

„DIE KRANKHEIT OHNE NAMEN“

Presse-Seminar in Kooperation mit der Ernährungskommission
der Österr. Gesellschaft f. Kinder- und Jugendheilkunde
Freitag, 12.3.2010, Presseclub Concordia, Wien



MEDIEN
AKADEMIE
GESUNDHEIT



Ass. Prof. Dr. Brigitte Hackenberg

Univ. Kinderklinik Wien, Dept. Ltg. f. Psychosomatik und klinische Psychologie

1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

T +43-1-40400/3267, M: brigitte.hackenberg@meduniwien.ac.at

Was wann wie behandeln?

Der Titel der Veranstaltung weist schon darauf hin, dass es sich beim Symptom der Konzentrationsstörung nicht um eine einzige wohl definierte Erkrankung handelt, sondern man sich bemühen muss, hier in größeren Zusammenhängen zu denken – und letztlich auch zu handeln

Insbesondere vor dem Wunschdenken einer Evidenz-basierten Medizin ist das nicht ganz einfach. Dennoch versuchen wir bestmöglich, dieser Anforderung gerecht zu werden.

Eine kindliche Konzentrationsstörung kann grundsätzlich rein „hausgemacht“ – also mit viel elterlichem Geschick hervorgerufen sein. Das macht die Elternberatung nicht einfacher. Die Angst, versagt zu haben, steht einer konstruktiven Elternarbeit oft lange im Wege.. Eine Konzentrationsstörung kann naturgemäß viele Ursachen haben.

Von einer behandlungsbedürftigen Störung sprechen wir erst, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind.

In der Folge macht es schon einen gewaltigen Unterschied, wo ein betroffenes Kind behandelt wird. In Europa oder in den USA? Während in den USA sehr intensiv mit Substanzen zuungunsten der Psychotherapie gearbeitet wird, wie internationale Erhebungen zeigen, kehrt sich dieses Verhältnis in Europa um. Speziell in Österreich ist man jedoch überaus zurückhaltend und viele meinen, mit Psychotherapie alleine jedes Problem lösen zu können. Das ist sicher nicht richtig, denn erst die Kombination von Psychotherapie mit den geeigneten Substanzen führt zum bestmöglichen Erfolg.

Nähern wir uns also dem Begriff „Aufmerksamkeitsstörung“ – im englischen „Attention Deficit“ (AD). Vergleicht man in diesem Kontext amerikanische Beurteilungssysteme wie die DSM-IV mit der europäischen ICD-10, dann fällt

„DIE KRANKHEIT OHNE NAMEN“

Presse-Seminar in Kooperation mit der Ernährungskommission
der Österr. Gesellschaft f. Kinder- und Jugendheilkunde
Freitag, 12.3.2010, Presseclub Concordia, Wien



MEDIEN
AKADEMIE
GESUNDHEIT

auf, dass in den USA die Aufmerksamkeitsstörung alleine – also ohne gesteigerten Antrieb – akzeptiert wird. In der Europäischen Klassifikation ist das nicht der Fall. Hier wird gleichsam verlangt, dass sie mit Unruhe und Antriebssteigerung vergesellschaftet ist. Dann sprechen wir von einem ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom)

In den USA setzt man hier das H mitunter in Klammer und spricht von einem ADS – einem Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Und daher rührt letztlich der Titel diese Veranstaltung, denn so gesehen handelt es sich um eine „Krankheit ohne Namen“.

Das AD(H)S ist aber ein häufig falsch oder miss-verstandenes Krankheitsbild, stark wechselnder Ausprägung und Intensität, das mit anderen psychischen Erkrankungen einher gehen kann, aber keineswegs muss. Und das Feld dieser gelegentlich assoziierten Erkrankungen oder Symptomkomplexe ist weit. Es reicht von depressiven über schizoide Symptome bis hin zu Formen des Autismus. Schubladendenken führt hier definitiv in die Sackgasse.

Es gibt in diesem Zusammenhang eine Reihe von Verallgemeinerungen und Irrtümern wie etwa:

Das ist nur die Unfähigkeit still zu sitzen, schlechtes Benehmen

Nun, so einfach darf man es sich nicht machen. Man wird keine Behandlungserfolge erreichen, wenn man versucht, einem solchen Phänomen mit dem erhobenen Zeigefinger zu begegnen.

Das Gehirn der Betroffenen ist überaktiv und muss medikamentös ruhig gestellt werden

Nein, auch so geht es nicht, denn keineswegs ist es so, dass alle Kinder, bei denen man ein ADHS oder eine ähnliche Störung feststellt, überhaupt eine medikamentöse Behandlung benötigen. Wenn doch mit Medikamenten behandelt wird, dann nicht mit Beruhigungsmitteln, sondern mit aktivierenden Substanzen (z.B. Stimulanzien), die das „Kontrollsystem“ im Gehirn selektiv beeinflussen können.

„DIE KRANKHEIT OHNE NAMEN“

Presse-Seminar in Kooperation mit der Ernährungskommission
der Österr. Gesellschaft f. Kinder- und Jugendheilkunde
Freitag, 12.3.2010, Presseclub Concordia, Wien



MEDIEN
AKADEMIE
GESUNDHEIT

Das ist nur ein Mangel an „Willenskraft“

Motivierte Menschen zeigen bessere Leistungen, das ist eine bekannte Tatsache. Für aufmerksamkeitsgestörte Kinder werden schwierige Aufgaben oft zur reinen Plage, -der Satz „du musst nur wollen! „ macht ihnen das Leben nicht leichter..

ADHS ist nur das moderne Etikett, um eine Verhaltensstörung salonfähig zu machen

Eltern mit Erziehungsproblemen suchen oft die alleinige Erklärung in einer biologisch entstandenen Störung und wollen ihre Verantwortung in der Symptomentstehung nicht zur Kenntnis nehmen. Es wäre aber verfehlt alle Verhaltensschwierigkeiten in einen Topf zu werfen und zu glauben, alles sei soziologisch zu erklären.

Das haben nur Kinder und mit der Pubertät wächst sich das aus...

Keineswegs, auch Erwachsene können ein AD(H)S haben

Jeder hat irgendwann in seinem Leben derartige Symptome und damit muss ein halbwegs intelligenter Mensch von selbst fertig werden

Das ist etwa so realistisch, wie einem Depressiven zu sagen, er möge sich gefälligst „zusammenreißen“ . . .

Dieser kleine und unvollständige Überblick soll zeigen, wie vielfältig die Missverständnisse und Vorurteile rund um diesen Symptomkomplex sind.

„DIE KRANKHEIT OHNE NAMEN“

Presse-Seminar in Kooperation mit der Ernährungskommission
der Österr. Gesellschaft f. Kinder- und Jugendheilkunde
Freitag, 12.3.2010, Presseclub Concordia, Wien



MEDIEN
AKADEMIE
GESUNDHEIT

Ein klares biopsychiatrische Korrelat kennen wir bis dato nicht. Im Hintergrund werden Ursachen aus vier Bereichen vermutet:

1. Genetische Belastung – oft ist auch ein Elternteil ähnlich veranlagt
2. Neurochemisch-neuroanatomische Störungen – etwa Abweichungen im adrenerg-serotonergen System oder ein vermindertes Vorhandensein essentieller Fettsäuren
3. Hirnorganische Schädigungen – Veränderungen des frontostriatalen Kortex wurden dokumentiert.
4. Umfeldfaktoren –inadäquates Verhalten von Eltern und Lehrern

Zum Verständnis ein Beispiel, dass auch im ersten Referat schon aufgezeigt wurde: Sie können ein Kind mit einer Neigung zu einer pathologischen Aufmerksamkeitsstörung haben, aber für ein sehr ausgewogenes und rhythmisiertes Umfeld sorgen. Nichts wird passieren. Setzen die dasselbe Kind aber in eine völlig andere Umgebung – so wie im ersten Referat beschrieben – triggern sie diese Schwäche und es kommt zur Entwicklung einer ausgeprägten Symptomatik

Dieses Beispiel führt uns zum Wann behandeln?

Grundsätzlich sollte bei jeder längerfristig auffälligen Konzentrationsstörung abgeklärt werden, ob hier eine Krankheitswertigkeit vorliegt. Insbesondere, wenn diese Aufmerksamkeitsdefizite sich so präsentieren, als würde das Kind scheinbar abwesend sein, in einer „eigenen Welt“ träumen, gedanklich nicht am Geschehen teilnehmen, auf Fragen nicht sinnfolgend antworten und Ähnliches.

„DIE KRANKHEIT OHNE NAMEN“

Presse-Seminar in Kooperation mit der Ernährungskommission
der Österr. Gesellschaft f. Kinder- und Jugendheilkunde
Freitag, 12.3.2010, Presseclub Concordia, Wien



MEDIEN
AKADEMIE
GESUNDHEIT

Das diagnostische Konzept sieht im Detail folgende Schritte vor:

- Exploration der Eltern des Kindes und der Lehrer/Erzieher
- Exploration des Kindes
- Standardisierte Fragebögen für Eltern, Lehrer/Erzieher und Kinder
- Testpsychologische Untersuchung
- Körperliche Untersuchung
- Verlaufskontrolle

Fehlen hier Hyperaktivitätssymptome, dann spricht die DSM-IV vom „vorwiegend unaufmerksame Subtyp“, während diese Variante in der Europäischen ICD-10 gleichsam „nicht vorkommt“ bzw nur als Restkategorie „sonstige hyperkinetische Störung“ klassifiziert wird. Das kann auch dazu führen, dass durch das Fehlen der Aktivitätssteigerung gar keine Diagnose gestellt wird . . .

Etwas einfacher ist die Situation, wenn typische Hyperaktivitäts-Symptome vorliegen und damit ein „klassisches,, ADHS-Vollbild vorliegt.

Nehmen Sie also bitte zu diesem Teil meiner Ausführungen Folgendes für Ihre Leser-, Hörer- oder SeherInnen mit. Jede längerfristige Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörung bedarf einer entsprechenden Abklärung. Es macht keinen Sinn, diese Kinder als „willensschwache Dummchen“ hinzustellen. Sie benötigen vielfach aktive Hilfe, die auch möglich ist.

Ebenso muss sich nun niemand Sorgen machen, dass das Kind sofort mit allen Arten von Drogen vollgepumpt wird. Diese begreifliche Sorge vieler Eltern führt zum „**Wie behandeln?**“

„DIE KRANKHEIT OHNE NAMEN“

Presse-Seminar in Kooperation mit der Ernährungskommission
der Österr. Gesellschaft f. Kinder- und Jugendheilkunde
Freitag, 12.3.2010, Presseclub Concordia, Wien



MEDIEN
AKADEMIE
GESUNDHEIT

Noch einmal – die Diagnose an sich bedeutet noch lange nicht den Einsatz „schwere Medikamente“. Sie können vielfach weggelassen werden.

Das therapeutische Armentarium beginnt mit der Beratung und Betreuung der gesamten Familie, also einer „Psychoedukation“ der Familie mit Psychotherapie für das Kind, manchmal auch für die Eltern. Für milde Verlaufsformen ist es oftmals ausreichend, für eine Rhythmisierung des Kinderlebens zu sorgen. Das allerdings setzt motivierte und kooperative Eltern voraus.

Die nächst höhere Behandlungsstufe steht uns in Österreich auch bald zur Verfügung. Das ist der Einsatz hoch dosierter ungesättigter Fettsäuren – der so genannten Omega-Fettsäuren. Wichtig ist hier „hoch dosiert“. Ein wohl gemeintes Nahrungsergänzungsmittel aus der Drogerie enthält – bildlich gesprochen - nur Spuren jener Dosierung, die für den Einsatz bei Aufmerksamkeitsstörungen nötig sind. Es wäre völlig wirkungslos. Ähnliches gilt auch für das Denkmodell „gesunde Ernährung“...

Derzeit könnte man – allerdings zu einem extrem hohen Preis – ein Fischöl-Präparat aus der Kardiologie „zweckentfremden“ oder Präparate mit für Kinder ungeeigneter Kapselgröße verwenden.. Wir in der Klinik verfügen aber schon über erste Muster eines aus England kommenden Produktes, das Omega 3 und 6 Fettsäuren enthält. Es wird in Österreich des Status eine so genannten „diätetischen Nahrungsergänzungsmittels“ haben. So bezeichnet man spezielle Nahrungsergänzungsmittel, die einer bestimmten Indikation zugeordnet sind. In diesem Falle sind das Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen.

„DIE KRANKHEIT OHNE NAMEN“

Presse-Seminar in Kooperation mit der Ernährungskommission
der Österr. Gesellschaft f. Kinder- und Jugendheilkunde
Freitag, 12.3.2010, Presseclub Concordia, Wien



MEDIEN
AKADEMIE
GESUNDHEIT

Was bewirkt ein solches Omega-FS-Präparat?

Sie haben von meinem Vorredner gehört, wie vielfältig heute der Einsatz dieser essentiellen Fettsäuren erkannt wird. Diese Substanzen spielen mit –Sicherheit eine wichtige Rolle im Nervenstoffwechsel – welche genau, wissen wir noch nicht. Die beobachtete Wirkung im Zusammenhang mit sehr unterschiedlichen Krankheitsbildern lässt allerdings den Schluss zu, dass es sich hier um eine Art „Energieturbo“ für die Nervenzelle handelt, die sie die ihr zugeordnete Funktion besser ausführen lässt.

Gewarnt werden muss allerdings schon jetzt vor eine Art „Omega-Mania“, bei der vielfältige Trittbrettfahrer diese Erkenntnisse für sich nützen wollen, um nicht getestete Präparate einfach „bezugnehmend“ – wie das so schön heißt - an gutgläubige Konsumenten zu bringen. . . .

Es gibt in Studien Hinweise auf die Wirkung der Omega-Fettsäuren, die sich immer wieder auch in der Praxis bestätigen.

Sie wären ein logischer Schritt nach vorne, als Unterstützung der Psychotherapie oder eine Alternative, wenn mit von einem starken Medikament pausieren möchte. Das lässt sich aber nur von Fall zu Fall entscheiden.

Zusammenfassend: Bei subklinischer oder moderater Ausprägung des AD(H)S hat die Behandlung mit essentiellen Fettsäuren (omega.3 und omega 6) sowohl als Monotherapie als auch als add-on Therapie signifikante Effekte gezeigt.

. Die medikamentöse Behandlung eines hyperkinetischen Kindes ist nicht allein Sache des Arztes. Es muss vielmehr ein multidisziplinäres, vernetztes und ganzheitliches („multimodales“) Arbeitsmodell installiert und gut koordiniert werden.

Seitens der regulären Pharmakotherapie gibt es im Wesentlichen zwei Ansätze

„DIE KRANKHEIT OHNE NAMEN“

Presse-Seminar in Kooperation mit der Ernährungskommission
der Österr. Gesellschaft f. Kinder- und Jugendheilkunde
Freitag, 12.3.2010, Presseclub Concordia, Wien



MEDIEN
AKADEMIE
GESUNDHEIT

Die Studienlage und die klinische Erfahrung weisen darauf hin, dass Methylphenidat generell Medikation der ersten Wahl ist, vor allem wenn schneller Wirkungseintritt notwendig ist und wenn eine hyperkinetische Störung (bzw. Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung) oder eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens ohne weitere komorbide Störungen vorliegen.

Atomoxetin kann als Medikation der ersten Wahl eingesetzt werden, vor allem bei Gefahr von Substanzmissbrauch durch den Patienten oder auch im Umfeld des Patienten und wenn eine Wirksamkeit über den gesamten Tag notwendig ist. Atomoxetin ist, möglicherweise auch bei komorbiden Angststörungen oder bei komorbider Tic-Symptomatik, als Medikation der ersten Wahl indiziert. Ist Methylphenidat wegen mangelnder Wirksamkeit oder starker Nebeneffekte nicht hilfreich, kann Atomoxetin Mittel der zweiten Wahl sein. Bei geringer/mangelnder Wirksamkeit von Methylphenidat kann alternativ auch Amphetamin gewählt werden, das allerdings bislang nicht als Fertigpräparat zur Verfügung steht.

Damit möchte ich im Sinne der Ausrichtung der heutigen Veranstaltung Ihr Augenmerk auf die eher moderate Ausprägung eines AD(H)S richten, stehe Ihnen aber jederzeit gerne für weiterführende Fragen zur Verfügung.