

pädiatrie & pädologie

Österreichische Zeitschrift für Kinder- und Jugendheilkunde

Elektronischer Sonderdruck für W.A. Schuhmayer

Ein Service von Springer Medizin

Paediatr Paedolog 2015 · 50:24–27 · DOI 10.1007/s00608-014-0228-1

© Springer-Verlag Wien 2015

W.A. Schuhmayer

Medikamentenfreie Optionen bei AD(H)S

Diese PDF-Datei darf ausschließlich für nichtkommerzielle Zwecke verwendet werden und ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen – hierzu zählen auch soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Austauschplattformen.



Medikamentenfreie Optionen bei AD(H)S

Die ersten Hinweise auf das Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts)-Syndrom [AD(H)S] in der Literatur reichen bis in das 19. Jahrhundert zurück, als der Arzt Heinrich Hoffmann 1845 in seinem *Struwwelpeter* verschiedene „Typen“ skizzierte, u. a. den ADHS-Patienten „Zappelphilipp“. Wer in Österreich nach konkreten Zahlen sucht, müht sich vergeblich. Die Schätzungen zur Häufigkeit reichen bis zu 12% der Kinder im schulpflichtigen Alter, je nach Klassifizierungssystem (Klassifikation nach DSM-IV und ICD-10 in [Infobox 1](#)). Die gefühlte Häufigkeit liegt bei etwa dem Dreifachen dieser Zahl, wenn man bedenkt, dass der Reflex „ADHS“ bei vielen Kindern zum Tragen kommt, die eben einfach nur un aufmerksam sind.

Leider wird auch stigmatisiert, ohne den fachlich konkreten Diagnoseweg einzuhalten, wie er im österreichischen Konsensusbericht und anderen Publikationen definiert ist. Nicht vergessen werden sollte der Kontext verschiedener „jugendlicher Lebensformen“, z. B. ein chronischer Schlafmangel, exzessiver Konsum elektronischer Medien oder chronischer Missbrauch stark koffeinhaltiger Getränke – all das kann ebenfalls ein ADHS-ähnliches Bild verursachen, ohne dass tatsächlich ein ADHS zugrunde liegt. Insbesondere führen in diesen Fällen nur verhaltenstherapeutische Maßnahmen zum erwünschten Ziel und nicht Medikamente. Zudem werden die „Träumer“ – also die ADS-Kinder – häufig übersehen, weil sie im Vergleich zu den hyperaktiven Kindern kaum auffallen. Im internationalen Vergleich zu hoch scheint

die Verordnung stark wirksamer Medikamente zu liegen, da Österreich wiederholt von der Weltgesundheitsorganisation und der Europäischen Union ermahnt wurde, deutlich zurückhaltender vorzugehen. In der erlebten Praxis ist es so, dass nichtmedikamentöse Therapien oftmals nicht eingesetzt werden, obwohl sie eine *Conditio sine qua non* darstellen. Gleiches gilt für die Möglichkeit des Einsatzes diätetischer Nahrungsergänzungsmittel. Zu diesen beiden Bereichen soll der nachfolgende Beitrag vermehrt Auskunft geben.

Die diagnostische Realität

Laut Konsensusbericht (4/2012) ist die Diagnose AD(H)S keine Primärdiagnose. Besteht aufgrund einer Akkumulation von Symptomen ([Infobox 2 und 3](#)) der Verdacht eines AD(H)S, müssten *lege artis* sämtliche psychischen Belastungsstörungen ausgeschlossen werden, ehe man diese Diagnose schlüssig stellen dürfte.

Die Realität sieht anders aus und das aus gutem Grund. Die Ausschlussdiagnostik kann letztlich nur von einem

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt werden. Davon gibt es im niedergelassenen Bereich österreichweit nur etwa so viele wie im Großraum Zürich. Daher bekommt eine erhebliche Zahl von Kindern gleichsam auf Verdacht zentral wirksame Medikamente, deren Langzeiteffekte auf ein Gehirn in Entwicklung längst nicht abgeklärt sind. Zugrunde liegt meist ein „Befund“ mittels Symptomliste, der häufig von einer nicht-ärztlichen Person erstellt wird. Zwei Tatsachen verschärfen diese Situation noch: zum einen der Faktor Komorbidität, da das ADHS häufig mit anderen Störungen vergesellschaftet ist ([Abb 1](#)), zum anderen die geringe Spezifität der Symptomlisten, nach denen gut bis zu einem Drittel der Kinder grundsätzlich ein ADHS haben könnten, obwohl deren Konzentrationsstörungen ein gänzlich anderes Hintergrundzenario aufweisen – etwa in Form falscher Lebensführung. Nicht zuletzt müssen die fraglichen Störungen schon vor dem sechsten Lebensjahr aufgetreten sein.

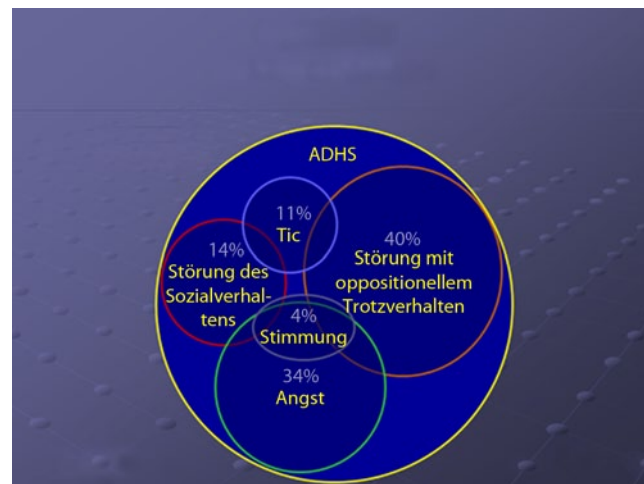


Abb. 1 ◀ Epidemiologie der Komorbiditäten des Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS). (Quelle: Hackenberg et al.)

Infobox 1 Klassifikation nach DSM-IV und ICD-10

DSM-IV: Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung

- Vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ
- Vorwiegend unaufmerksamer Typ
- Kombiniertes Typ
- ADHS, nicht näher bezeichnet

ICD-10: hyperkinetische Störungen (F90)

- Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit (F90.0)
- Hyperkinetische Störung mit Störung des Sozialverhaltens (F90.1)
- Andere hyperkinetische Störungen (F90.8)

Infobox 2 Leitsymptome des AD(H)S im Grundschulalter

- Mangelnde Regelakzeptanz, Stören, starke Ablenkbarkeit, wenig Ausdauer, emotionale Instabilität, Wutanfälle
- Andauerndes Reden, Geräuschproduktion, überhastetes Sprechen (Poltern), unpassende Mimik, Gestik und Körpersprache
- Ungeschicklichkeit, häufige Unfälle
- Lese-Rechtschreib-Rechen-Schwäche, Leistungsprobleme, schlechte Schrift, chaotisches Ordnungsverhalten
- Außenseitertum, geringes Selbstbewusstsein

Cave: Beim ADS fallen die Hyperaktivitätssymptome weg.

Infobox 3 Leitsymptome des AD(H)S während der Adoleszenz

- Unaufmerksamkeit, Keine-Lust-Mentalität, Leistungsverweigerung, oppositionell-aggressives Verhalten, stark vermindertes Selbstwertgefühl, Ängste, Depressionen
- Kontakte zu sozialen Randgruppen, häufiger Verkehrsunfälle, Neigung zu Delinquenz, Alkohol und Drogen

Infobox 4 Komorbidität im Kindesalter

- Oppositionelle Störungen des Sozialverhaltens
- Aggressive Verhaltensstörungen
- Depressive Störungen
- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Lernstörungen, Teilleistungsschwächen
- Sprach- und Sprechstörungen
- Tic-Störungen, Tourette-Syndrom

Infobox 5 Offener therapeutischer Stufenplan

- Milde Ausprägung: nichtpharmakologische Therapie wie etwa die medizinisch orientierte tiergestützte Therapie (mTGT)
- Mäßige Ausprägung: nichtpharmakologische Therapie + diätetische Nahrungsergänzungsmittel (NEM)
- Mittlere Ausprägung: die beiden zuvor genannten Therapien + Pharmakotherapie
- Starke Ausprägung: nichtpharmakologische Therapie + Pharmakotherapie (NEM unwirksam)

Wer bekommt ein AD(H)S?

Diese Frage konnte bislang nicht schlüssig beantwortet werden und ihre Klärung ist über das Hypothesenniveau nicht hinausgekommen. Wie bei allen psychischen Überlastungsstörungen darf man aber davon ausgehen, dass der biomechanistische Zugang über die mangelnde Balance der Stimulation hemmender Nervenbahnen keinesfalls ein ausreichendes Erklärungsmodell darstellt.

Wie bei allen anderen psychischen Störungen geht man von der Vulnerabilitätshypothese aus, die besagt, dass es Menschen gibt, die auf belastende Umfeldfak-

toren in einer als Krankheit eingestuften Form reagieren. Die Genese gilt als multifaktoriell, ohne tatsächlich einigermaßen konkret sein zu können.

Wenig beleuchtet sind in diesem Zusammenhang auch Phänomene wie jenes der epigenetischen Prägung, deren erste Phase im Mutterleib, deren zweite für die Periode bis zum fünften Lebensjahr vermutet wird und deren dritte in die Pubertät fällt.

Im Rahmen der Beschäftigung mit dem Phänomen AD(H)S im Zusammenhang mit einer Anwendungsbeobachtung fiel auf, dass ein „reines“ AD(H)S relativ selten ist (■ **Infobox 4**) und dass es durchaus mildere Verlaufsformen gibt, die mit ein wenig gutem Willen ohne massive Medikation auskommen.

Vereinfacht könnte ein offener therapeutischer Stufenplan aussehen, wie in ■ **Infobox 5** dargestellt. Leider kann man derzeit keine allgemein gültige Skalierungsmethode anbieten, die eine gute Zuordnung zu einem derartigen Stufenplan ermöglichen könnte. Hier sind in der Zeit der evidenzbasierten Medizin Erfahrung, Einfühlungsvermögen und die gute Abschätzung der Chancen einer Psychoedukation auf Elternseite erforderlich.

Lebensumstände

Zwar existieren von beruflicher Seite klare Richtlinien, welche Altersgruppe wie viel Zeit vor dem Computer und Fernsehapparat verbringen sollte, aber sie finden kaum Umsetzung oder Gehör. Bei älteren Jugendlichen lässt sich aus dieser Dynamik heraus sogar ein Trend erkennen, der letztlich dazu führt, dass sich das internetgestützte Sozialleben, das ja in Wahrheit keines ist, sondern lediglich virtuell, vorwiegend nachts abspielt, der Schlaf weit nach Mitternacht beginnt und daher bis in den Mittag andauert. Dann wird es für alle Beteiligten sehr schwer, denn derartige Störungen des Biorhythmus quittiert der Organismus relativ rasch mit Zuständen aus dem Bereich der Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörungen, Depression, Angst oder Soziophobie mit dem konsequenten Endpunkt Wahn. Nichts verletzt die Psyche intensiver als eine Inversion des Tag-Nacht-Rhythmus

Von Seiten der Lehrer und Eltern entsteht auf Medizin und Therapie im Sinne der nichtmedikamentösen Therapieachse ein erheblicher Druck, das Problem „rasch“ zu lösen. Eine Tatsache, die nicht wazudiskutieren ist und sich – verschärft formuliert – in der raschen Wiederherstellung der „Funktionstüchtigkeit“ der Kinder im Sinne maximaler Anpassbarkeit erschöpft. Verhaltensänderungen, Konzentrationsübungen, eine Verbesserung des Sozialverhaltens sowie eine kindgerechte Tagesstruktur und Lebensführung finden viel zu geringe Beachtung.

Infobox 6 AD(H)S-relevante Parameter der medizinisch orientierten tiergestützten Therapie (mTGT)

- Nutzung/Steigerung des Spielverhaltens
- Stimuli wiederholt angeboten
- Schrittweise Erweiterung des „Schwierigkeitsgrads“
- Stark kommunikationsfördernd
- Hebung der sozialen Kompetenz
- Adaptive Verhaltensweisen werden aufgebaut/verstärkt
- Hohe Intensität als „Stoßtherapie“ möglich/Therapieurlaub
- Belohnung ergibt sich aus der positiven „Rückmeldung“ des Therapeuten in der gemeinsamen Bewältigung der Aufgaben

Infobox 7 Der Therapieurlaub

Eine Sonderform der Therapie ist die Intensivtherapie bzw. der „Therapieurlaub“. Dabei nächtigen die Betroffenen in der Region oder direkt vor Ort und es wird über 5 Tage (Montag – Freitag) mit je einer Einheit à 90 min vormittags und nachmittags gearbeitet. Diese Variante hat sich als nützlich erwiesen, wenn ein rascher Basiserfolg erwünscht ist oder in unterschiedlichen Indikationen bei besonders schweren Symptomen. Bei dieser Behandlungsvariante können nur kurzfristige Therapieziele definiert werden. Häufig ist eine weitere Begleitung empfehlenswert, um den Therapieerfolg zu stabilisieren oder auszubauen.

und damit eine massive Irritation des Bio-rhythmus.

Eine „konkrete“ Diagnostik wird unter solchen Umständen selbst für höchst qualifizierte Fachleute schwer.

Diätetische Nahrungsergänzungsmittel

Bereits 2009 beschrieben Suchhart et al. (Eur J Pediatr 2010; 169:149–164) die wichtige Rolle der mehrfach ungesättigten ω -3- und ω -6-Fettsäuren (FS). Daneben gab es einige Studien, die keine Wirkung der Substitution belegen konnten, insbesondere in Bezug auf ω -3-FS. Die genaue Durchsicht der Arbeiten zeigt, dass die Beurteilung zunächst deshalb schwierig scheint, weil völlig unterschiedliche Präparate mit nicht vergleichbaren FS-Dosierungen zur Anwendung kamen. Tat-

sächlich lag aber einer großen Mehrzahl der Arbeiten ein wesentlicher Denkfehler zugrunde, der von der Over-the-counter-Industrie bis heute weidlich ausgenutzt wird. Dieser lässt sich etwa in folgendem Satz zusammenfassen: „ ω -FS sind gut für das kindliche Gehirn!“

Das ist in dieser Form ein Missverständnis, das auf dem Fettreichtum des Gehirns basiert. Die Gabe von ω -3/6-FS muss in einem bestimmten Verhältnis erfolgen, denn es geht um die Stabilisierung einer definierten Balance zwischen den beiden Derivaten. Das betonte Suchhart in seiner Arbeit sehr klar. Der Hintergrund besteht darin, dass ω -3-FS auch eine Affinität zum ω -6-FS-Rezeptor haben und die isolierte Gabe von ω -3-FS zu einer Blockierung dieser Rezeptoren führen kann.

Entscheidend ist daher die Verwendung eines darauf speziell ausgerichteten Präparats wie etwa von Equazen® Pro. Mit diesem Produkt wurde auch in einer österreichischen Anwendungsbeobachtung (Hackenberg et al. 2011) gearbeitet, die versuchte, Kriterien zu finden, nach denen sich die Sinnhaftigkeit einer solchen diätetischen Nahrungsmittelgabe schon vorab abschätzen lässt. Die Daten wurden 2011 auf dem 3rd International Congress on ADHD unter dem Titel „Promising results with a dietary supplement in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children“ präsentiert (verfügbar unter www.aiaatr.com/publicationen). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei den 39 ausgewerteten Fällen bei milden AD(H)S-Verläufen die Patienten von der Substitution profitiert haben. Bei mittelschweren Verläufen erwies sich die zusätzliche Gabe der FS-Kombination additiv zur konservativen Pharmakotherapie als möglicherweise sinnvoll.

In der Praxis gab es zwei Probleme in der Applikation der Therapie. Ersteres besteht in der extrem langsam anflutenden Wirkung. Erst nach etwa 3-monatiger Gabe darf man relevante klinische Wirkungen erwarten. Dennoch sind viele Eltern froh, wenn man ihnen diese Möglichkeit offeriert, da sie die Gabe stark wirksamer Pharmaka vielfach ablehnen.

Das zweite Problem wurde mittlerweile erfolgreich gelöst. Es bestand darin, dass es für die Kinder nicht eben an-

genehm ist, 3-mal täglich 2 relativ große Kapseln zu schlucken – eine Tatsache, die sich nicht eben positiv auf die Therapieadhärenz auswirkt und in der Behandlung viele Schwachstellen erzeugt. Mittlerweile stehen aber Kaukapseln mit Himbeeraroma zur Verfügung, die sich einer besseren Akzeptanz erfreuen.

Die dritte Applikationsvariante ist ein Öl mit Limettengeschmack, das vielfältig einsetzbar ist, aber keinesfalls erhitzt werden darf, da dies zu einer Denaturierung der FS führt (weitere Details unter <http://www.equazen.at>).

Tiergestützte Therapie

Die medizinisch orientierte tiergestützte Therapie (mTGT) wird seit 2012 am „Österreichischen Institut für tiergestützte Therapie und Forschung“ (<http://www.aiaatr.com>) in Niederösterreich nördlich von Krems angeboten. Es handelt sich dabei vereinfacht um eine „lösungsorientierte soziokognitive Begegnungsarbeit in einer Kombination aus Gespräch, tiergestützter Arbeit und Coachingelementen“, die von Kindern allgemein gern und gut angenommen wird. Die Behandlung folgt gültigen medizinischen Standards und beinhaltet möglichst eine standardisierte Therapieverlaufskontrolle auf Basis internationaler Skalierungsmethoden.

Am Institut wird mit Miniziegen, einem Zwergmuli, Alpakas und gelegentlich mit Katzen gearbeitet. Der spielerische Charakter der therapeutischen Arbeit vermittelt Lernprozesse, die sich auf unterschiedlichen Gebieten positiv auswirken und für nahezu alle psychischen Überlastungsstörungen sowohl bei Kindern wie auch Erwachsenen geeignet sind.

Die mTGT steigert u. a. die psychische wie auch die physische Leistung. Konzentrationsfähigkeit, Selbstwertgefühl, Selbstbewusstsein und Sozialkompetenz wachsen. Die Müdigkeit tritt zurück, die Aufmerksamkeitsfähigkeit steigt, selbst in Fällen, in denen zahlreiche andere Interventionsversuche vergeblich waren (■ **Infobox 6**).

Das Tier ist dabei eine Art sozialer Sparringspartner, hat aber auch eine Motivator- und Katalysatorfunktion. In verschiedenen Settings sind konkrete Aufgaben zu bewältigen. So ist etwa für

das scheinbar leichte Hüten einer kleinen Zwergziegenherde ein erhebliches Ausmaß an Konzentration erforderlich. Ebenso wie für das „Einfangen“ von Ziegen. Ein Alpaka durch einen Parcours zu führen, wirkt für den uneingeweihten Betrachter keineswegs spektakulär, verlangt vom Kind aber den Aufbau einer sozialen Vertrauensbeziehung zum Tier, die mit einer intensiven mentalen Präsenz verbunden ist.

Begleitet wird diese Arbeit von einem ausführlichen Assessmentgespräch mit einer laufenden Dokumentation und der Festsetzung von definierten Therapiezielen, die in der Regel innerhalb von 12 Therapiewochen zu je einer Einheit à 90 min erreicht werden.

Dies ist eine vergleichsweise geringe Behandlungsdauer, die sich aus der Dynamik des Therapieprozesses erklären lässt. Während eine Gesprächstherapie hinsichtlich der Erkenntnisse häufig weitgehend virtuell bleibt und damit die Umsetzungshürde vom therapeutischen Setting ins tägliche Leben bestehen bleibt, wird der notwendige Erkenntnis- oder Trainingseffekt bei der mTGT unmittelbar erarbeitet. Das beinhaltet eine direkte Bestätigung der „richtigen“ Verhaltensweise durch die kooperative Reaktion des Therapeuten, verbunden mit einem praktischen Lerneffekt und dem zugehörigen Erfolgserlebnis. Damit fällt die Hürde zwischen virtueller Theorie und gelebter Realität. Eine Sonderform der Therapie ist der „Therapieurlaub“ (■ **Infobox 7**).

Was wird behandelt?

Die mTGT folgt grundsätzlich einer fachärztlichen Diagnose, konzentriert sich aber weniger auf konkrete Krankheitsmodelle, sondern auf die jeweils aktuelle Situation, die vor jeder Therapieeinheit in einem kurzen Gespräch erhoben wird.

Immer wieder werden uns auch Kinder vorgestellt, die nie ein Facharzt gesehen hat und deren „Diagnose“ aus anderen, nichtärztlichen Quellen kommt. Das stellt zwar grundsätzlich kein Problem dar, es wird in diesen Fällen allerdings immer empfohlen, einen Facharzt aufzusuchen, oder es werden die häufig vernachlässigten psychosomatischen Aspekte in Kooperation mit behandelnden Kollegen

aufgearbeitet. Es ist ein wesentliches Kriterium der mTGT, dass sie sich als Methode der stets erforderlichen nichtpharmakologischen Behandlungsbasis auf diese Domäne beschränkt und keine fachärztliche Expertise ersetzen will oder kann, sondern erforderlichenfalls aktiv die multidisziplinäre Zusammenarbeit anstrebt bzw. anbietet – ganz im Sinne eines multimodalen Behandlungszugangs.

Fallskizze

Die 13-jährige Anna (Name geändert) wurde von den Eltern vorgestellt, nachdem sie 6 Monate lang einer frustranen Gesprächstherapie unterzogen worden war, die sich auf eine „posttraumatische Depression“ (PTBS) berief. In der Exploration fehlten sowohl ausreichende Anhaltspunkte für eine Depression (nach HAMD-21) als auch wesentliche Kernsymptome einer PTBS wie Flashbacks oder Vermeidungsverhalten. Die „Diagnose“ basierte auf einer nichtärztlichen Fantasie, die aus dem Selbstmord eines Verwandten abgeleitet wurde. Die Eltern der Betroffenen gaben hingegen an, das Kind wäre „schon immer“ – also auch vor dem sechsten Lebensjahr – besonders still gewesen. Weiters ließen sich ein Konflikt mit einer sehr dominanten Schwester und eine allgemeine Konzentrationsschwäche erheben. Therapiert wurde daher in Richtung eines ADS.

Bereits nach nur 5 Therapieeinheiten (à 90 min im Wochenabstand) in verschiedenen tiergestützten Settings veränderte sich das Verhalten des Kindes völlig: fröhliches Reden statt bedrückter Stille, Lachen statt Zurückhaltung, ein stark gesteigertes Konzentrationsvermögen und die erfolgreiche Abgrenzung zur dominanten Schwester. Das entspricht den bekannten Grundstärken der mTGT und bestätigte die Sinnhaftigkeit dieses Ansatzes bei AD(H)S. Die Therapie konnte nach 12 Einheiten erfolgreich abgeschlossen werden. Da es keine gut standardisierte Skalierungsmethode für die ADS-Symptomatik gibt, wurde die Befragung der Eltern zur Erfolgsbeurteilung herangezogen.

Korrespondenzadresse

Dr. W.A. Schuhmayer
Österreichisches Institut für tiergestützte
Therapie und Forschung
Grossmotten 42, 3542 Gföhl
Österreich
office@aiaatr.com

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. W.A. Schuhmayer gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht. Es gab zu dieser Arbeit keine finanzielle Aufwandsentschädigung seitens Sarnova, der Vertreiberfirma von Equazen® Pro.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur. Literatur beim Verfasser