

HUBERT GEUE

Von einem modernen Mythos, und wie man damit nebenwirkungsfrei umgeht...

„Oje, noch ein Aufsatz zum allgegenwärtigen AD(H)S-Thema“ mag der geneigte Leser denken, der mehr oder weniger motiviert die zeitgenössische Literatur zum Thema durchkämmt, um.... ja um was?

In der Regel, um endlich zu verstehen, was es mit dieser mysteriösen Erkrankung auf sich hat, oder um endlich einmal wirksame Hilfe – möglichst nebenwirkungsfrei - zu finden. Hilfe, die neben dem üblichen Verschreiben von Stimulanzien (Ritalin, Medikinet etc.) oder anderen Psychopharmaka, sein Kind in die Lage versetzt, endlich mit seinen Klassenkameraden oder Altersgenossen mithalten zu können. Mithalten in Punkto Aufmerksamkeit und mithalten im Hinblick auf die Selbststeuerung. Oder um einfach einmal die wohlverdiente Ruhe genießen zu können, die andere – vom Glück gesegnete? – Eltern offenbar haben, da deren Kinder gute Noten schreiben und sich auch sonst wunderbar verhalten. Warum dann noch einen Aufsatz zum Thema, ist nicht schon alles gesagt und geschrieben worden? Jedoch gilt: Theorie verändert Realität indem sie sie beschreibt.

Ich möchte auf den nächsten Seiten aufzeigen, dass es – nach meiner Erfahrung und nach wissenschaftlichen Erkenntnissen - durchaus möglich ist, AD(H)S nebenwirkungsarm oder nebenwirkungsfrei zu behandeln -, und auch zu heilen. Auch wenn die Pharmaindustrie (hier Lilly) einräumt: „Nach heutigem Wissenstand ist ADHS nicht heilbar“ (Quelle: http://www.lilly.at/produkte/adhs/tipp_0503.shtml) und der schulmedizinische Glaubenssatz lautet: „AD(H)S ist nicht heilbar, aber behandelbar“.

Desweiteren soll aufgezeigt werden, dass die übliche Herangehensweise speziell beim Thema AD(H)S gegen die eigenen Prinzipien und Lehrmeinungen verstößt, und sich große Teile der Ärzteschaft – leider – zum Handlanger eines krankmachenden Zeitgeistes machen.

Und – der Artikel soll einen Beitrag zu meiner eigenen Psychohygiene liefern, eine Psychohygiene, die notwendig wird wenn ich mit anschauen muss wie selbst Kleinkindern zum Teil jahrelang eine Substanz verabreicht wird, die - gemäß den Forschungen der international renommierten Hirnforscherin Dr. Nora Volkow – auf das Nervensystem stärker wirkt als Kokain.

Für mich als naturheilkundlich und psychotherapeutisch orientierten Behandler ist es darüber hinaus wichtig, nicht nur achselzuckend den üblichen „AD(H)S-Rummel“ mit zu machen, sondern eine Frage der Verantwortung und der Zivilcourage, auf Widersprüche und Gefahren hin zu weisen. Schließlich geht es um unsere Kinder, die – wie schon an anderer Stelle oft genug betont – unsere Zukunft sind.

Meiner Erfahrung nach glauben immer mehr Eltern an das „Krankheitsbild“ AD(H)S, welches erst seit den 80er-Jahren in die üblichen diagnostischen Manuale aufgenommen wurde. Ein Krankheitsbild, das auch durch die ständige Berichterstattung immer mehr an Realität gewinnt, auch wenn es sich - wie z.B. „Intelligenz“ - um ein Konstrukt handelt, dessen Existenz mehr als ein hypothetisches Modell denn als ein deutlich abgrenzbares Krankheitsbild zu verstehen ist. Denn –

AD(H)S ist nicht eindeutig messbar, sondern es handelt sich um eine sogenannte Ausschlussdiagnose, die greift, wenn alle anderen Diagnosen verworfen wurden. Niemand kann AD(H)S eindeutig messen, es gibt keinen „diagnostischen Goldstandard“, keinen Labortest und auch keinen psychologischen Test, sondern lediglich die Meinung des Arztes, der – vorwiegend aus den Berichten der Eltern – zum Schluss kommt, das Kind hat AD(H)S. Wie oft hier daneben gegriffen wird, zeigen einige Studien, z.B. Angold et.al (2000) dass Dreiviertel der Kinder, die mit Stimulanzien behandelt wurden, die nach dem DSM-IV notwendigen diagnostischen Kriterien für ADHS nicht erfüllten. Auch renommierte deutsche Psychiater warnen: „Wird bei Kindern die Diagnose Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit oder ohne Hyperaktivität (ADHS) gestellt, ist in etwa 30 Prozent der Fälle eine Therapie mit Methylphenidat notwendig.“ Diese Meinung hat Professor Manfred Döpfner von der Klinik für Kinderpsychiatrie der Uni Köln bei einer internationalen ADHS-Konferenz in Hamburg vertreten (*Ärzte Zeitung*, 09.09.2000). Da in der Regel fast alle Kinder mit dieser Diagnose Methylphenidat verschrieben bekommen, lässt sich leicht auf die Prozentzahl der Fehlverschreibungen schließen. Eine – für mich – schockierende Erkenntnis.

Von den (Un-)Tiefen der Diagnostik

Zu den Untiefen und Details der Diagnostik wäre viel sagen, was jedoch den Rahmen dieses Beitrags sprengen würde. Meines Erachtens handelt es sich bei AD(H)S um einen modernen Mythos, der sowohl Ärzte als auch Eltern und Lehrer/-innen in seinen Bann zieht. Allzu faszinierend scheint es zu sein, nahezu jedes Problem, das sich durch extrovertiertes Verhalten zeigt, im Sammeltopf ADHS – reflektierte Fachlichkeit demonstrierend – zu subsumieren.

Reflektiert wird jedoch Folgendes kaum: Jede Krankheit hat ihre Zeit, am Beispiel – der nahezu verschwundenen – Hysterie wird dies deutlich: Kulturelle Gegebenheiten und iatrogene (vom Arzt induzierte) Erklärungsmuster führten zu ihrem Hoch im 19. Jahrhundert. Es wurden stets diejenigen Patientensymptome herausgefiltert, die geeignet waren, ärztliche oder gesellschaftliche Anerkennung zu finden. So finden wir in allen Epochen Krankheitsbilder, die jeweils mit den zeitgemäßen Erklärungsmustern zusammen hängen, was zu einer deutlichen Häufung der jeweiligen Diagnose führt. Nach einigen Jahrzehnten häufen sich die kritischen Stimmen, der Zeitgeist ändert sich, und neue Krankheiten und Diagnosen beherrschen die Praxen und die öffentliche Diskussion. Mit AD(H)S ist und wird es nicht anders sein.

Zudem drängt sich – systemisch gedacht - die Überlegung auf, ob nicht auch die Standardtherapie von AD(H)S-Kindern eine hyperaktiv-aufmerksamkeitsreduzierte Bewegung ist: Die Kinder lieben schnelle Bewegungen, schnelle Bilderfolgen, schnelle Spiele und schnell produzierbare Kicks. Die Diagnose und Therapie dieses Geschwindigkeitsrausches ist auch nicht viel anders: Die Diagnose erfolgt oft viel zu *schnell*, das Mittel soll *schnell* helfen, und es ist oft nicht erwünscht, weiter in den Tiefen des Familiensystems und in der Tiefe des Geldbeutels zu graben. Spielen da nicht oft genug die Therapeuten ein Spiel mit, das sie zu beenden suchen? (1)

Damit soll keinesfalls zum Ausdruck gebracht werden, dass es keine Probleme mit impulsiven und konzentrationsgestörten Kindern gibt. Die gibt es zweifellos zunehmend, jedoch genügt es im therapeutischen Alltag eben diese – interindividuell

unterschiedlichen - Aspekte näher zu beleuchten und nach geeigneten Hilfen Ausschau zu halten. Dazu weiter unten mehr.

Befremdlich ist in diesem Zusammenhang weiterhin, dass es angesichts der oft genug beklagten Zunahme von gestörten Kindern kaum von Interesse zu sein scheint, den wirklichen individuellen und gesellschaftlichen Ursachen für diese Epidemie auf den Grund zu gehen. Dabei wäre dies doch die unabdingbare Voraussetzung für eine wirklich ursächliche Therapie. Stattdessen verliert man sich im neurophysiologischen Dschungel, macht einmal den Dopaminstoffwechsel, dann wieder den Serotonin- bzw. Noradrenalinstoffwechsel für das Desaster verantwortlich bzw. die genetische Disposition. Dabei dürfte es sich herum gesprochen haben, dass lebensgeschichtliche Erfahrungen ebenfalls den Hirnstoffwechsel und sogar die Hirnstruktur verändern. Veränderungen des Hirnstoffwechsels sind nicht ursächlich und vor allem nicht allein für psychische Erkrankungen verantwortlich zu machen. Überaus deutlich wird dies anhand des sogenannten „Taxifahrerbeispiels“: „Der Warnhinweis »Vorsicht, Taxifahren verändert Ihr Gehirn« ließe sich rechtfertigen. Das jahrelange Einprägen von Fahrtrouten, Einbahnstraßen und Sehenswürdigkeiten lässt den hinteren Teil des Hippocampus schwellen, wie die Londoner Neurologin Eleanor Maguire nachwies. Dieser Bereich ist zuständig für das räumliche Gedächtnis. Kein Wunder, dass er umso größer ist, je mehr Berufserfahrung ein Taxifahrer hat. Versteht man solche Erkenntnisse nicht nur als Kuriosität, belegen sie, wie jede Tätigkeit zur biologischen Anpassung des Denkkorgans führt. (DIE ZEIT, 10.2.2005). Auch aus der Psychotherapieforschung ist bekannt, dass therapeutische Gespräche die Hirnchemie beeinflussen (2). Statt monokausal die durchaus zweifelhaften Ergebnisse der Genforschung für die grassierende Krankheit heran zu ziehen, sollte eine ganzheitlich-differenzierende Sichtweise das simple Muster: „Gendefekt führt zu AD(H)S – AD(H)S führt zur Stimulanzien- bzw. Psychopharmakatherapie“ ablösen, und eine wirklich kausale Therapie statt finden. Da die Ursachen vielfältig sind, sollte auch die Therapie vielfältig sein und nicht nur nach dem Prinzip „Psychopharmaka für alle Fälle“ verfahren werden.

Es entspricht guter (hoch)schulmedizinischer Denkweise, kausal zu therapieren, was im Falle diagnostizierten AD(H)S geradezu sträflich in Vergessenheit gerät. Es macht zweifellos Sinn, z.B. bei einer Bleiintoxikation das Blei auszuleiten, anstatt mit Psychopharmaka die Symptome (Konzentrationsprobleme etc.) zu unterdrücken. Die überaus informative Website des ADHD Support Projects (3) erläutert 50 verschiedene Ursachen für AD(H)S, es darf vermutet werden, dass den meisten Psychopharmaka verschreibenden Ärzten nur ein Bruchteil davon bekannt ist. Allein diese Auflistung dürfte ein deutlicher Wink mit dem Zaunpfahl sein, ein Wink, über den sprichwörtlichen Zaun hinaus zu schauen, ein Hinweis, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit gefragt ist. Was jedoch in der therapeutischen Realität abläuft, ist geradezu das Gegenteil davon: Die Krankheit wird als psychiatrische Krankheit definiert, und deshalb in die Zuständigkeit von Kinderpsychiatern und Kinderärzten verwiesen. Ein Trauerspiel, dass die kaum wahrnehmbaren Protestrufe der pädagogischen und psychotherapeutischen Professionen in der öffentlichen Diskussion nahezu ungehört verhallen. Schließlich war ein Kind mit Konzentrationsproblemen noch vor wenigen Jahren ein klassischer Fall für die Erziehungsberatung bzw. kinderpsychologische Betreuung. Jetzt kann man von Glück reden, wenn diese Professionen ausnahmsweise noch ein wenig ergänzend mitmischen dürfen. So stellt sich z.B. die Problematik bei den pädagogischen

Fachkräften bzw. Leistungserbringern (Jugendämter, Jugendhilfeeinrichtungen/Heime) folgendermaßen: Noch vor einigen Jahren waren für ein verhaltensauffälliges Kind naturgemäß die pädagogischen Fachkräfte zuständig. Nachdem sich jedoch die Psychiatrie immer mehr „Störungsbilder“ einverleibt, fallen bereits die verhaltensauffälligen Kinder in die Domäne und Definitionsmacht der Kinder- und Jugendpsychiater. Dass hier auch ein Konkurrenzverhältnis zur klassischen Kinderarztpraxis besteht, sei nur am Rande erwähnt. So findet man jetzt im ICD10 (Diagnostisches Manual, International Classification of Diseases) unter Nummer F91 die Störung des Sozialverhaltens und unter Nummer F90 die hyperkinetischen Störungen. Damit werden diese primär im Verhaltensbereich von Kindern auftretenden Schwierigkeiten psychiatrisiert, was u.a. zur Folge hat, dass z.B. der Sozialpädagoge im Jugendamt vielleicht eine andere Meinung über die Diagnose bzw. die Genese des Problems hat, diese aber nicht mehr äußern darf. Schließlich hat man dem Arzt nicht in seine Diagnose hineinzureden. Hierarchische Effekte und berufspolitischer Hickhack würgen somit die auf vielen Fachkongressen beschworene interdisziplinäre Zusammenarbeit im Interesse des Kindes im Ansatz ab, bzw. reduzieren die Rolle der Pädagogen auf reine Zuarbeit unter der Ägide des Medizinischen. Aber ich werde polemisch, schließlich darf man dem Arzt stets seine fachliche Einschätzung mitteilen, es sei denn - man hat eine andere.

Und die Krux ist auch eine juristische. So darf z.B. der Sozialpädagoge des Jugendamtes (der z.B. über eine Jugendhilfeleistung entscheiden soll) keine psychiatrischen Diagnosen erstellen. Jedoch könnte er sie fachlich-kritisch kommentieren, unter Umständen bezweifeln oder – was sehr theoretisch ist - eine zweite Fachmeinung einholen. Er könnte auch parallel eine eigene psychosoziale Diagnose erstellen, die mitunter zu anderen Ergebnissen führen wird – was wiederum „die gute Zusammenarbeit“ stören dürfte. Das alles kostet jedoch Nerven und führt oft genug zu einem erbosten Anruf des Herrn Doktor beim Vorgesetzten, was wiederum die Arbeitsfreude i.d.R. nicht anschwellen lässt. Und - da der Klügere bekanntlich nachgibt, will man wenigstens klüger sein, wenn man schon nichts ausrichten kann...

Fazit: Die ursprünglich pädagogisch subsumierbaren Symptombilder werden relativ kampfflos an die Ärzteschaft abgegeben. Eine berufspolitische Bankrotterklärung, und sicherlich ein Nachteil für die betroffenen Kinder, die statt interdisziplinärer Ursachenforschung und passenden psychosozialen bzw. nebenwirkungsfreien Therapien in der Regel ihre Psychopharmaka und zumeist sonst gar nichts – eventuell noch eine Runde Ergotherapie - erhalten. Meines Erachtens sollten gerade die nichtärztlichen Professionen im gemeinsamen Diskurs derartige Auswüchse verhindern -, denn wer sollte es sonst tun?:

„Es ist, um ein anderes Beispiel zu nennen, vorgekommen, dass an Schizophrenie erkrankte Kinder in völliger Verkennung der Psychose als »ADS« unter die sog. Hochdosisbehandlung mit Amphetaminen gesetzt wurden und sich dadurch die Psychose umso schwerer ausprägte.“ (4)

Passt die Therapie zur Ursache?

Wie brüchig die Logik zwischen vermuteten Ursachen und tatsächlicher Therapie ist, sei am Beispiel des Fachartikels „ADHS aus der Sicht einer Kinderärztin“ von Frau

Dr. Spallek (4) verdeutlicht. Im Gegensatz zu ihren monokausal immer wieder auf die genetische Genese der Störung replizierenden Kollegen erwähnt Dr. Spallek erfreulicherweise folgende Ursachen:

- „Die Autorität der Eltern, Erzieher und Lehrer hat in den letzten Jahren und Jahrzehnten deutlich nachgelassen. Kinder mit einem ADS brauchen jedoch autoritative Bezugspersonen, die liebevoll, aber bestimmt klare Grenzen setzen.
- Die großen Kindergartengruppen und Klassenstärken lassen die ADS-Kinder vermehrt auffällig werden, da sie durch die umgebende Unruhe besonders abgelenkt und irritiert werden. Die Unruhe in den Kindergärten und Schulen ist natürlich auch durch die zunehmend geringere Autorität der ErzieherInnen und der LehrerInnen bedingt.
- Früher hatten Kinder häufig einen langen und anstrengenden Schulweg, da sie oft mehrere Kilometer mit dem Fahrrad oder zu Fuß zurücklegen mussten. Dabei bauten sie überschüssige Energien ab. Heute führen die üblichen Bustransporte mit unruhigen aggressiven Schülern zu einer Verstärkung der hyperaktiven Verhaltensweisen von Kindern mit einem ADS.
- Die Medien, die Kinder mit Reizen überfluten, aber auch von der notwendigen körperlichen Aktivität abhalten, verstärken deren Verhaltensauffälligkeiten.
- Bestimmte Nahrungsbestandteile wie Glutamat, das selbst ein erregender Botenstoff ist, sowie verschiedene Nahrungsmittel bzw. Zusatzstoffe können direkt eine Hyperaktivität verursachen.
- Auch Allergien spielen bei der Entstehung hyperaktiven Verhaltens eine Rolle. So können allergische Reaktionen im Darm über nervale Impulse, aber auch über chemische Substanzen auf dem Blutweg den Gehirnstoffwechsel beeinflussen.
- Kinder mit Teilleistungsschwächen oder mit einer Minimalen Cerebralen Dysfunktion, die immer auch eine oder mehrere Teilleistungsschwächen haben, können hyperaktives Verhalten entwickeln. Obwohl sie den besten Willen haben, alles richtig zu machen, versagen sie aufgrund ihrer Teilleistungsschwächen und anderer Symptome des MCD immer wieder, heute um so mehr, da die Anforderungen steigen, denen diese Kinder zunehmend weniger gewachsen sind.
- Auch der Mangel an emotionaler Zuwendung und abnehmende soziale Bindungen können zu Hyperaktivität führen.
- Schwermetalle (Blei, Quecksilber, Thallium) und Chemikalien, wie Lösungsmitteldämpfe von Filzschreibern, Farben, Klebern, Ozondämpfe von Fotokopiergeräten, Desinfektionsmittel und Chemikalien aus Bodenbelägen und Schulmöbeln, können nach Rapp ebenfalls hyperaktives Verhalten bewirken.“

Einige Zeilen weiter oben schreibt jedoch die selbe Autorin:

„Die Ursachen für das ADS sind nicht elterliches oder mütterliches erzieherisches Unvermögen, sondern sind in einer ererbten Störung zu suchen, die das Botenstoffsystem des Gehirns betrifft, das für die Vermittlung von Informationen verantwortlich ist.“ Ein Kommentar zu diesen verworrenen Ausführungen dürften sich erübrigen.

Und – es kommt noch besser. Wenn die Kinderärztin schon ausführt, dass z.B. Allergien bei der Entstehung hyperaktiven Verhaltens eine Rolle spielen, dann dürfte ein Medizinstudent im ersten Semester auf die zweifellos folgerichtige Idee kommen, die Allergie zu behandeln. Oder im Falle einer Überempfindlichkeit auf Glutamat die Ernährung umzustellen. Weit gefehlt, weiter unten schreibt sie:

„Therapie:

Das Mittel der ersten Wahl sind Medikamente, die das gestörte Botenstoffsystem verbessern oder normalisieren. Die medikamentöse Behandlung ist die Voraussetzung für alle weiteren möglichen oder erforderlichen Therapien. Auch eine psychotherapeutische Behandlung als erste Maßnahme ist sinnlos, da sie die Störung im Botenstoffsystem, die die Ursache für alle Symptome der betroffenen Kinder ist, nicht beseitigen kann, was durch Untersuchungen in den USA bewiesen werden konnte.“

Auch hier überlasse ich eine Kommentierung der Schlüssigkeit zwischen Ursache und therapeutischen Vorgehen dem geneigten Leser. Traurig ist jedoch, dass genau diese Alogik dazu führt, dass nicht mehr kausal therapiert wird, sondern stattdessen – egal welche Ursache die Symptomatik hat - Psychostimulanzien verschrieben werden. Die wahren Ursachen werden damit nicht beseitigt, sondern bestenfalls für einige Monate übertüncht; schließlich hilft eine Kanne starken Kaffees auch bei einem Schlafdefizit (=Causa), auch wenn es sich bei der beklagten Symptomatik (=Müdigkeit) keinesfalls um ein Koffeinmangelsyndrom handelt. Dass eine derartige „Therapie“ nicht allzu lange vorteilhafte Effekte zeitigt, liegt zwar auf der Hand, führt jedoch leider nicht zu einem „Aha-Effekt“.

Stellt sich nur die Frage, warum der Großteil der Ärzteschaft sich nicht einem anschließen kann, der es nicht nur wissen müsste, sondern weiß. Immerhin handelt es sich beim Autoren des folgenden Satzes nicht um einen verdächtigen „Ritalinkritiker“, sondern um den Hauptverfasser der „Stellungnahme der Fachverbände für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland zur Behandlung hyperkinetischer Störungen im Kindesalter mit Methylphenidat (Ritalin®)“, den Kinder- Jugendpsychiater J. Martinius vom Institut und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Ludwig-Maximilians Universität München, der folgendes Fazit zieht:

„Die »Diagnose« ADS ist nicht leicht zu stellen; sie ist keine Diagnose, sondern die Beschreibung einer Verhaltensauffälligkeit, die als Dimension Teil eines größeren Zusammenhanges ist.“

Dem kann ich mich gerne anschließen. Ich lade die Ärzteschaft ein, gemeinsam, interdisziplinär und kollegial diesen größeren Zusammenhang zum Wohle des Kindes zu suchen.

Was tun?

Den betroffenen Eltern bleibt – angesichts und trotz des Medienrummels sowie der fachlichen Kontroversen – immer noch die Frage bzw. das berechtigte Anliegen: „Was tun? Was hilft meinem Kind?“

Die Antwort heißt allzu oft und leider: „Da helfen nur Psychopharmaka – und unterstützend Verhaltenstherapie“. Dass die Antwort grob verkürzt und sogar falsch ist, wird an anderen Stellen in diesem Buch ausführlich behandelt. Ich möchte nachfolgend aufzeigen, dass es viele hilfreiche nebenwirkungsfreie Ansätze und Methoden gibt, auch wenn sie (noch) wenig bekannt sind. Es handelt sich bei diesen therapeutischen Ansätzen nicht nur um sogenannte „Anwenderbeobachtungen“, die durchaus ihre Berechtigung haben, sondern um – mehr oder weniger – gut untersuchte Methoden. Es darf in diesem Zusammenhang darüber nachgedacht werden, ob diese hilfreichen Verfahren nicht auch deshalb abgelehnt werden, weil bestimmte Berufsgruppen eben nur ihre ureigenen Methoden favorisieren. Gründe dafür gibt es viele, und nicht nur hochwissenschaftliche, z.B. spielen abrechnungstechnisch-wirtschaftliche Überlegungen mit hinein, Standesdünkel oder auch die Angst, von Fachkollegen dafür schief angesehen zu werden. So teilt mir z.B. der Leiter einer psychologischen Beratungsstelle mit, dass er seine eigenen Kinder natürlich homöopathisch behandeln ließe, aber öffentlich würde er das nicht sagen. Und - an einer Podiumsdiskussion zum Thema ADHS würde er lieber nicht teilnehmen, wenn der Punkt „Homöopathie bei ADHS“ mit auf der Tagesordnung stünde. Die Motive für diese Zurückhaltung erklären sich wohl von selbst...

Dass es genügend psychotherapeutische Verfahren gibt, die AD(H)S-spezifisch wirken, bzw. sich heilsam auf das familiäre System des Symptomträgers Kind auswirken, möchte ich ausdrücklich betonen. Wie genau, wird in anderen Kapiteln dieses Buches ausführlicher dargelegt, ich möchte mich im nachfolgenden auf die Darstellung sogenannter naturheilkundlicher – auch „komplementärmedizinische Methoden“ genannte - Ansätze beschränken.

Homöopathie

Speziell die Therapie mit Hochpotenzen kann, nach einer ausführlichen homöopathischen Anamnese und Repertorisation des Mittels, bei ADS/ADHS die Symptome des Kindes lindern und auch heilen. Eine doppelblinde Crossover-Studie die 1997 im British Homoeopathic Journal veröffentlicht wurde zeigte positive Ergebnisse bei der homöopathischen Behandlung von ADHS im Vergleich mit Plazebokontrollen. Die Therapeuten und Buchautoren Judyth Reichenberg-Ullman und Robert Ullman haben in den USA tausende von AD(H)S-Kindern homöopathisch behandelt und sehen ihre Therapie bei ca. 70% der Kinder als erfolgreich ein. Kinder- und Jugendpsychiater, wie z.B. Dr. Charles Moore, M.D., Boston (USA) oder auch Dr. Richard Solomon, Pittsburgh (USA) empfehlen dieses Buch. Dr. Edward Chapman, M.D., Harvard Medical School, mahnt: „Bevor Sie ihrem Kind Stimulanzen geben, lesen Sie dieses Buch“.

Die Homöopathie wird vielfach als eine „Plazebothherapie“ bezeichnet. Eine Metaanalyse von 186 Studien ergab, dass sie in diesen Studien 2,45mal mehr Wirkung zeigte als Plazebos (The Lancet, 1997).

Auch der Kinderarzt Heiner Frei (Schweiz) konnte in einer Studie mit 115 als hyperaktiv geltenden Kindern feststellen, dass 75% der homöopathisch behandelten

Kinder nach etwa drei Monaten eine über 50 prozentige Verbesserung im Conners Global Index zeigten (Britisches Journal für Homöopathie, Nr. 90, S. 183-188, 2001). Eine neuere doppelt verblindete placebo-kontrollierte Crossover-Studie (2005) von Frei, Klaus von Ammon et al. an 62 Kindern bestätigt das positive Ergebnis im Hinblick auf kognitive Funktionen sowie im Verhaltensbereich (Universität Bern, Schweiz).

Sogar die – von klassischen Homöopathen stets etwas belächelte Komplexmittel-Homöopathie (= Mixtur diverser homöopathischer Mittel) kann inzwischen mit Stimulanzien mithalten. Anfang des Jahres 2005 zeigte eine multizentrische prospektive zweiarmige Kohortenstudie in 75 deutschen Kinderarztpraxen, in denen 375 sieben- bis 14-jährige Kinder mit ADHS, ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom) bzw. HKS (Hyperkinetisches Syndrom) behandelt wurden, beeindruckende Ergebnisse. Während 159 Kinder Ritalin[®] erhielten, nahmen 216 das Komplexhomöopathikum Zappelin[®] ein.

Zu Beginn, nach sechs und zwölf Wochen untersuchten die Ärzte ihre Patienten und erfassten die Symptome der Erkrankung mit üblichen Fragebögen: Dem validierten Conners-Index für Eltern sowie der neu entwickelten ADHS-Monitoring Skala für Schulkinder, dem CGI-S (Clinical Global Impression of Severity Skala), CGI-C (Clinical Global Impression of Change Skala) und dem SERS-D-Fragebogen. Kinder mit stärkeren Symptomen, hatten primär Methylphenidat erhalten. Trotzdem konnten beide Therapien die Symptome deutlich verringern. Nach drei Monaten ergab sich eine signifikante Besserung sowohl bei dem Betäubungsmittel als auch bei dem Komplexhomöopathikum. (6)

In meine eigenen Praxis kommen zunehmend Eltern mit dem Wunsch einer homöopathischen Behandlung ihres Kindes. Wenn man nicht seitens der Eltern „hyperaktiv“ nach dem ersten homöopathischen Mittel gleich Wunder erwartet, ist den Kindern bzw. Familien i.d.R. allein mit diesen unscheinbar wirkenden „Zuckerkügelchen“ gut zu helfen.

Behandlung mit Diät bzw. Allergiebehandlung

Raffinierter Zucker bzw. zu viel isolierte Kohlehydrate (Weißmehlprodukte) ist nach meinen Beobachtungen ein Verstärker von AD(H)S-Symptomen. Besonders Kinder mit ausgeprägter „Zuckersucht“ sind verdächtig. Wenn das Kind bei Hunger bzw. Hypoglykämie AD(H)S-Symptome aufweist – und nach dem Essen Besserung – sollte die Ernährung umgestellt werden. Alle raffinierten Kohlenhydrate wie Kuchen, Pudding, Süßigkeiten, gezuckerte Drinks usw. sollten niedrigstmöglich dosiert genossen werden, eine Testung des Kindes auf Nahrungsmittelallergien ist zu empfehlen. Auslöser können auch Konservierungsstoffe und Farbstoffe (E 102 bis E 132, E 210 bis E 219, E 230 bis 233, E 338 bis E 343, E 450, E 543, E 544, E 620 bis E 625) sein.

Nach einer Auslassdiät erholt sich der Organismus mitunter, sodass die belastenden Nahrungsmittel später wieder – in vernünftigen Mengen - gegessen werden können. Wenn nicht ist eine „Darmbehandlung“ (Symbioselenkung etc.) angezeigt. Mitunter kann auch eine Antibiotikabehandlung die Darmflora sehr stark in Mitleidenschaft ziehen, dass ähnliche Symptome auftreten können.

In Fällen, in denen AD(H)S die Folge von Allergien ist, konnte Prof. Josef Egger am Kinderkrankenhaus München-Schwabing Erfolge erzielen. Er unterzog 1992 185 hyperaktive Kinder einer Diät. Nach vier Wochen verbesserten sich bei 116 von ihnen das Verhalten (7). Details und Hintergründe findet man in seinen folgenden Publikationen:

Egger, J. (2000). *Möglichkeiten von Diätbehandlungen bei hyperkinetischen Störungen*. In: Steinhausen, H.-C. (Hrsg.) *Hyperkinetische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Stuttgart: Kohlhammer, S.117-126

Schmidt, M.H.; Egger, J. (1998). *Die Wirksamkeit einer oligoantigenen Diät bei Kindern mit expansiven Verhaltensstörungen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Orthomolekulare Therapie

Wie stark bestimmte Nahrungsbestandteile wirken können, zeigen die Erfolge der sogenannten orthomolekularen Therapie. Bestimmte höher dosierte Vitamine und Mineralstoffe können es durchaus mit der Wirkung von Methylphenidat (Ritalin etc) aufnehmen. Diese Anmerkungen mag zwar manchen hartgesottenen Schulmediziner den Kopf schütteln lassen, jedoch gibt es hierfür nicht nur Erfahrungswerte, sondern auch Belege. So war im Juni 2002 von einer Studie der Universität Surrey zu lesen, die in der Jugendstrafanstalt Aylesbury bei London 230 Häftlinge mit Nahrungsergänzungsmitteln versorgten:

Das "asoziale Verhalten" von Häftlingen in Jugendstrafanstalten konnte durch vitaminreiche Kost deutlich verbessert werden. "Die Verbesserung im Verhalten war enorm", sagte Projektleiter Bernard Gesch (Universität Surrey, England). Gesch und seine Mitarbeiter hatten in der Jugendstrafanstalt Aylesbury (bei London) 230 Häftlinge zu einem Testversuch herangezogen. Dabei wurden einer Gruppe Vitamine, Mineralien und Fettsäuren verabreicht. Die andere Gruppe bekamen Placebo-Kapseln. Neun Monaten nach der Pilleneinnahme gingen die Strafverstöße bei den Pillenschluckern um 25 Prozent zurück. Bei gewaltsamen Verstößen zeigte sich im Vergleich zu vorher sogar ein Rückgang von 40 Prozent, berichteten die Wissenschaftler. (8)

Wie man sieht hatte die orthomolekulare Medikation sogar einen deutlichen Effekt auf die Delinquenz, Stimulanzen wirken hierbei weniger effizient.(8)

Zwei weitere Hinweise: Im August 2003 wurde in der Fachzeitung "Alternative Medicine Review" eine Studie des Mc Lean Hospital in Belmont/Massachusetts veröffentlicht. In einer Vergleichsuntersuchung bekamen 10 ADHS-Kinder Methylphenidat, weitere 10 Kinder erhielten Nahrungsergänzung, die aus, Probiotika, Mineralstoffen, Aminosäuren, essentiellen Fettsäuren, Phospholipiden und Vitaminen bestand. Nach Auswertung der neuro-physiologischen und psychologischen Tests erwies sich das Nahrungsergänzungsmittel als genauso effektiv in der Behandlung der ADHS-Symptome wie Methylphenidat.

Eine Studie doppelt verblindete und placebo-kontrollierte Studie wurde unter der Leitung der Psychologin Dr. Madelaine Portland an 12 britischen Grundschulen im Jahr 2002 vorgenommen. Des weiteren wurden die Fettsäuren mit Ritalin verglichen.

100 Kinder erhielten Fisch-Extrakte (Omega-3-Fettsäuren) und Pflanzenextrakte (Omega-6-Fettsäuren) im Rahmen der sechs Monate dauernden Versuchsperiode. Die Ergebnisse waren überraschend: Die Fettsäuren lagen weit vor den Placebos, so wiesen die „Fettesser“ eine deutliche Entwicklungsbeschleunigung beim Lesen (9,5 Monate) und Buchstabieren (6,5 Monate) nach nur drei Monaten auf. Im Vergleich von MPH mit den therapeutischen Effekten der Fettsäuren, zeigten sich die „Fatty Acids“ durchaus ebenbürtig, was man als sensationell bezeichnen kann (Exakte Daten und Grafiken: <http://www.durhamtrial.org/>). Es war nicht zu erwarten, dass ein einziges Nahrungsergänzungsmittel einen derartig durchschlagenden Erfolg zeigt, auch wenn der Volksmund schon immer getönt hat: „Nerven brauchen Fett zum Lernen“. Es dürfe klar sein, dass hiermit nicht der Fettrand am Schweinebraten gemeint ist.

Auch die Zink- und Magnesiumversorgung spielt eine grössere Rolle als gedacht. Wie man sieht, ist wiederum nur ein singulärer Mineralstoff durchaus potent bei AD(H)S:

„Zusätzliches Zink in der Nahrung verbessert die geistige Leistungsfähigkeit von Heranwachsenden: Sie können sich besser konzentrieren, reagieren schneller und schneiden in Gedächtnistests besser ab als Altersgenossen, die kein ergänzendes Zink bekommen. Das haben amerikanische Wissenschaftler in einer Studie mit mehr als 200 Zwölf- und Dreizehnjährigen beobachtet, die täglich Zink als Nahrungsergänzung zu sich nahmen. Die Verbesserung war dabei unabhängig davon, ob die Jugendlichen vorher unter Zinkmangel gelitten hatten oder nicht. James Penland vom amerikanischen Agrarministerium und seine Kollegen stellten ihre Studie auf einer Konferenz der amerikanischen Gesellschaft für Ernährungswissenschaften in San Diego vor.

Die Forscher ließen ihre Probanden zehn Wochen lang täglich ein Glas Saft trinken, der entweder kein zusätzliches Zink, die empfohlene Tagesdosis von 10 Milligramm oder die doppelte Menge von 20 Milligramm Zink enthielt. Zu Beginn und am Ende der Studie sollten die Jugendlichen verschiedene Aufgaben durchführen, mit denen die Wissenschaftler ihre Aufmerksamkeit, ihre Reaktionsfähigkeit, ihr Gedächtnis, ihr logisches Denkvermögen und ihre Hand-Augen-Koordination testeten. Außerdem bestimmten die Forscher vor und nach der Studie den Zinkgehalt im Blut der Probanden.

Lediglich bei den Kindern, die 20 Milligramm Zink täglich erhalten hatten, war nach Ende der Studie eine deutliche Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit erkennbar, ergab die Auswertung. Das visuelle Gedächtnis, die Leistungen in einem Wortfindungstest und die Konzentrationsfähigkeit hatten sich im Lauf der Studienzeit eindeutig gesteigert. Auf die Feinmotorik und das Sozialverhalten der Jugendlichen hatte das Spurenelement dagegen keinen Einfluss.“(10)

Die Liste der hilfreichen orthomolekularen Substanzen ist lang und eine ausführlichere Darlegung der jeweiligen Wirkung und Dosierungen würde hier den Rahmen sprengen; ich beschränke mich deshalb darauf, nützliches exemplarisch zu nennen: Magnesium, B-Vitamine (vor allem B1, B2, B6, B12), OPC's, SAME (11), die Aminosäure Tyrosin (=Vorstufe von Dopamin) etc. Der geneigte Leser mag sich nun selbst ausmalen, wie gut eine intelligente Kombination aus verschiedenen Vitaminen und Mineralstoffen wirken kann. Vor der Eigenmedikation sei jedoch gewarnt, sie sollte auf das jeweilige Kind, sein Alter, seinen Vitalstoffstatus und die

jeweilige Ernährung abgestimmt werden. Des Weiteren können bei Hochdosierungen Nebenwirkungen auftreten. Z.B. liegt auf der Hand, dass man bei „Junkfood-Kids“ höher dosieren sollte; des Weiteren ist für diese Kinder/Jugendlichen eine professionelle Ernährungsberatung, die über die gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden kann, anzuraten. Der Hausarzt kann hierfür ein Rezept ausstellen.

Neurofeedback

Diese Trainingsmethode ist eine Spielart des Biofeedbacks, die es über optische Rückmeldung – geradezu spielerisch - ermöglicht, die eigene Hirnfunktion zu beeinflussen. Die auch „EEG-Feedback“ genannte Methode bewirkt Veränderungen des EEG-Frequenzspektrums und bewirkt eine Verbesserung der AD(H)-Kernsymptome. In der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (32. Jg., Heft 3, 2004) wird auf drei kontrollierte Studien verwiesen, die eine ähnliche Effizienz von Neurofeedback im Vergleich mit der Stimulanzien-Behandlung bei der Behandlung der Symptome Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität aufzeigen.

Die Neurofeedback-Therapie erfolgt 45-minütigen Sitzungen und dauert ca. drei Monate. (12)

Wie man sieht, interessieren sich sogar die Hochburgen der Kinder- und Jugendpsychiatrie für das Thema. Im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich wird – in Zusammenarbeit mit der Universität Göttingen und der Heckscher Klinik in München (dort wurden bereits Neurofeedbackprogramme für Kinder mit ADHS entwickelt) eine Trainingsstudie durchgeführt. Teilnehmende Kinder mit ADHS/ADS –Diagnose werden momentan gesucht.

Auch die Universität Tübingen forscht zum Thema Neurofeedback. Bekannt sind die Veröffentlichungen von Professor Birbaumer. Ulrike Leins (Tübingen, 2004) schildert das Ergebnis einer Studie mit folgenden Worten: „Die klinischen Effekte des Neurofeedbacktrainings im Bereich der Aufmerksamkeitsleistung und im Bereich der Hyperaktivität-Impulsivität liegen über den Effekten von Selbstinstruktionstrainings und kognitiv-behavioralen Behandlungspaketen. Sie sind vergleichbar mit den Effekten von Elterntrainings und einzelnen verhaltenstherapeutischen Techniken.“ (13).

Was diese Methode vermag, zeigen die Ergebnisse bei einem Krankheitsbild, das normalerweise eine Domäne von starken Medikamenten ist. So hat sich das Neurofeedback selbst bei Epilepsiepatienten als hilfreich erwiesen. Durch das Training der sogenannten „langsamen Potentiale“ (LP-Feedback) konnte die Anzahl der epileptischen Anfälle und ihr Schweregrad reduziert werden (Strehl, 1998). Und - Kinder mit ADHS weisen im Bereich der langsamen Potentiale, im Vergleich mit gesunden Kontrollkindern und anderen klinischen Subgruppen, eben in diesem Bereich – trainierbare - Auffälligkeiten auf.

Diese Methode ist bei korrekter Anwendung nebenwirkungsfrei und wird von Kindern gerne angenommen. Zudem ist sie auch für schulmedizinisch Denkende logisch und nachvollziehbar, immerhin sind die Effekte – neben der Symptomreduktion bei den Patienten – sogar messbar (z.B. anhaltende Normalisierung des Spontan-EEGs).

Von daher sehe ich für das Neurofeedback bei AD(H)S eine große Zukunft, auch wenn diese Methode momentan noch nicht von den Krankenkassen bezahlt wird.

Nützlich und hilfreich ist sicher auch die themenbezogene - in der letzten Zeit feststellbare - Professionalisierung der Ergotherapie, was sich u.a. an der Schaffung von Zusatzausbildungen zum AD(H)S-Therapie diverser Ausbildungsinstitute absehen lässt. Es bleibt zu hoffen, dass man hierbei den Blick über den Zaun wagt und sich darüber hinaus traut, die „Einladung zur Zusammenarbeit“ - die das schemenhafte Störungsbild AD(H)S ausspricht - anzunehmen und entsprechend in die Lehrinhalte integriert.

Netzwerkarbeit und (gesundheits-)politische Aspekte – oder wer zieht mit wem an welchem Strang?

Wie man aus dieser Auflistung erfolgversprechender Ansätze ersehen kann, ist es durchaus empfehlenswert, den Lehrsatz von der „multimodalen Therapie“ (in der Regel Stimulanzien, mitunter Verhaltenstherapie) wörtlich zu nehmen, denn von „monomodaler“ und auch von „duomodaler Therapie“ war nicht die Rede. Die Ausführungen des Deutschen Bundestages werden meines Erachtens immer noch nicht Ernst genommen, obwohl er am 27.6.2002 ausführte:

„Da ADHS vor allem das Sozialverhalten des Kindes beeinflusst, sollten neben einer sorgfältigen medikamentösen Behandlung des Kindes auch psychotherapeutische Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen mit einbezogen werden. Ein solcher multimodaler Therapieansatz findet in Deutschland leider nur selten seine Anwendung“.

Die Bundesregierung ist bezüglich einiger Aspekte des o.g. Beschlusses – in dem u.a. ausgeführt wird, dass die wissenschaftliche Diskussion über die Ursachen des ADHS noch nicht abgeschlossen sei - Antworten schuldig geblieben, z.B.:

„Untersuchungen zur Auswirkung eines auf das Gehirn und seine Informationsverarbeitung wirkenden Stoffes auf das Wachstum und die Entwicklung des Gehirnes bei Säuglingen, denen der Wirkstoff (entgegen der Empfehlung der Pharmafirmen im Beipackzettel, Anmerkung von mir) verschrieben wird.

Verstärkt Ärzte, Eltern und Erzieher über den Stand der Wissenschaft und die mit der Anwendung von Methylphenidat verbundenen Vor- und Nachteile aufzuklären.“

Wer hat von der Bundesregierung über Nachteile der Methylphenidatbehandlung gehört bzw. gelesen? Wenn ja, welche sieht die Bundesregierung? Auch sind mir Untersuchungen an Gehirnen von Säuglingen unbekannt.

Zum Punkt Netzwerkarbeit stellt sich die Frage, welche Institutionen die verschiedenen fachtherapeutischen Angebote zu schaffen haben bzw. wer soll die Angebotsstruktur koordinieren? Ärzte? Die Jugendämter? Wenn vor Ort nichts ist, außer ein ritalinverschreibender Arzt – was auf dem Land oft genug der Fall ist -, kann man die zusätzlich notwendige Angebotsstruktur wohl kaum den Kräften des Marktes überlassen und auf dessen heilsame Wirkung hoffen...

Eine wirklich ernst genommener multimodaler Ansatz würde – neben der faktischen Gegebenheit von Anbietern - das kollegiale Miteinander verschiedener am Hilfeprozess beteiligter Professionen und ihrer Methoden bedeuten; z.B. Psychotherapie plus Homöopathie und/oder orthomolekulare Therapie oder auch der Einsatz von Neurofeedback.

Unabdingbare Voraussetzung dafür ist jedoch die Überwindung berufspolitischer Arroganz und Selbstgefälligkeit. Und last but not least: Oft genug ist es nicht die Methode an sich die hilft und heilt, sondern die Güte und Qualität der Beziehung von Patient und Behandler, wie die Psychotherapieforschung gezeigt hat.

Zitierte Quellen:

(1) „Mit Sorge beobachten Kinderpsychiater und Psychotherapeuten den Trend zur vorschnellen Diagnose und leichtfertigen Verschreibung von Medikamenten“, zitiert aus: *ÄRZTLICHE PRAXIS Neurologie/Psychiatrie* 2/2005

(2) (Brody AL, Saxena S, Stoessel P, Gillies LA, Fairbanks LA, Alborzian S, Phelps ME, Huang S-C, Wu H-M, Ho ML, Ho MK, Au SC, Maidment K, Baxter LR: Jr.Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy: preliminary findings.*Arch Gen Psychiatry.* 2001;58:631-640

Joffe R, Segal Z, Singer W.: Change in thyroid hormone levels following response to cognitive therapy for major depression.*Am J Psychiatry.*1996;153:411-413.

Thase ME, Fasiczka AL, Berman SR, Simons AD, Reynolds CF: Electroencephalographic sleep profiles before and after cognitive behavior therapy of depression.*Arch Gen Psychiatry.*1998;55:138-144.

(3) <http://adhdparentssupportgroup.homestead.com/50conditionsmimicingADHD.html>

(4) J. Martinius, zitiert aus: http://www.paediatrica.de/dat_med/ads.htm

(5) www.familienhandbuch.de

(6) <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/pza/2005-40/pharm3.htm>

(7) The Lancet, May 9, 1992

(8) www.netdokter.de, 26.6.2002

(9) Stimulanzien weisen in den Bereichen außerhalb der ADHS-Kernsymptomatik, z.B. Sozialverhalten, soziale/familiäre Beziehungen, akademisches Leistungsvermögen, intellektuelle Leistung) keine oder nur geringe Effekte auf (Thurber & Walker, 1983; NIH, 1998; Spencer et al., 1996; Conners, 2002;).

(10) <http://www.wissenschaft.de/wissen/news/252009.html> vom 5.4.2005

(11) „Die Universität von Kalifornien publizierte 1990 die Ergebnisse einer kleinen Studie über die Supplementierung von S-Adenosyl-Methionin (SAM) bei

erwachsenen ADHS-Patienten. Bei 75% der Studienteilnehmer wurde eine Besserung der ADHS-Symptomatik festgestellt. SAM ist eine wichtige Substanz im Neurotransmitterstoffwechsel und wird für die Synthese von Serotonin und Adrenalin benötigt.“,

Quelle: <http://www.naturklinik.com/de/docs/publikationen/adhs.php>

(12) Holtmann M, Stadler C, Leins U, Strehl U, Birbaumer N, Poustka F: Neurofeedback in der Behandlung von Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes- und Jugendalter. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2004; 32: 3: 187–200.

(13) <http://w210.ub.uni-tuebingen.de/dbt/volltexte/2004/1456/>