

Frage: Was sind die langfristigen gesundheitlichen Folgen von ADHS?

Antwort:

ADHS wirkt sich nachteilig auf zahlreiche Bereiche der Gesundheit und des Wohlbefindens aus, sorgt für eine höhere Sterblichkeit im Kindesalter und in der ersten Lebenshälfte und verringert die voraussichtliche Lebenserwartung im späteren Leben. Diese Risiken können wahrscheinlich durch frühzeitige und nachhaltige Interventionen zur Therapie von ADHS, einschließlich medikamentöser und evidenzbasierter psychosozialer Behandlungen, reduziert oder abgemildert werden.

Vor mehr als 50 Jahren begann man, ADHS (damals Hyperaktives-Kind-Syndrom oder Hyperkinesis genannt) in Studien zu untersuchen.

Die Studien ergaben, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS ein deutlich erhöhtes Risiko für alle Arten von Unfallverletzungen haben, darunter Verbrennungen, Vergiftungen, Zahnverletzungen, Schnittwunden, Knochenbrüche und Schädel-Hirn-Trauma, um nur einige zu nennen. Darüber hinaus ist ADHS mit vermehrt negativen Folgen in fast allen bislang untersuchten wichtigen Bereichen der Lebensaktivitäten verbunden, egal ob dies nun bei Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen auftritt. Viele dieser Bereiche haben einen direkten oder indirekten Einfluss auf die Gesundheit, wie z.B. das Risiko für erhöhte reaktive Aggression, Kriminalität und Drogenkonsum, schlechte Ernährung, sitzende Lebensweise, persönlichen Stress und Gewalt in der Partnerschaft. Ein problematisches Verhalten im Straßenverkehr einschließlich einer höheren Anzahl von Verkehrsunfällen ist ebenso mit ADHS assoziiert wie ein erhöhtes Risiko für Selbstmordgedanken, Suizidversuche und tatsächlichen Suizid. Zu den in jüngerer Zeit untersuchten Bereichen gehören auch die direkten negativen gesundheitlichen Folgen, die damit verbunden sind, dass man mit der Problematik ADHS aufwächst. Dazu gehören ein erhöhtes Risiko für epileptische Anfälle, Fettleibigkeit, Essstörungen, Tabak-, Alkohol- und Marihuanakonsum, Zahnkaries, Zahnbelag sowie Zahnfleischverletzungen, Schlafprobleme, Migräne und das Risiko für spätere Herzkrankgefäßerkrankungen. Die Störung ist auch mit einer geringeren Bereitschaft zur Umsetzung präventiver Gesundheits-, Ernährungs- und Zahnhygieneaktivitäten verbunden.

All diese Erkenntnisse lassen auf ein erhöhtes Risiko für eine größere Morbidität (Verletzungen und Krankheiten) und wahrscheinlich eine frühere Mortalität schließen. Daher sollte es nicht überraschen, dass Studien der letzten 20 Jahre gezeigt haben, dass **Kinder mit ADHS bis zum Alter von 10 Jahren** ein fast doppelt so hohes Sterberisiko haben wie Kinder ohne ADHS - und dies hauptsächlich aufgrund von Unfallverletzungen. Dieses Risiko verdoppelt sich noch einmal im Erwachsenenalter. Hier ergaben mehrere Studien, dass **Erwachsene mit ADHS in der Mitte ihres Lebens ein 4-5-fach höheres Mortalitätsrisiko** haben als andere nicht betroffene Erwachsene. Diese frühe Sterblichkeit ergibt sich oft in erster Linie aufgrund von Unfallverletzungen, aber auch aufgrund von Selbstmord und Tötungsdelikten. Viele der oben genannten Gesundheitsprobleme sind bekannt als Ursache einer verminderten Lebenserwartung und werden den Algorithmen zugrunde gelegt, die in der Erforschung der Bevölkerungsgesundheit und in der Lebensversicherungsindustrie zur Vorhersage der Lebenserwartung verwendet werden.

Vermindert eine unbehandelte ADHS die geschätzte Gesamtlebenserwartung?

Eine aktuelle Studie von Dr. Mariellen Fischer und mir war die erste, die sich mit dieser Frage beschäftigt hat. Sie ergab eine auffällige Verringerung der geschätzten Lebenserwartung im Zusammenhang mit der Störung bis hinein ins junge Erwachsenenalter. In der Studie wurde berichtet, dass Patienten, die in der Kindheit ein Hyperaktives-Kind-Syndrom oder eine ADHS der kombinierten Ausprägung aufwiesen, bis zum jungen Erwachsenenalter eine um 9,6 Jahre geringere geschätzte gesunde Lebenserwartung in den verbleibenden Jahren, eine um 1,2 Jahre höhere ungesunde Lebenserwartung in den verbleibenden Jahren und eine insgesamt um 8,4 Jahre geringere Gesamtlebenserwartung aufwiesen als Kinder aus der Kontrollgruppe. Darüber hinaus war das Fortbestehen der ADHS bis in das Erwachsenenalter hinein mit einer noch stärkeren Auswirkung auf diese geschätzte Lebenserwartung verbunden, nämlich mit einer um 12,7 Jahre verminderten gesunden Lebenserwartung und einer um 11,1 Jahre verminderten geschätzten Gesamtlebenserwartung als bei den Fällen aus der Kontrollgruppe. Persistierende Fälle hatten eine um 5,3 Jahre reduzierte gesunde Lebenserwartung und eine um 4,6 Jahre reduzierte geschätzte Gesamtlebenserwartung als nicht persistierende Fälle des kombinierten Erscheinungsbilds der ADHS. Und sowohl **persistierende als auch nicht persistierende ADHS-Fälle hatten eine signifikant niedrigere geschätzte Lebenserwartung im Erwachsenenalter als die Personen in der Kontrollgruppe.**

Das Ausmaß dieser verminderten Lebenserwartung ist sowohl eindrucklich als auch ernüchternd, wenn man bedenkt, dass die verminderte Lebenserwartung in diesem Fall weitaus erheblicher ist als die, die sich aus den Risikofaktoren Rauchen, Fettleibigkeit, Alkoholkonsum, hohem Cholesterinspiegel und Bluthochdruck (entweder einzeln oder in Kombination) ergeben! Und warum? **Weil ADHS für Betroffene die Prädisposition für alle diese sowie weitere schlechte Lebensgewohnheiten ist.**

So fanden wir beispielsweise in unserer Studie heraus, dass die Störung die geschätzte Lebenserwartung durch ihre Verbindung mit acht der 14 Variablen, die in die Berechnungen der geschätzten Lebenserwartung einfließen, reduzierte. Dies umfasst demographische Faktoren wie geringere Bildung, fehlende höhere Schulabschlüsse und entsprechend geringere Einkommenniveaus in den Gruppen der ADHS-Fälle mit kombinierter Ausprägung. Hinzu kommt, dass hier im Bereich Gesundheit und Lebensweise vermehrt Risikofaktoren wie Alkoholkonsum, ein schlechterer Gesundheitszustand, Schlafprobleme und eine höhere Anfälligkeit für Nikotinsucht (20 oder mehr Zigaretten pro Tag) oder auch ein problematisches Verhalten beim Autofahren (mit dadurch bedingten zeitweisem oder dauerhaftem Führerscheinentzug) vorliegen. Es ist vor allem das **Hintergrundmerkmal der Verhaltensorhemmung, das bei Menschen mit ADHS dazu führt, dass sie ungesünder leben, gesundheitsförderliche Praktiken eher nicht umsetzen und sich so gegebenenfalls gesundheitlichen Schaden zufügen.**

Kürzlich zeigte eine groß angelegte Studie, bei der das menschliche Genom von Tausenden von ADHS-Patienten sowie von nicht betroffenen Personen gescannt wurde, dass es einen genetischen Zusammenhang zwischen ADHS und bestimmten gesundheitsbezogenen Folgen gibt. Dazu gehörten ein niedrigerer Bildungsabschluss, Fettleibigkeit, Diabetes, Rauchen, Schlafprobleme, LDL-Cholesterin, frühe Elternschaft, das Risiko, an rheumatoider Arthritis zu erkranken, frühere Menopause usw. All dies untermauert die Schlussfolgerung, dass **ADHS und die damit verbundene Neigung einer verminderten Verhaltenskontrolle und geringer Gewissenhaftigkeit wichtige genetische Hintergrundfaktoren oder Sekundärfaktoren sind, welche eng mit den Primärfaktoren zusammenhängen,**

die sich aus den Entscheidungen hinsichtlich Gesundheit und Lebensweise ergeben und entsprechend die Lebenserwartung von Menschen mit ADHS verkürzen.

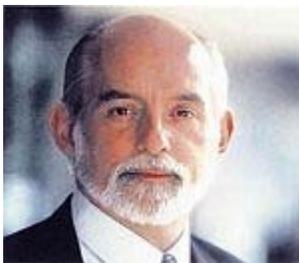
Aufgrund dieser Erkenntnisse sollte man Menschen mit ADHS und ihre Familien vermehrt über diese Risiken aufklären, um so die Primärfaktoren zu reduzieren, die eine verkürzte Lebenserwartung bewirken, wie z.B. Fettleibigkeit, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, schlechte Ernährungsgewohnheiten, zu wenig Schlaf und Bewegung usw.

Die geschätzte Lebenserwartung ist tatsächlich beeinflussbar - durch Veränderung der ungünstigen Angewohnheiten in punkto Gesundheit und Lebensweise. So lässt sich auch die Lebensqualität und die Lebenserwartung verbessern. Ebenfalls notwendig und wirksam ist die Einnahme von ADHS-Medikamenten in Kombination mit der Durchführung evidenzbasierter psychosozialer Therapien zur Beeinflussung der Hintergrundmerkmale, aufgrund derer Personen mit ADHS dazu neigen, sich gesundheitsschädigend zu verhalten.

Neuere, groß angelegte Studien zeigen, dass ADHS-Medikamente viele der oben genannten Gesundheits- und Lebensstilrisiken reduzieren - so auch die Risiken für Unfallverletzungen, Sterblichkeit, Risiken beim Autofahren, antisoziale Aktivitäten und Drogenkonsum, um nur einige zu nennen. Diese Ergebnisse sprechen auch dafür, Hausärzte für den Zusammenhang zwischen ADHS und geringerer Lebenserwartung zu sensibilisieren, da sie am ehesten versuchen werden, die negativen Auswirkungen auf die Gesundheit und den Lebensstil der Betroffenen zu verbessern. Dabei berücksichtigen sie bislang jedoch nicht, dass ADHS eine wichtige Rolle bei den Defiziten ihrer Patienten spielen könnte.

Über den Autor:

Dr. Barkley ist klinischer Professor für Psychiatrie am Virginia Commonwealth University Medical Center in Richmond, Virginia, USA. Er hat mehr als 27 Bücher, Beurteilungsskalen und klinische Handbücher sowie mehr als 300 wissenschaftliche Arbeiten und Buchkapitel über ADHS veröffentlicht und mehr als 800 Vorträge als Gastredner in mehr als 30 Ländern gehalten. Seine neuesten Bücher sind "Taking Charge of ADHD: *The Complete, Authoritative Guide for Parents* (4th ed., June 2020, Guilford press) and *The 12 Principles for Raising and Child with ADHD* (October 2020, Guilford Press). Seine Webseite finden Sie unter <https://www.RussellBarkley.org>.



Ergänzende wissenschaftliche Artikel:

- Barbaresi, W. J., Colligan, R. C., Weaver, A. L., Voigt, R. G., Killian, J. M., Katusic, S. K. (2013). Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: A prospective study. *Pediatrics*, *131*, 637-644.
- Barkley, R. A. (2015c). Health problems and related impairments in children and adults with ADHD. In R. A. Barkley (ed.) *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th Ed)*(pp. 267-313). New York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A. & Cox, D. J. (2007). A review of driving risks and impairments associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. *Journal of Safety Research*, *38*, 113-128.
- Barkley, R. A. & Fischer, M. (2019). Hyperactive child syndrome and estimated life expectancy at young adult follow-up: The role of ADHD persistence and other potential predictors. *Journal of Attention Disorders*, *23*, 907-923.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: What the science says*. New York: Guilford Press.
- Dalsgaard, S., Ostergaard, S. D., Leckman, J. F., Mortensen, P. B., & Pedersen, M. G. (2015). Mortality in children, adolescents and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet*, *385*, 2190-2196.
- Demontis, D. et al. (2018). Discovery of the first genome wide association significant risk loci for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Genetics*. Epub ahead of print. doi.org/10.1038/s41588-018-0269-7
- Jokela, M., Ferrie, J. E., & Kivimaki, M. (2008). Childhood problem behaviors and death by midlife: The British National Child Development Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *48*, 19-24.
- London, A. S., & Landes, S. D. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder and adult mortality. *Preventive Medicine*, *90*, 8-10.
- Mohr-Jensen, C., & Steinhausen, H. C. (2016). A meta-analysis and systematic review of the risks associated with childhood attention-deficit hyperactivity disorder on long-term outcome of arrests, convictions, and incarcerations. *Clinical Psychology Review*, *48*, 32-42.
- Nigg, J. T. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clinical Psychology Review*, *33*, 215-228.
- Virtanen, M., Lallukka, T., Alexanderson, K., Ervasti, J., Josefsson, P., Kivimaki, M., & Mittendorfer-Rutz, E. (2018). Work disability and mortality in early onset neuropsychiatric and behavioral disorders in Sweden. *European Journal of Public Health*, *28*, Supplement 4, p. 32.