

ADHS und alternative Therapien

Hilft da auch die Homöopathie?

KIRSTEN STOLLHOFF

„Gibt es nicht etwas auf Pflanzenbasis, was meinem Kind helfen kann“ werden Kinder- und Jugendärzte immer wieder von Müttern gefragt, wenn die Diagnose Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gestellt wurde. „Die Lehrerin meint, mein Kind habe ADHS und bräuchte Ergotherapie“ ist ein anderer häufig vorgebrachter Ausspruch. Im Internet, der Laienpresse und teilweise auch in medizinischen Fachjournalen wird inzwischen eine Vielzahl von „Alternativen“ vorgeschlagen.

In der immer noch sehr emotional geführten Diskussion über die Stimulanzientherapie bei ADHS ist es nachvollziehbar, dass viele Eltern sich weg von der Schulmedizin und hin zu vermeintlich harmloseren Maßnahmen wenden. Auch kann es bei den etablierten Pharmakotherapien zu nicht tolerablen Nebenwirkungen kommen, die Eltern und Fachleute nach Alternativen suchen lassen. Im Folgenden werden einige „Alternativtherapien“, nach denen am häufigsten gefragt wird, hinsichtlich ihrer Evidenz diskutiert.

Nahrungsergänzungsmittel und Diäten

Der Therapie von Patienten mit ADHS mit Nahrungsmittelergänzungsmitteln oder Diäten liegt die Vorstellung zugrunde, dass die ADHS die Folge einer allergischen Reaktion des Körpers bzw. eines Mangels an einer bestimmten Substanz ist. Jedoch beruhen keine der empfohlenen Nahrungsmittelzusätze auf im Blut oder Urin nachweisbaren Defiziten. Über die Wirksamkeit der Therapieoptionen liegen entweder keine Untersuchungen oder aber lediglich Studien vor, die wissenschaftlichen Kriterien nicht genügen. Während die meisten Nahrungsergänzungsmittel wirkungslos, aber auch ne-

benwirkungsfrei sind, sind bei einer Therapie mit hochdosierten fettlöslichen Vitaminen und Algen hepato- und neurotoxische Nebenwirkungen möglich [1,16, 17].

Die Wirkung von mehrfach ungesättigten Fettsäuren wird in der Literatur kontrovers diskutiert [1]. In einer Metaanalyse von drei Studien, welche die Wirksamkeit von mehrfach ungesättigten Fettsäuren als ergänzende Therapie zur Pharmakotherapie untersuchen, konnte kein signifikanter Unterschied zwischen der mit Fettsäuren behandelten Gruppe und der unbehandelten Gruppe gefunden werden [13]. Die 2006 veröffentlichte Oxford-Durham-Study, die den Einfluss von ungesättigten Fettsäuren auf Koordinationsstörungen und Lese- und Rechtschreibstörungen untersucht, kann zwar keinen Einfluss der Omega-3- und -6-Fettsäuren auf das gewertete Ziel, Koordinationsstörung, finden, wohl aber als „Nebeneffekt“ eine Minderung der motorischen Unruhe und eine verbesserte Aufmerksamkeit im Lehrerurteil [12]. Da aber bei den Teilnehmern nicht formal die Diagnose „ADHS“ ermittelt wurde, reicht das Ergebnis nicht aus, um daraus zu folgern, dass Omega-3- und -6-Fettsäuren bei Kindern mit ADHS deren Symptomatik bessern. Die Studie

Globuli konnten in Studien an Kindern mit ADHS nicht überzeugen.

lässt lediglich den Schluss zu, dass Koordinationsstörungen nicht durch Omega-3- und -6-Fettsäuren gebessert werden. Die zurzeit vorliegenden Studien, die einen positiven Effekt nachweisen, sind methodisch nicht ausreichend, um eine Evidenz für eine Wirkung zu belegen.

Eine Wirkungslosigkeit von Bachblüten konnte in einer Studie nachgewiesen werden [11]. Auch die in den 70er-Jahren so populären Diäten wie Phosphatdiät oder die zuckerfreie Diät konnten in Studien ihre Wirksamkeit nicht belegen. Lediglich die oligoantigene Diät zeigte bei ca. 10% der Probanden (korrigiert durch den Placeboeffekt von 30%) eine Wirkung, kann aber wegen der Gefahr einer Fehlernährung und der daraus folgenden sozialen Einschränkungen nur in Ausnahmen empfohlen werden [16].

Homöopathische Therapie

Die Dosisfindung der homöopathischen Therapie bei Kindern mit ADHS gestaltet sich laut Thurneysen und Frei [18] aufgrund der „Einseitigkeit“ ihrer Symptomatik und dem Fehlen von individuellen Eigenheiten als schwierig und langwierig. Sie nehme teilweise bis zu sechs Monate in Anspruch. Die Autoren legen eine doppelblinde und placebokontrollierte Studie vor, mit 65 Kindern im

Alter von 6–16 Jahren, die nach DSM-IV die Diagnose ADHS erhielten [3]. Der Doppelblindphase ging eine offene Phase voraus, in der insgesamt 83 Kinder mit ADHS individuell mit homöopathischen Mitteln eingestellt wurden und laut Elternurteil ihr Verhalten um 50% verbesserten.

Während der Doppelblindphase kam es im ersten Teil des Cross-over-Versuchs zu einer signifikanten Verschlechterung sowohl der Verum- als auch der Placebogruppe. In der zweiten Phase zu einer knapp signifikanten Verbesserung der Verum- im Vergleich zur Placebogruppe. Aufgrund von methodischen Mängeln wie selektive Auswahl der Patienten und Testwiederholungen sind die Veränderungen als nicht signifikant zu werten. Die Studie stellt laut eines Kommentars eher den Beweis der mangelnden Wirksamkeit von homöopathischen Behandlungsformen als einen Beleg für deren Effektivität dar [2]. Denn weder im Eltern- noch im Lehrerurteil noch durch die neuropsychologischen Verfahren lässt sich eine überzeugende spezifische Wirksamkeit der Behandlung nachweisen, nicht einmal bei Patienten, die durch ein offenes Vorscreening als Homöopathieresponder identifiziert wurden. Die Ergebnisse der Studie zeigen hingegen, dass bei Eltern, die von einer Therapie überzeugt sind, das Urteil besser ausfällt.

Eine weitere randomisierte kontrollierte Studie über die Wirksamkeit der Homöopathie fand in einer privaten homöopathischen Praxis statt [6]. 43 Kinder mit ADHS im Alter von 6–12 Jahren erhielten per Zufall entweder eine individualisierte homöopathische Behandlung oder Placebo. Nach 17 Wochen war kein Unterschied zwischen der Placebo- und der Verumgruppe festzustellen. Bei beiden Gruppen wurde aber insgesamt eine leichte Verbesserung beobachtet.

Kombinationspräparat

Bei Zappelin® handelt es sich um ein homöopathisches Komplexpräparat, das schon durch seine feste Zusammensetzung von verschiedenen Substanzen dem homöopathischen Prinzip einer individuellen Behandlung im Sinne einer Einzelmittelverordnung widerspricht. Zur Wirksamkeit des Kombinationspräparates liegt nur eine Zusammenfassung

einer Studie der Firma Spitzner vor [14]. Eine ausführliche Dokumentation ist noch nicht veröffentlicht. In einer prospektiven Head-to-Head-Kohortenstudie wurde bei 355 Kindern mit ADHS oder Hyperkinetischem Syndrom die Wirksamkeit von Zappelin® mit der von Ritalin® verglichen. Eine Randomisierung erfolgte nicht. Der Behandlungszeitraum betrug ca. drei Monate. 41,1% der mit dem Komplexpräparat und 77,9% der mit Ritalin® behandelten Kinder wurden als „viel besser“ oder „sehr viel besser“ eingestuft.

Die Studie weist jedoch methodische Mängel auf: fehlende Verblindung, fehlende Placebokontrolle, fehlende Zufallszuweisung der Therapie. Außerdem wurde der Schweregrad der Störung vor der Behandlung für die mit Ritalin® behandelten Kinder höher eingestuft als für die mit Zappelin® behandelten. Da wir von Studien wissen, in denen Methylphenidat versus Placebo verglichen wurde, dass die Placeborate rund 30% beträgt, stellt das Kombinationspräparat eher eine Placebo vergleichbare verträgliche Behandlungsoption dar. Dass Zappelin® eine Alternative zur Ritalin®-Therapie darstellt, wie die Produktwerbung es verspricht, ist der Studie nicht zu entnehmen – es entspricht auch nicht der Realität in der Praxis.

Training der Sinnessysteme

Für die Blicktherapien, die Hörtherapien sowie ein oculovestibuläres Training liegen keine wissenschaftlichen Studien vor, die eine Wirksamkeit der Methoden bei ADHS belegen [1, 16]. Kinesiologie und Ergotherapie wurden dagegen untersucht und konnten keinen Effekt auf die Kernsymptomatik der ADHS nachweisen [4].

In der Laienpresse wird in letzter Zeit immer wieder die Therapie „persistierender Primitivreflexe“ zur Förderung der psychomotorischen Entwicklung, des schulischen Lernens und zur Behandlung einer ADHS empfohlen. Diese sogenannten Primitivreflexe, oder besser Primitivreaktionen, wie orofaziale Reflexe, Puppenaugenphänomen, Greifreflexe, phasische Streckreflexe und tonische Streck- und Stellreflexe werden im Rahmen der Reifung des kindlichen Nervensystems durch die Dominanz der Großhirnrinde überdeckt oder weitgehend abgeschwächt.

Bei Schädigungen der Großhirnrinde, wie sie z. B. bei einer Zerebralparese, aber auch beim apallischen Syndrom auftreten können, persistieren bzw. treten die Primitivreflexe wieder auf.

Für die Therapie der persistierenden Primitivreflexe besonders bedeutsam ist der asymmetrische-tonische Nackenreflex (ATNR). Er gehört zu den tonischen Reflexen, die sich auf die gesamte Körperhaltung (Statik) auswirken und durch eine Positionsänderung des Kopfes gegenüber dem Körper oder durch Positionsänderung des Körpers im Raum ausgelöst werden. Sie werden von Zentren im Hirnstamm und des Labyrinths gesteuert. Im Laufe der kindlichen Entwicklung nehmen sie an Ausprägung ab. Ob sie völlig verschwinden, ist umstritten. Vermutlich kommt es noch im Erwachsenenalter zu Tonusänderungen bei entsprechenden Änderungen von Positionen. Die Stellreflexe oder -reaktionen, die ebenfalls auf die Haltung einwirken, treten erst ab dem dritten Trimenon auf. Sie beeinflussen lebenslang die Körperhaltung und -motorik und werden von Zentren im Mittelhirn gesteuert.

Es liegen keine methodisch einwandfreien Studien vor, die einen Einfluss der Therapie der persistierenden Primitivreflexe auf das Lernverhalten und schon gar nicht auf die Kernsymptomatik der ADHS belegen. In einer Studie von McPhillips et al., die nach einem einjährigen Training durch täglich durchzuführende motorische Übungsprogramme einen Lernzuwachs in den Lesefertigkeiten, nicht aber in der Rechtschreibung beobachtete, wurde nicht dargestellt, ob die Kinder der Kontrollgruppe nach dem gleichen pädagogischen Konzept unterrichtet wurden bzw. die gleiche Klasse besuchten [9]. Einen Einfluss auf die ADHS-Kernsymptomatik wird in der Studie nicht beschrieben. Die Hypothese, dass Primitivreflexe Einfluss auf die Kognition nehmen können und dass bestimmte motorische Übungen einen so komplexen Vorgang, wie es die kognitiven und exekutiven Funktionen darstellen, nachhaltig beeinflussen sollen, ist schwer nachvollziehbar [8].

Atlastherapie

Auch wenn inzwischen jedes dritte der in unserer Praxis vorgestellten Kinder mit

ADHS bereits eine Atlas-therapie absolviert hat, so besteht die Datenlage lediglich aus Einzelberichten über Erfolge. Die Therapie ist nicht evidenzbasiert und wird von der Gesellschaft für Neuropädiatrie abgelehnt [7].

Neurofeedback

Das Neurofeedback (auch EEG-Biofeedback) stellt ein verhaltenstherapeutisch fundiertes Verfahren dar, das über erlernte Modifikation von neurophysiologischen Parametern eine Verbesserung der Kernsymptome der ADHS anstrebt. Es beruht auf dem Prinzip des operanten Konditionierens: Erwünschtes neuronales Verhalten (die Produktion von schneller EEG-Aktivität) wird durch die Darbietung angenehmer leicht wahrnehmbarer und verständlicher Rücksignale verstärkt.

Dem Neurofeedback zugrunde liegt die Beobachtung, dass bei Menschen mit ADHS die frontale Hirnaktivität verlangsamt ist [7]. Die präfrontale Aktivierbarkeit ist reduziert, was auf eine Störung der langsamen kortikalen Potenziale (slow potentials, SCP) schließen lässt, die als neurophysiologisches Korrelat der Aufmerksamkeitsregulation gelten [10]. Inzwischen zeigen erste Studien, dass ein Neurofeedback sich anhaltend positiv auf die Kernsymptomatik der ADHS auswirkt [5, 15]. Für eine abschließende Beurteilung der Wirkung reichen die bisher vorliegenden Daten jedoch noch nicht aus. Nachteilig ist der sehr hohe Zeitaufwand (drei Therapieblöcke à zehn Stunden innerhalb von drei Monaten). Die beträchtlichen Kosten werden von den Krankenkassen nicht übernommen.

Fazit

Zum jetzigen Zeitpunkt erlaubt die Datenlage nicht, eine evidenzbasierte Alternative zum multimodalen Therapiekonzept bei ADHS vorzuschlagen. In Zukunft vielversprechend ist die Therapie durch Neurofeedback. Aufgrund des hohen Zeitaufwandes, der erforderlichen verlässlichen Kooperation und der hohen Kosten wird sie jedoch nicht für jeden Patienten zugänglich sein.

Literatur

1. Canadian Paediatric Society. Alternative treatments for ADHD. *Pediatr Child Health* 2003; 4: 243–4

2. Döpfner M. Alternative Therapien. ADHS-Report 2006; 23: 1–2
3. Frei H et al. Homeopathic treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder: a randomised, double blind, placebo controlled crossover trial. *Eur J Pediatr* 2005; 164: 758–67
4. Grünke M. Zur Effektivität von Fördermethoden bei Kinder und Jugendlichen mit Lernstörungen. *Kindheit und Entwicklung* 2006; 15: 239–54
5. Holtmann M et al. Neurofeedback in der Behandlung der ADHS im Kindes- und Jugendalter. *Z Kinder- Jugendpsychiatrie* 2004; 32: 187–200
6. Jacobs J et al. Homeopathy for attention-deficit/hyperactivity disorder: a pilot randomized-controlled trial. *J Altern Complement Med* 2005; 11: 799–806
7. Karch D et al. Stellungnahme der Kommission für Therapiemaßnahmen. Aktuelle Neuropädiatrie 2005. Novartis Pharma Verlag 405–17
8. Karch D. persönliche Stellungnahme 2007
9. McPhillips M et al. Effects of replicating primary-reflex movements on specific reading difficulties in children: a randomised, double-blind, controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 537–41
10. Monastra VJ et al. Assessing attention deficit hyperactivity disorder via quantitative electroencephalography: an initial validation study. *Neuropsychology* 1999; 13: 424–33
11. Pintov S et al. Bach flower remedies used for attention deficit hyperactivity disorder in children--a prospective double blind controlled study. *Eur J Paediatr Neurol* 2005; 9: 395–8
12. Richardson AJ et al. 2005: The Oxford-Durham study: a randomized, controlled trial of dietary supplementation with fatty acids in children with developmental coordination disorder. *Pediatrics* 2005; 115: 1360–6
13. Schachter H et al. Effects of omega-3 fatty acids on mental health. AHRQ Publication No.05-EO22-2
14. Spitzner M. Prospektive zweiarmlige Kohortenstudie zur Dokumentation der klinischen Wirksamkeit und Verträglichkeit von Zappelin und Ritalin in der Behandlung von Schulkindern mit HKS. Arzneimittelprospekt 2005 Kurzzusammenfassung
15. Strehl U et al. Self-regulation of slow cortical potentials: a new treatment for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2006; 118: e1530–40
16. Stollhoff K. Alternative Therapien im Fokus. In: Voss H (Hrsg.). Sozialpädiatrie aktuell, Band 2. Kirchheim-Verlag, Mainz 2002
17. Stollhoff K. Nur ein harmloses Allheilmittel? pädiatrie hautnah 2002; 4, 160–1
18. Thurneysen A et al. Homöopathie bei ADS im Kindesalter. *Monatsschr Kinderheilk* 2004; 152: 741–50

Dr. med. Kirsten Stollhoff

Praxis für Kinderneurologie
Schomburgstr. 120
22767 Hamburg