

## Alternativtherapien bei ADHS

Artikel von M.Ryffel erschienen in den PAEDIATRICA Nr. 11/ 2000/ S 27/8

### Ist Nachtkerzenöl eine valable therapeutische Alternative zu Stimulanzen bei ADHD-Kindern ?

Die SGP wurde darüber orientiert, dass in verschiedenen Apotheken und Drogerien Nachtkerzenöl in Form von EFAMOL als natürliche Hilfe für hyperaktive Kinder angepriesen wird. Die dafür in der Schweiz verantwortliche Firma Sidroga konnte auf Anfrage die im Prospekt zitierten Arbeiten nicht zur Verfügung stellen, auch nicht nach nun 7 Wochen, obwohl die Zusendung inkl. neuere Untersuchungen für später angekündigt worden war. Die Firma erklärt zudem, dass in der Schweiz die Indikation „Hyperaktivität für Kinder“ bei der IKS gar nicht registriert sei !

In der zur Verfügung gestellten Fachinformation für Mediziner wird ausgeführt, dass im Nachtkerzenöl Gamma-Linolensäure (GLS) in einer günstigen Fettsäurezusammensetzung vorkomme und als essentielle Fettsäure (EFS) in vielen biologischen Prozessen eine wichtige Rolle spiele ( Aufbau von Membranstrukturen, Rolle bei der Synthese von Prostaglandinen und Leukotrienen ). Echte Mangelzustände kämen in der westlichen Welt selten vor, doch führe die industrielle Verarbeitung vieler Lebensmittel zu einem Mangel an biolog. aktiven EFS. Als Indikationen zur Verabreichung von GLS werden erhöhte Blutfette, Hautkrankheiten, das praemenstr. Syndrom, Rheumatoide Arthritis, Multiple Sklerose, Diabetes mellitus, Alkoholismus und eben die Hyperaktivität angegeben. Die einzige von der Firma zur Verfügung gestellte Arbeit aus England (1) berichtet, dass vor allem Kleinkinder mit Atopien, grossen Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen und Koliken zT dramatisch gut auf Nachtkerzenöl angesprochen hätten, ebenso Kinder mit einer positiven Familienanamnese bzgl. Allergien, Depressionen, Sucht- und Alkoholproblemen. Klassisch hyperaktive Kinder haben offenbar viel weniger gut reagiert, es bleibt jedoch unklar, ob diese Kinder den diagnostischen Kriterien nach den damals gültigen DSM III-Kriterien entsprochen haben.

Bekanntlich ist EFAMOL lange nicht die einzige Alternative, die bei Kindern mit ADHD eingesetzt wird. Für die 1998 in Washington durchgeführte „Consensus Conference on ADHD“ des National Institute of Mental Health (NIMH), bei der ua die Diagnostik und medikamentöse Therapie als wissenschaftlich belegt beurteilt wurde (2), hat L.E.Arnold einen überaus lesenswerten Artikel (3) mit einer ausführlichen Bibliographie über Alternativtherapien, wie sie vor allem in den USA angeboten werden, verfasst. Ueber die wichtigsten Ergebnisse daraus soll kurz berichtet werden:

In Ergänzung zu den vielfach wissenschaftlich belegten medikamentösen (4) und verhaltenstherapeutischen Methoden werden die häufigsten Alternativen ausführlich beschrieben, kommentiert und am Schluss in 4 Kategorien eingeteilt:

#### **1. Methoden, für die bisher weder eindeutig eine Wirkung nachgewiesen noch abgesprochen werden kann, da genügend wissenschaftliche Untersuchungen fehlen:**

- Zufuhr essentieller Fettsäuren, also zB EFAMOL !
- Zufuhr einzelner Saccharide wie Glucose, Galactose oder Mannose etc
- Vitaminpräparate
- Phytotherapie
- Homöopathie
- Laser - Akupunktur
- EEG - Biofeedback
- Feedback mittels Spiegelmethode
- Wahrnehmungstraining, zB sensorische Integration
- Vestibuläre Stimulation
- Antimykotische Therapie und einzl. Immuntherapien

## 2. Methoden, die wahrscheinlich ohne Wirkung oder sogar gefährlich sind:

- Megavitamindosen
- Zufuhr einzelner Aminosäuren
- Restriktion der Zuckerzufuhr

## 3. Klare Indikation bei spezieller Aetiologie

- Chelattherapie bei nachgewiesener Bleiintoxikation
- Korrektur der Schilddrüsenfunktion bei nachgewiesener Fehlfunktion ( ca 2 – 5 % aller ADHD – Kinder ?? )
- Zufuhr von Zink, Eisen, Magnesium oder Vitaminen bei nachgewiesenem Mangel, möglicherweise sind solche Mangelzustände wesentlich häufiger als bisher angenommen !

## 4. Methoden mit nachgewiesener Wirksamkeit

- Oligoantigene Diät für Kinder mit nachgewiesener Nahrungsmittelintoleranz ( ca 5 % aller ADHD – Kinder )
- Desensibilisierung einzelner Nahrungsmittelallergene
- Biofeedback mit EMG
- Meditation ! ( habe sich in 2 kleinen Untersuchungen sehr bewährt....!)

Vor allem die unter 4 erwähnten Methoden sind für uns in Europa doch erstaunlich und entsprechen mit Ausnahme der oligoantigenen Diät kaum unseren Erfahrungen. Dennoch ergibt die Arbeit von Arnold eine Vielzahl von neuen Impulsen, die je nach Situation in der täglichen Praxis eingebracht werden können und die Abklärung und Betreuung von ADHD – Kindern noch viel spannender gestalten. Es ist dabei zu beachten, dass die in den USA und auch weltweit zunehmend verwendeten Kriterien der DSM IV (5) nicht in allen Belangen denjenigen der „Deutschschweizer“ POS-Kinder (6) entsprechen.....So fehlen auch Hinweise zu bei uns populären Therapieansätzen wie Psychomotorik, Medaotherapie, Ergotherapie, Kinesiologie, POL-Therapie etc

Meine langjährigen persönlichen Erfahrungen mit vielen Familien, die zT jahrelang Odysseen mit Alternativtherapien durchgemacht haben, um ja eine „Behandlung mit Chemie“ zu vermeiden, haben mich dazu veranlasst, die medikamentöse Therapie mit Stimulanzien, die heute zum wissenschaftlichen Goldstandard gehört, möglichst sachlich und auch pragmatisch anzugehen, entsprechende Hinweise für Laien zu formulieren (7,8), die Therapie zu optimieren, dh vor allem zu individualisieren und bei gutem Ansprechen ohne Unterbruch über längere Zeit anzuwenden. Dass dieses Vorgehen, das erfahrene Praktiker seit Jahren durchführen, auch wissenschaftlich abgestützt ist, zeigen die ersten Resultate der grössten je durchgeführten kinderpsychiatrischen Langzeitstudie (9) mit fast 600 Kindern, die eben veröffentlicht wurden und nachweisen, dass ein korrektes „medical management“ für die Linderung der ADHD Symptomatik entscheidend ist.

### Literaturangaben:

1. M.Blackburn: Use of Efamol for Depression and Hyperactivity in Children, Kap 26, S 345-49 in „Omega-6-Essential Fatty Acids, Pathophysiology and Roles in Clinical Medicine“, 1990, Alan R.Liss.,Inc
2. NIMH Consensus Conference on ADHD, Nov. 1998, [www.consensus.nih.gov](http://www.consensus.nih.gov)
3. L.E.Arnold: Treatment alternatives for ADHD, Journal of Attention Disorders, Vol 3, No.1, 1999, 30-48
4. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents and Adults with ADHD. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 1997, 36.10 Supplement 85 ff
5. Diagn. und Statist. Manual Psychischer Störungen DSM IV, Hogrefe Verlag, 1996
6. Ryffel M.,Kind C.: „Das POS-Kind wird erwachsen“, PAEDIATRICA, Vol 7, No 5, 4-7, 1996
7. Kapitel : „Wann und warum helfen Medikamente“ in Cl.Thierstein: „Unruhige, unkonzentrierte und auffällige Kinder im Alltag POS, ADS und HKS“, Eine Hilfestellung, P.Haupt Verlag, 2.Auflage, 1999
8. Die „AKOS-Brille“ in [www.psychologie-online.ch/add](http://www.psychologie-online.ch/add)
9. MTA Cooperative Group: A 14 Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for ADHD, Arch Gen Psychiatry, 1999;56: 1073 - 1086