

PMS, PMDS och ADHD - så påverkar menscykeln symtomen

Många kvinnor märker att tillvaron blir tyngre dagarna före mens. Du kanske känner igen dig: fokus rasar, irritationen ligger nära ytan och strategierna som brukar fungera fungerar plötsligt inte. Om du dessutom har ADHD, eller misstänker att du har det, kan denna premenstruella försämring vara särskilt dramatisk. På Rikta Psykiatri möter vi regelbundet kvinnor som beskriver just detta mönster - och forskningen ger dem rätt. I den här artikeln går vi igenom vad PMS och PMDS är, hur menscykeln påverkar ADHD-symtom och vad du faktiskt kan göra åt det.

Vad är PMS och hur skiljer det sig från PMDS?

PMS står för premenstruellt syndrom och innebär att du mår sämre dagarna före mens, ofta i kombination med fysiska besvär som ömma bröst och svullnadskänsla. Symtomen börjar vanligen upp till en vecka före mens och minskar eller försvinner helt när mensen kommer [1]. Faktiskt upplever ungefär 75 procent av alla menstruerande kvinnor någon form av premenstruella besvär, medan 15-20 procent har så uttalad PMS att vardagen påverkas påtagligt [2].

PMDS - premenstruellt dysforiskt syndrom - är den svåraste formen, där de psykiska symtomen dominerar och funktionsnedsättningen är kliniskt betydande. Enligt 1177 och svenska regionala riktlinjer drabbas ungefär 3-5 procent av menstruerande kvinnor av PMDS [1,3]. Diagnosen ställs enligt kriterier i DSM-5-TR och kräver minst fem symtom, däribland minst ett kärnsymtom: affektlabilitet, irritabilitet eller ilska, markant nedstämdhet eller ångest [4]. Därtill krävs att symtomen försvinner i följikelfasen (veckan efter mens) och att de dokumenterats prospektivt under minst två cykler.

En nyligen publicerad systematisk översikt visade dessutom att den verkliga prevalensen för PMDS, när man enbart inkluderar prospektivt bekräftade fall, ligger på cirka 1,6 procent [5]. Skillnaden illustrerar varför det är viktigt att inte gissa - PMDS kräver en strukturerad bedömning, inte bara en magkänsla.

Hormonerna bakom PMDS - varför reagerar hjärnan?

En viktig pusselbit är att kvinnor med PMDS har helt normala hormonnivåer. Det är alltså inte fråga om hormonbrist eller hormonöverskott - det är hjärnans känslighet för de naturliga hormonsvängningarna som avviker [6]. Nyckelspelaren heter allopregnanolon och hos de flesta verkar det ångestdämpande. Hos kvinnor med PMDS är det dock tvärtom - stigande allopregnanolon utlöser paradoxalt irritabilitet, ångest och nedstämdhet [7]. Svensk forskning i framkant kring detta har lagt grunden för nya läkemedelskandidater såsom sepranolon [8]. Vidare har Karolinska Institutet pekat ut kvinnliga könshormoner som ett avgörande, men underforskat, område inom ADHD-vården [9].

Hur påverkar menscykeln ADHD-symtom?

För att förstå varför ADHD-symtom ofta förvärras premenstruellt behöver du känna till kopplingen mellan östrogen och dopamin. Östrogen stimulerar nämligen dopaminsyntes, minskar återupptaget av dopamin och uppreglerar dopaminreceptorer i basala ganglierna och prefrontalkortex - exakt de hjärnregioner som är centrala vid ADHD [10,11]. När östrogen sjunker i lutealfasen försvagas därför detta naturliga dopaminstöd, och det är därför många kvinnor med ADHD upplever att medicinen känns svagare och att symtomen blir värre dagarna före mens.

En viktig studie av Roberts och kollegor följde 32 regelbundet menstruerande kvinnor i 35 dagar med daglig hormonmätning i saliv. Forskarna fann att sjunkande östradiol - särskilt i kombination med höjt progesteron - förutsade ökade ADHD-symtom nästa dag [12]. Två sårbarhetsfönster identifierades: det perioovulatoriska (då östrogen faller efter ägglossning) och det premenstruella (då östrogen är lågt). Försättningsvis visade en narrativ översikt från 2025 att flera studier bekräftar försämrad koncentration, arbetsminne och emotionell reglering under lutealfasen hos kvinnor med ADHD [13].

Forskning av Eng och kollegor föreslår att både utvecklingsrelaterade och cykliska hormoneffekter samverkar hos kvinnor med ADHD [14]. Snabba östrogensänkningar minskar exekutiv funktion och impuls kontroll, och puberteten verkar förstärka sårbarheten. Detta förklarar varför många kvinnor rapporterar att ADHD-problemen blev uttalade först efter pubertet eller efter förlossning - då hormonell turbulens är som störst.

Samsjuklighet: ADHD och PMDS hänger ihop

En särskilt viktig fråga är om ADHD och PMDS faktiskt förekommer tillsammans oftare än slumpen. Svaret är ja - och sambandet är starkt. I en nederländsk studie av 209 vuxna kvinnor med ADHD uppfyllde hela 45,5 procent provisoriska kriterier för PMDS, att jämföra med 3-8 procent i allmänbefolkningen [15]. Resultaten har därutöver replikerats i en brittisk populationsbaserad kohort, där 31-41 procent av kvinnor med ADHD uppfyllde kriterier för PMDS [16]. Sammantaget tyder forskningen på att kvinnor med ADHD har 5-6 gånger förhöjd risk för PMDS.

Förklaringen är sannolikt att det dopaminerga underskott som kännetecknar ADHD förstärks när östrogen faller i lutealfasen, samtidigt som den avvikande GABA-A-känsligheten för allopregnanolon bidrar till humörsymtom [13,14]. Eftersom hjärnan hos kvinnor med ADHD redan arbetar med begränsade dopaminresurser blir de cykliska förändringarna särskilt märkbara. Dessutom visar forskning från Karolinska Institutet att kvinnor med ADHD generellt är mer känsliga för hormonella förändringar - även vid p-piller, graviditet och klimakterium [9,17].

Här finns dock en kunskapslucka som är värd att nämna: Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid ADHD och autism (2022, uppdaterade 2024) innehåller 57 rekommendationer, men nämner inte menscykel, hormoner eller samsjuklighet med PMDS specifikt [18]. Regeringen gav därför 2024 Läkemedelsverket i uppdrag att öka kunskapen om ADHD och läkemedel, bland annat ur ett könsperspektiv [19]. Det är alltså ett område där svensk vård fortfarande behöver utvecklas - och där många kvinnor tyvärr faller mellan stolarna i den offentliga vården.

Så kan du hantera cykliska ADHD-symtom

1. Cykeltracking är utgångspunkten

Först och främst behöver du data. Genom att dagligen skatta dina symtom under minst två cykler kan du se mönstret tydligt. Detta är också guldstandarden för PMDS-diagnostik enligt DSM-5-TR [4]. Skatta exempelvis koncentration, irritabilitet, nedstämdhet och energi på en skala 1-10. På så sätt blir det svart på vitt när symtomen toppar - och när de faktiskt är bättre.

2. Läkemedelsbehandling med evidens

Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation anger metylfenidat som förstahandsval för ADHD, följt av lisdexamfetamin och atomoxetin [20]. För PMDS är SSRI (exempelvis escitalopram, sertralin) förstahandsval och kan ges antingen kontinuerligt eller endast i lutealfasen enligt Janusinfo och AKO Skåne [21,3]. Även kombinerade p-piller med drospirenon kan vara aktuella. En ny studie visade dessutom att kombinationen metylfenidat och SSRI är säker och inte ökar biverkningsrisken [22].

Det finns därtill preliminär forskning kring så kallad cyklisk dosering, där ADHD-läkemedel justeras uppåt i lutealfasen. En nederländsk studie med nio kvinnor visade att samtliga förbättrades och valde att fortsätta [23], och en pilotstudie från 2026 bekräftade att ADHD-symtom är värst under menstruationen och mildast mitt i follikelfasen [24]. Detta är visserligen inte RCT-baserad evidens ännu, men mekanistiskt rimligt och något en erfaren ADHD-läkare kan diskutera med dig som en individuell anpassning.

3. KBT, coachning och vardagsstrategier

Icke-farmakologiska insatser har god evidens. Internetbaserad KBT för PMDS har i en randomiserad studie visat stor effekt, och i en jämförande studie uppvisade KBT och fluoxetin likvärdig effekt på sex månader - med KBT överlägsen i långtidsdurabilitet [25,26]. Vidare är regelbunden träning, god sömnhygien, reducerat koffein och alkohol i lutealfasen samt kalcium- och magnesiumtillskott rimliga tillägg [3].

Coachning är särskilt värdefullt för kvinnor med ADHD eftersom det riktar in sig på praktiska vardagsstrategier: planering, prioritering, emotionell reglering och hur du kan anpassa krav efter cykelfas. Att veta att du kommer ha tre svåra dagar nästa vecka är i sig en maktförskjutning - du kan planera in mindre krävande uppgifter, be om förståelse och vara snällare mot dig själv.

Så arbetar vi på Rikta Psykiatri

På Rikta Psykiatri arbetar vi integrerat med utredning, medicinsk behandling och coachning - med särskild hänsyn till hur menscykeln påverkar dig. Eftersom våra specialistläkare följer Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation och Socialstyrelsens riktlinjer, samtidigt som vi håller oss uppdaterade med aktuell forskning kring kvinnor och ADHD, får du en bedömning som tar hela din situation i beaktande.

Vår neuropsykiatriska utredning utförs av specialistläkare och legitimerade psykologer, och resulterar i ett fullständigt utlåtande som kan ligga till grund för medicinering, anpassningar på arbetet eller i studier samt andra insatser. Vid medicinsk behandling följer vi en strukturerad vårdplan med uppföljning av effekt, biverkningar, vitalparametrar och funktion - precis som god och säker ADHD-

vård ska gå till. Därutöver erbjuder vi coachning av erfarna coacher som arbetar särskilt med kvinnor med NPF, där menscykelns påverkan är en naturlig del av samtalet.

Till skillnad från den offentliga vården, där köerna till NPF-utredning ofta är långa och där hormonella faktorer sällan tas med i bedömningen, kan du hos oss få hjälp snabbt och med ett kvinnspecifikt perspektiv. Dessutom arbetar vi både digitalt och fysiskt, vilket gör det enkelt att få kontinuitet i behandlingen även om livet är rörigt.

Boka ett kostnadsfritt konsultationssamtal

Om du misstänker att du har NPF, eller om du redan har en diagnos och är intresserad av coachning, utredning eller medicinering, erbjuder vi på Rikta Psykiatri ett kostnadsfritt 30 minuters konsultationssamtal. Där får du möjlighet att berätta om din situation, ställa frågor och tillsammans med oss resonera kring nästa steg. Faktiskt är det många som för första gången känner sig förstådda när de beskriver hur menscykeln påverkar dem - och det är där vi gärna tar vid.

Tveka inte att höra av dig. Du behöver varken veta exakt vad du vill ha hjälp med eller ha en färdig utredning - vi guidar dig vidare utifrån där du befinner dig just nu.

Referenser

- [1] 1177 Vårdguiden. PMS och PMDS. <https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/hormoner/pms-och-pmds/>
- [2] AKO Skåne, Region Skåne. Premenstruellt syndrom. <https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/kvinnosjukdomar-och-forlossning/ako/premenstruellt-syndrom/>
- [3] Janusinfo, Region Stockholm. Riktlinjer vid premenstruell dysforisk störning, PMDS. Uppdaterad 2024-11-05. <https://janusinfo.se/>
- [4] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington DC: APA; 2022.
- [5] Reilly TJ, et al. The prevalence of premenstrual dysphoric disorder: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2024;349:534-540.
- [6] Schmidt PJ, Nieman LK, Danaceau MA, Adams LF, Rubinow DR. Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *N Engl J Med.* 1998;338(4):209-216.
- [7] Hantsoo L, Epperson CN. Allopregnanolone in PMDD: Evidence for dysregulated sensitivity to GABA-A receptor modulating neuroactive steroids. *Neurobiol Stress.* 2020;12:100213.
- [8] Bixo M, Ekberg K, Sundström Poromaa I, et al. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with the GABA-A receptor modulating steroid antagonist Sepranolone. *Psychoneuroendocrinology.* 2017;80:46-55.
- [9] Karolinska Institutet. Female sex hormones a wild card in ADHD. <https://news.ki.se/female-sex-hormones-a-wild-card-in-adhd>
- [10] Jacobs E, D'Esposito M. Estrogen shapes dopamine-dependent cognitive processes: implications for women's health. *J Neurosci.* 2011;31(14):5286-93.
- [11] Shanmugan S, Epperson CN. Estrogen and the prefrontal cortex. *Hum Brain Mapp.* 2014;35(3):847-65.
- [12] Roberts B, Eisenlohr-Moul T, Martel MM. Reproductive steroids and ADHD symptoms across the menstrual cycle. *Psychoneuroendocrinology.* 2018;88:105-114.
- [13] Kooij JJS, de Jong M, Agnew-Blais J, et al. Research advances and future directions in female ADHD. *Front Glob Womens Health.* 2025;6:1613628.

- [14] Eng AG, Nirjar U, Elkins AR, et al. ADHD and the menstrual cycle: Theory and evidence. *Horm Behav.* 2024;158:105466.
- [15] Dorani F, Bijlenga D, Beekman ATF, van Someren EJW, Kooij JJS. Prevalence of hormone-related mood disorder symptoms in women with ADHD. *J Psychiatr Res.* 2021;133:10-15.
- [16] Broughton T, Lambert E, Wertz J, Agnew-Blais J. Increased risk of provisional PMDD among females with ADHD. *Br J Psychiatry.* 2025;226(6):410-417.
- [17] Kopp S, Gillberg C. Symtom, diagnostik och förlopp vid ADHD hos flickor och kvinnor. *Läkartidningen.* 2022;119:21132.
- [18] Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism. 2022/2024. <https://www.socialstyrelsen.se/>
- [19] Regeringen. Läkemedelsverket får uppdrag att öka kunskapen om adhd och läkemedel. 2024-05-24.
- [20] Läkemedelsverket. Läkemedel vid adhd - behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket 2016;27(2):13-24.
- [21] Sundström-Poromaa I, Comasco E. New pharmacological approaches to the management of premenstrual dysphoric disorder. *CNS Drugs.* 2023;37(5):371-9.
- [22] Lee DY, et al. Combined methylphenidate and SSRIs in adults with ADHD. *JAMA Netw Open.* 2024.
- [23] de Jong M, Wynchank DSMR, van Andel E, Beekman ATF, Kooij JJS. Female-specific pharmacotherapy in ADHD: premenstrual adjustment of psychostimulant dosage. *Front Psychiatry.* 2023;14:1306194.
- [24] Zaritsky R, Reed SC, Evans SM. Changes in ADHD symptoms and mood across the menstrual cycle in females treated with stimulants: a pilot study. *J Atten Disord.* 2026.
- [25] Weise C, Kaiser G, Janda C, et al. Internet-based CBT for PMDD: an RCT. *Psychother Psychosom.* 2019.
- [26] Hunter MS, et al. Medical (fluoxetine) and psychological (CBT) treatment for PMDD: a study of treatment processes. 2002.