale Psychiatrie, Klinik Ottakring <https://klinik-ottakring.gesundheitsverbund.at/leistung/spezialambulanz-fuer-peripartale-psychiatrie/>

Station für Peripartale Psychiatrie am AKH Wien, für Schwangere und Mütter im ersten Jahr nach der Geburt <https://psychiatrie-psychotherapie.meduniwien.ac.at/unsere-abteilungen/klinische-abteilung-fuer-sozialpsychiatrie/information-fuer-patientinnen/stationen/>

die möwe Kinderschutzzentren, Telefonberatung auch für Eltern: 01 532 15 15 <https://www.die-moewe.at>

Übersicht der Stadt Wien zu Unterstützung bei Krisen rund um Schwangerschaft und Geburt <https://www.wien.gv.at/gesundheit/geburt-schwangerschaft-hilfe-bei-krisen>

Nutzung und Zitieren

© 2026 Andrea Menghini. Dieser Text und das Foto sind urheberrechtlich geschützt. Das Foto am Anfang des Textes habe ich selbst aufgenommen, es darf nicht einzeln verwendet werden. Der Text darf gerne heruntergeladen, ausgedruckt und weitergegeben werden, unverändert, vollständig und mit Nennung meines Namens und der Quelle. Eine Veränderung, eine kommerzielle Nutzung oder eine Veröffentlichung auf anderen Websites ist nur mit meiner Zustimmung erlaubt. Bei Zitaten bitte die Quelle angeben:

Menghini, Andrea (2026): ADHS und Mutterschaft unter besonderer Berücksichtigung der Existenzanalyse nach Alfred Längle. <https://www.psychotherapie-menghini.at>