

sirt vor allen Dingen, wenn immer wieder die Kommunikation entgleist, oder man permanent auf Defizite hingewiesen wird oder z. B. auch immer wieder hintergangen wird.

Katastrophal ist, wenn das Gegenüber nach einem Konflikt stunden-, tage- oder gar wochenlang schweigt. Schweigen bedeutet tatsächlich den totalen Liebesentzug, ohne jegliche Form der Zuwendung – körperliche Übergriffigkeit ist zwar negative Zuwendung, aber eben doch Zuwendung.

Ausgesprochen schwerwiegend (bei ständiger Gefährdung des Grundbedürfnisses des Menschen nach Bindung und Beziehung und des Grundbedürfnisses nach Vermeidung von Unlust und Schmerz) ist das ständige Drohen mit „Gut, dann zieh' ich eben aus ...“ oder „Dann lass ich mich eben scheiden!“. Spitze Bemerkungen und Abwertungen im Beisein Dritter können sich zu regelrechten Beziehungskillern auswachsen. Gerade in der Lebensphase der Wechseljahre kann bisweilen ein einziger Satz ausreichen, um eine Verletzung so tief geraten zu lassen, dass ein Schlusspunkt gesetzt wird.

So können die Wechseljahre tatsächlich einen Wechsel im wahrsten Sinn des Wortes auslösen!

Es gibt Frauen mit ADHS, die sich nach einer Trennung nach den Wechseljahren neu orientieren – in aller Regel jetzt vorsichtiger und langsamer als zuvor. Viele haben allerdings gar kein Verlangen mehr nach einer neuen Beziehung, u. U. auch aus Angst im höheren Alter früher oder später wiederum vom Partner „gegängelt“ oder vorgeführt zu werden.

Es ist nie zu spät in einer Partnerschaft einmal zu überlegen, welche Rolle oder welche Rollen das Gegenüber für einen wirklich spielt, welche Ressourcen und Stärken das Gegenüber hat und welche konkreten Erwartungen man an sein Gegenüber hat.

Die Erwartungen werden allerdings vom Gegenüber nur verstanden, wenn sie ohne das Wort „nicht“ formuliert und kommuniziert werden mit der Überlegung, ob das

Gegenüber überhaupt in der Lage ist, eine konkrete Erwartung zu erfüllen (z.B. bleibt ein Monotasker ein Monotasker, er kann immer nur eins nach dem anderen machen).

Obwohl man selber Übergriffigkeit überhaupt nicht mag, besteht bei vielen Frauen eine Tendenz, ihre nun mittlerweile erwachsenen Kinder noch weiter unterstützen zu wollen, im Sinn eines „Weiterbegleitens“ – ohne zu merken, dass rasch hier des Guten zu viel getan wird (da man leider viel zu schnell viel zu viel Probleme sieht, regelrechte „Berger“ – z. B. im Kontext der Angst vor unliebsamen Folgen der mangelnden Fähigkeit zur Selbstorganisation des jungen Erwachsenen oder dass dieser bestimmten Situationen und Anforderungen nicht gewachsen sein könnte, sich „fehlverhalten“ könnte).

Es geht dabei überhaupt nicht darum, wie man als Sender einer „Botschaft“ etwas meint, was man sagt, sondern nur, was beim Gegenüber ankommt!

AUTORIN | Cordula Neuhaus

Liebe ist die Fähigkeit den Menschen, die uns wichtig sind, die Freiheit zu lassen, die sie benötigen, um so sein zu können, wie sie es sein wollen – unabhängig davon, ob man sich damit identifizieren kann oder nicht.

State of the Art

Gibt es ein Adult-Onset-ADHS?



Professor Andreas Reif

Kaum hat sich die psychiatrische Gemeinschaft daran gewöhnt, dass es eine adulte Verlaufsform von ADHS gibt – die noch nicht einmal selten ist –, wird bereits wieder ein neues Krankheitsbild postuliert: das Adult-Onset-ADHS, also eine ADHS-Variante, die erst im Erwachsenenalter beginnt, während in der Kindheit keinerlei oder kaum Auffälligkeiten bestanden. So wäre zumindest kurz (und auch nicht ganz zutreffend) zusammengefasst, was in der ADHS-Szene gerade heiß diskutiert wird. Aber was ist dran an dieser Hypothese, und worauf fußt sie?

Bevor wir uns dieser Frage zuwenden, rekapitulieren wir kurz: ADHS ist nicht, wie lange Zeit angenommen, eine Erkrankung des Kindes- und Jugendalters, sondern persistiert bei vielen Patienten in das Erwachsenenalter. Ungefähr 15 % aller betroffenen Kinder leiden auch als Erwachsene noch am vollen Syndrom, während weitere ca. 50 % noch an funktionellen Einschränkungen und beeinträchtigenden Symptomen leiden, ohne alle notwendigen diagnostischen Kriterien für ADHS zu erfüllen [1]; zu den diagnostischen Kriterien für die adulte ADHS gehört auch

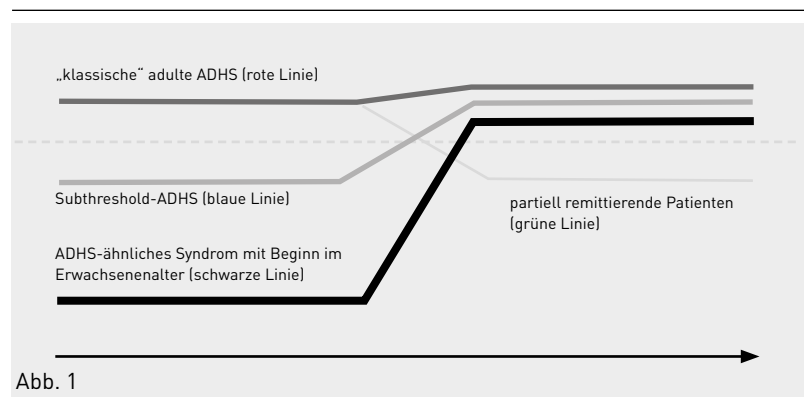
obligat der Nachweis eines vorherigen kindlichen ADHS. Während kindliches ADHS eine Prävalenz von ca. 7 % hat [2], liegt die weltweite Prävalenz der adulten ADHS bei etwa 3 % [3]. Bereits hier fällt eine Diskrepanz auf: Wenn die oben dargestellte, im Wesentlichen aus longitudinalen Untersuchungen stammende Rate von Persistenz in das Erwachsenenalter bei 15 % liegt, dann dürfte die Prävalenz von adultem ADHS bei höchstens 1 % liegen - es sei denn, ADHS-Patienten haben im Vergleich zu Kontrollen ein geringeres Mortalitätsrisiko (allerdings ist das Gegenteil der Fall), oder aber es handelt sich um Fehldiagnosen; oder es gibt tatsächlich eine Form von ADHS, die erst im Erwachsenenalter beginnt. Auch ist an dieser Stelle nochmals zu betonen, dass die aktuelle Konzeption der ADHS-Pathophysiologie davon ausgeht, dass ADHS einer ganz überwiegend genetisch bedingten Hirnreifungsstörung (insbesondere des Präfrontal-Kortex und der Basalganglien) zuzuschreiben ist.

Adult-Onset ADHS: die Evidenz

Die erste Studie, die bereits im Titel infrage stellte, ob das adulte ADHS wirklich in der Kindheit beginnt („Is adult ADHD a Childhood Onset Neurodevelopmental Disorder?“; [4]), wurde 2015 durchaus hochrangig veröffentlicht. In der sehr bekannten Dunedin-Studie aus Neuseeland wurden etwas über 1000 Neugeborene der Jahrgänge 1972 und 1973 für 38 Jahre nachverfolgt. Wie aus den anderen längs- und querschnittlichen Studien anzunehmen war, lag die Prävalenz von kindlicher ADHS bei 6 % und die von adulter ADHS bei 3 %; auch das Komorbiditätsmuster war wie erwartet. Die große Überraschung war allerdings, dass sich beide Gruppen nicht überlappten: Während beinahe keines der betroffenen Kinder im Erwachsenenalter noch an ADHS erkrankt war (Follow-forward-Analyse), litt im Rückblick keiner der adulten ADHS-Patienten an kindlichem ADHS (Follow-back-Analyse). Ein interessanter Nebenbefund der Studie war die schlechte Erinnerung der Probanden und deren Eltern: ADHS-Symptome im Kindesalter wurden oft nicht erinnert (obgleich zum Erhebungszeitraum, i. e. den 70ern, berichtet) oder aber auch falsch positiv berichtet. Trotz (oder gerade aufgrund) der hochinteressanten Daten bestehen an der Dunedin-Studie erhebliche Kritikpunkte: Das kinder- und jugendpsychiatrische System in den 70er Jahren war substanziell anders als das heutige, das verwendete Diagnosemanual wechselte von DSM-III auf DSM-IV, und die absoluten Patientenzahlen waren sehr gering – bei den adulten ADHS-Patienten

gerade einmal n=31.

Zwei weitere 2016 veröffentlichte Studien schienen jedoch die Dunedin-Studie zu bestätigen. Zunächst die britische Zwillingsstudie E-Risk [5], die eine Geburtskohorte von über 2000 Zwillingen nachuntersuchte und ebenfalls einer Follow-forward- und Follow-back-Analyse unterzog. Hier zeigte sich eine Prävalenz von kindlicher ADHS von 12 %; 22 % der betroffenen Kinder litten auch im Erwachsenenalter noch unter der Erkrankung, wobei einschränkend angemerkt werden muss, dass das Alter der Probanden bei der Erhebung bei 18 Jahren lag, also gerade an der Schwelle zum Erwachsenenalter. Abgesehen von diesen 54 Patienten erfüllten jedoch noch weitere 112 die Kriterien für eine adulte ADHS, ohne aber in der Kindheit an ADHS gelitten zu haben. Diese Gruppe hatte im Vergleich zur kindlichen ADHS-Gruppe weniger externalisierende Probleme, jedoch einen höheren IQ. Die Krankheitslast, charakterisiert durch Komorbiditäten und Beeinträchtigung, war jedoch in beiden Gruppen gleich. Insgesamt lag die adulte ADHS-Gruppe mit einer Prävalenz von 8 % deutlich über den Werten anderer Studien, und sicherlich muss in der nicht unkomplizierten Phase der Spätpubertät die Validität querschnittlicher, symptombasierter Diagnosen kritisch



hinterfragt werden.

Das gleiche Problem, nämlich ein Erfassungszeitraum im 18./19. Lebensjahr, trifft auch auf die bislang größte Studie zu – die brasilianische Pelotas-Kohorte, die über 5000 Probanden umfasste [6]. Auch hier zeigte sich eine Persistenzrate von 15 % bei kindlichem ADHS (in Übereinstimmung mit früheren Studien; [1]), bei vermeintlich adulten ADHS-Patienten – in dieser Studie Young-Adult-ADHS genannt – fand sich in 85 % der Fälle kein dokumentiertes kindliches ADHS. Eine Kritik an der Schlussfolgerung beider Studien, nämlich dass adulter ADHS in den meisten Fällen keine kindliche ADHS vorausging und dass es sich deshalb um eine eigene Entität handelt, wurde bereits im begleitenden Editorial [7] geäußert. Neben den bereits oben dargelegten Problemen sind es vor allem 2 Kritikpunkte, die relevant sind: zum einen die Rate an

möglichen Fehldiagnosen bei einer relativ häufigen Erkrankung, die zu einer Inflation falsch positiver Befunde führt (aus einer Prävalenz von 5 % und einer Fehldiagnoserate von ebenfalls 5 % ergäbe sich z. B., dass die Hälfte der vermeintlichen adulten ADHS-Fälle falsch positive Fehldiagnosen sind!) und zum anderen ein Wechsel der Beurteilungsart, weg von einer Fremd- hin zu einer Selbstbeurteilung, was insbesondere bei ADHS die diagnostische Einschätzung grundlegend ändern kann. Ein weiterer Kritikpunkt an allen 3 Studien ist die mögliche Unterdiagnose von „reinem“ Aufmerksamkeits-Defizitsyndrom (ADS) in dem verwendeten Forschungssetting, was zwar die veränderte Geschlechtsverteilung (hin zu einer 1:1-Verteilung), numerisch aber auch nur einen Teil der vermeintlichen Adult-Onset-ADHS-Fälle erklären könnte [8, 9]. Auch ist auffällig, dass die meisten der vermeintlichen Adult-Onset-Fälle bereits in der Kindheit psychiatrische Auffälligkeiten hatte.

Kritische Synthese

Wenn man die gesamte vorliegende Evidenz bewertet und kritisch zusammenfasst, ergeben sich verschiedene mögliche Szenarien eines ADHS-Verlaufs (Abb. 1). Die rote Linie zeigt die „klassischen“ adulten ADHS-Verläufe an, während die grüne Linie die (partiell) remittierenden Patienten symbolisiert. Eine nicht geringe Gruppe von Patienten jedoch leidet in der Kindheit an ADHS-Symptomen (blau), übersteigt jedoch (knapp) nicht die Schwelle der diagnostischen Kriterien: entweder wegen guter Coping-Strategien, hoher Intelligenz oder (was klinisch oft zu beobachten ist) guter und intensiver Förderung und Fremdstrukturierung durch die Eltern. Nach Verlassen des Elternhauses, zunehmender Eigenverantwortung, gesteigerter Komplexität des Lebens in Ausbildung und Studium und einem eventuell nicht sehr gesundheitsorientierten Lebensstil versagen jedoch die Kompensationsmechanismen und der Patient kommt über die diagnostische Schwelle. In einem solchen Fall von Adult-Onset-ADHS zu sprechen, ist m. E. nicht gerechtfertigt, da ja bereits vorher Symptome vorlagen. Die Klärung, ob diese Hypothese zutrifft, sollten beispielsweise genetische Studien liefern, die – bei korrekter Hypothese – zeigen sollten, dass sich die genetische Vulnerabilität von Childhood-Onset und Subthreshold-Patienten nicht relevant unterscheidet. Darüber hinaus könnte es eine Erkrankung geben (schwarze Linie), die die Symptome der adulten ADHS imitiert, aber tatsächlich keinen Vorläufer in der Kindheit oder Adoleszenz hat. Klinisch sind diese Fälle oft gekennzeichnet durch erhebliche emotionale Dysregulation und eine schwierige Differenzialdiagnose zur bipolaren Störung auf der einen und der Borderline-Störung auf der anderen Sei-

te. Wie hoch der Anteil dieser Patienten ist, kann derzeit nur spekuliert werden. Da diese Patienten ja vermutlich eben nicht an einer ADHS-definierenden Hirnreifungsstörung leiden, sollte vorerst auch nicht der Begriff Adult-Onset-ADHS verwendet werden, sondern im Sinne einer Forschungsdiagnose allenfalls „ADHS-ähnliches-Syndrom“ oder Ähnliches.

Zusammengefasst also lassen sich die Entitäten remittierendes ADHS, Subthreshold-ADHS mit Persistenz und adulte ADHS sehr gut in ein dimensionales Krankheitspektrum integrieren, das auch durch aktuelle genetische Befunde unterstützt wird (Demontis et al., preprint auf bioRxiv). Das „reine“ sog. Adult-Onset-ADHS ist jedoch noch nicht gut definiert, in ihrer Häufigkeit unklar und bezüglich ihrer Pathophysiologie unbekannt. Der Begriff sollte daher zum jetzigen Zeitpunkt nicht verwendet werden.

AUTOR | Prof. Dr. med. Andreas Reif

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Andreas Reif
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Zentrum für Psychische Gesundheit
Universitätsklinikum Frankfurt am Main
Heinrich-Hoffmann-Straße 10
60528 Frankfurt am Main
andreas.reif@kgu.de

Quelle:

Pharma Fokus 2017 ZNS; 14, © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart/New York
Wir bedanken uns herzlich bei Autor und Verlag für die kostenlose Abdruckgenehmigung

Literatur

1. Faraone SV et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*, 2015; 1:15020.
2. Polanczyk G et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*, 2007; 164: 942-948
3. Fayyad, J., et al., The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord*, 2017. 9(1): p. 47-65.
4. Moffitt, T.E., et al., Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study. *Am J Psychiatry*, 2015. 172(10): p. 967-77.
5. Agnew-Blais, J.C., et al., Evaluation of the Persistence, Remission, and Emergence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Adulthood. *JAMA Psychiatry*, 2016. 73(7): p. 713-20.
6. Caye, A., et al., Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Trajectories From Childhood to Young Adulthood: Evidence From a Birth Cohort Supporting a Late-Onset Syndrome. *JAMA Psychiatry*, 2016. 73(7): p. 705-12.
7. Faraone, S.V. and J. Biederman, Can Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Onset Occur in Adulthood? *JAMA Psychiatry*, 2016. 73(7): p. 655-6.
8. Solanto, M.V., Child vs Adult Onset of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA Psychiatry*, 2017. 74(4): p. 421.
9. Caye, A., A.M. Menezes, and L.A. Rohde, Child vs Adult Onset of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder-Reply. *JAMA Psychiatry*, 2017. 74(4): p. 421-422.