

EXPERTENMEETING „KONZENTRATIONSSTÖRUNGEN“

25.2.2011

Gesellschaft der Ärzte / Billrothhaus Wien

H. Längle:

„Was die Beratungspraxis zeigt“

B. Hackenberg:

„Symptom schwerer Grunderkrankungen“

K. Vavrik:

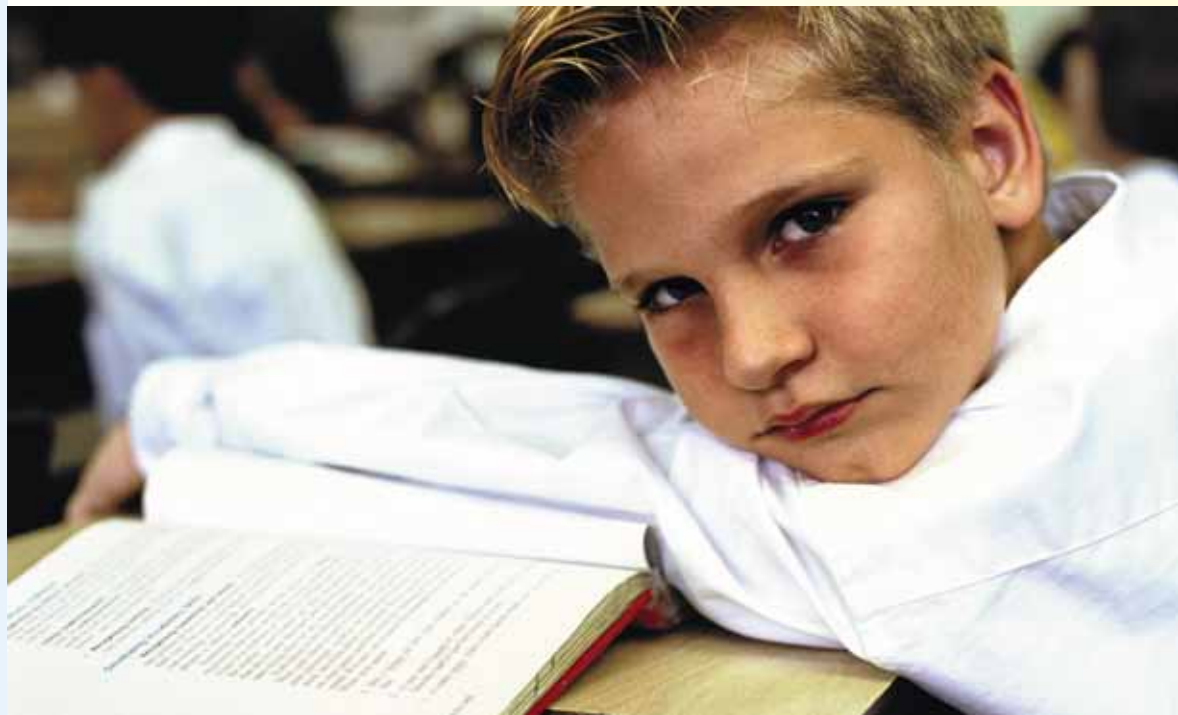
„Konzentrationsstörungen aus sozialpsychiatrischer Sicht“

K. Zwiauer:

„Symptom von Mangelernährung“

B. Birtoli:

„Intervention mit einem diätetischen Nahrungsmittel“



„Konzentrationsstörungen oder Steuerungsprobleme?“

Heinz Längle



Mag. Heinz LÄNGLE

Psychologe, Psychotherapeut und
Beratungslehrer
Matzner-Straße 21, 2221 Groß-Schweinbarth
Tel.: +43(0)699/17 89 34 98
Fax: +43(0)2289/3498
heinz.laengle@aon.at
www.laengles.at

Mein Zugang zu diesem Thema ergibt sich aus meiner beruflichen Tätigkeit als Beratungslehrer. Ich betreue insgesamt 15 Schulen mit insgesamt 80 Klassen – SchülerInnen, LehrerInnen und natürlich auch Eltern.

Weiters bin ich in der Lehrerfortbildung tätig – in Form von Supervisionsprogrammen mit LehrerInnen. Derzeit sind das sieben Gruppen. Während der letzten drei Jahre haben 200 LehrerInnen mein Programm durchlaufen.

Nicht zuletzt führe ich auch eine Praxis für Psychotherapie & Familientherapie, in der ich direkt mit Familien arbeite.

Gespräche mit LehrerInnen

Aus Berichten der LehrerInnen geht hervor, dass es in jeder Klasse mit 20 Kindern etwa 2-3 Kinder mit entsprechenden Problemen im Bereich der Konzentrationsfähigkeit gibt. Die Kinder zeigen sich deutlich weniger belastbar als früher und vor allem die motorische Unruhe der Kinder hat enorm zugenommen. Was hat sich im Vergleich zu früher verändert oder geändert? Verbessert haben sich die Kinder im Bereich der Selbständigkeit. Sie sind neugierig und selbstbewusst, begeisterungsfähig und technisch begabt. Häufig sind sie in der Handhabung elektronischer Geräte deutlich versierter als ihre Eltern oder Erzieher.

Als klare Verschlechterung muss man die Tatsache ansehen, dass die Kinder leichter ablenkbar sind, rascher ermüden sowie motorisch und sprachlich häufig viele Defizite aufweisen. Gleichzeitig verhalten sich die Eltern ihnen gegenüber fordernder als früher. Die heutigen Schüler sind dabei allerdings weder dümmer noch fauler. Aber die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen haben sich geändert. Noch immer können sich Schüler dann gut konzentrieren, wenn der Unterricht „Spaß“ macht.

Hier sollte man nicht übersehen, dass Kon-

zentrationprobleme oft der Ausdruck, das Symptom von Steuerungsproblemen sind. Die Eltern der betroffenen Kinder sind oft ratlos. Das Kind zeigt Konzentrationsprobleme, es fühlt sich nicht verstanden und aus dieser Position heraus ungerecht behandelt. Die betroffenen Kinder haben nur wenige oder gar keine Freunde.

Was kann beeinflusst werden?

Eigentlich sind nur die Rahmenbedingungen beeinflussbar. Diese Bedingungsgestaltung ist Aufgabe der Eltern, hat jedoch letztlich keinen direkten Einfluss auf das Ergebnis der Erziehung bzw. die Autonomie des Kindes. Daraus resultiert folgerichtig, dass nicht die Eltern für die konkrete Verwirklichung dieses Ergebnisses verantwortlich sind, sondern die Kinder.

Hier drei Anschauungsbeispiele

Beispiel: Rainer, 9 J. (Name geändert)
Er ist seit November in Betreuung bei mir. Diagnosen: Enuresis, Aufmerksamkeitsstörung.
Schule: Er arbeitet sehr sehr langsam und wird mit seinen Aufgaben nicht fertig.
Behandlung: Psychoedukation – Umgang mit Rainer und seinem Tempo, Equazen™ Pro als biolog. Unterstützung – Schule: Rainer erhält Beobachtungsaufgaben. (Er beobachtet gerne andere Schüler.) Das Ziel verlagert sich – neues Ziel ist es, Freunde zu gewinnen. Dazu brauchen wir eine Strategie: Andere Kinder beobachten, dann schrittweises Vorgehen. In der Familie auch ein schneller Tag pro Woche als Aufgabe – und die Auswirkungen davon.
Im März: Die Rückmeldung der Schule – schneller geworden, Eltern erleben ihn als schneller, einen Freund gewonnen, Enuresis kein Thema mehr, das Thema ist nun: Weitere Freunde gewinnen als Ziel ...

Beispiel: Mario, 6 J. (Name geändert)
Er ist seit Jänner in Betreuung. Problem: Er arbeitet in der Schule nicht mit, verweigert. Unterstützung der Eltern, Psychoedukation

– *Umgang mit Mario, biologische Unterstützung durch Equazen™ Pro, Rhythmisierung des Alltags, Belohnungsstrategien. In der Schule – Wechselwirkung beobachten – wie reagiert die Lehrerin auf mich, auf die anderen Kinder. (Er kann gut beobachten.)*

Nach sechs Wochen: Eltern wirken sicherer im Umgang mit ihm, Rückmeldungen der Schule besser (mehr im Lobheft). Er arbeitet daheim spürbar ruhiger.

Beispiel: Florian, 6 J. (Name geändert)

Er ist seit Dezember in Betreuung. Diagnose: Aufmerksamkeitsstörung. Schule: Er arbeitet sehr langsam, meist der Letzte beim Rausgehen, extreme Unruhe, klopft sehr oft mit den Füßen. Unterstützung der Mutter: Strategien im Umgang mit ihm daheim, Gestaltung des Tagesablaufes, biolog. Unterstützung durch Equazen™ Pro, neu: Papa macht abends Sport mit ihm, Mama macht Therapie (sie fühlt sich zunehmend sicherer im Umgang mit ihm, sie hat sich vorher selber überfordert – 120%).

Nach drei Monaten: Wechselwirkung zwischen Mutter und Sohn ist viel besser geworden, schulische Situation: Besser geworden, viel Lob von der Lehrerin (Lobheft).

Neu: Mutter berichtet erstmals, dass sie nun schon vier Nächte durchgeschlafen habe. Das war noch nie seit er auf der Welt ist – er war ein Schreibaby, habe bis Herbst im Zimmer der Eltern geschlafen. Sie ist begeistert !!!

Letztlich ist Erziehung paradox oder hat eine starke paradoxe Komponente, denn wir erziehen, weil wir etwas anderes erreichen wollen als wir erwarten.

Andererseits gibt es eine Art „Freiheits-Komponente“, denn das Ergebnis Erziehung entzieht sich ja unserem direkten Einfluss. Sie besteht ja nicht im „Programmieren“ der Kinder, sondern in der Schaffung möglichst günstiger Rahmenbedingungen. Das ist wichtig im Sinne der Beurteilung des Erziehungsergebnisses. Dafür können die ErzieherInnen im direkten Sinne nicht verantwortlich gemacht werden, sondern bestenfalls für die Rahmenbedingungen.

Daraus resultiert der Schluss, dass das Phänomen „Störung“ der Konzentration Symptom oder Anzeichen von Problemen bei der Steuerung sein kann. In diesem Zusammenhang hilft ein Bild zum besseren Verständnis: „Das Ruder in die Hand nehmen!“ lässt sich Kindern gut erklären, wenn man etwa auf

das Steuern eines Piratenschiffs à la „Fluch der Karibik“ verweist. So gut wie alle Kinder kennen diese Filme und finden so leicht einen guten Zugang.

Was also ist dann Beratung?

Nun, Beratung dient weder der Verdrängung, noch steht sie direkt für Symptombehandlung im klassischen Sinne.

Vielmehr handelt es sich um eine Aufarbeitung der Situation und das Arbeiten an den beteiligten Faktoren.

Das Ziel ist hierbei das Herstellen von optimierten Bedingungen für eine verbesserte Konzentrationsfähigkeit.

Das wurde von einem Experten im Zusammenhang mit Unterricht und Schule einmal durchaus provokant formuliert. „[...] Es ist nämlich gar nicht klar, ob nicht Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörungen und Aggressivität ganz „normale“ mentale Reaktionen auf systematisch organisierte unterrichtliche Langeweile sind.“

Das kann direkt im Zusammenhang mit Anpassungsproblemen stehen. Kinder erleben ihren Willen und Ihre Handlungsimpulse als eine Art Einheit. Kinder mit Steuerungsproblemen erleben eine zwanghafte Spontaneität: Das heißt, ihr Verhalten ist nicht vorsätzlich (schlimm), sondern ein unwillkürliches, reaktives Verhalten.

Die Arbeit besteht nun im Spüren und Erleben dieser Zusammenhänge, mit dem Ziel, zu zeigen, dass „ich Einfluss auf die Steuerung habe“.

Was könnte oder sollte getan werden?

Die Schule wird sich fit machen müssen. Es gilt die Neugierde der Kinder immer wieder aufs Neue zu wecken und positiv an der Ausdauer (Leistungsfähigkeit) zu arbeiten. Keine leichte Aufgabe, da die Kinder ständig „interessanten“ Reizen ausgesetzt sind und schwerer interessierbar zu machen sind als früher. Einen wesentlichen Beitrag können die Eltern leisten:

- Wichtig ist die Rhythmisierung des Alltagslebens. Rechtzeitig aufstehen, gut frühstücken, nach der Heimkehr aus der Schule routinemäßig erst in Ruhe die Hausaufgaben erledigen und dann in die Freizeit entgleiten. Umgekehrt bedeutet das, das Kind ist bei der Hausübung müde und macht sie

zu einer Zeit – nämlich abends, da die Leistungsfähigkeit entsprechend gering ist.

- Wesentlicher als allgemein bewusst ist die gesunde Ernährung und die Totalabkehr von intensiv beworbenen „Snacks“ aller Art oder von „bunten Erfrischungsgetränken“. Das Übermaß an Zucker macht krank und das beste Getränk in unseren Breiten ist zweifellos unser Quellwasser.
- Biologische Interventionen im Sinne des neu verfügbaren hoch dosierten Omega-Fettsäure-Präparates (Equazen™ Pro) sind sinnvoll, denn auch der Organismus benötigt zur vollen Leistungsfähigkeit letztlich entsprechend optimierte Rahmenbedingungen.
- Hinzu kommt hier, dass dies den Eltern auch eine zusätzliche Möglichkeit gibt, aktiv etwas zu steuern und zu gestalten.



„Symptom schwerer Grunderkrankungen“

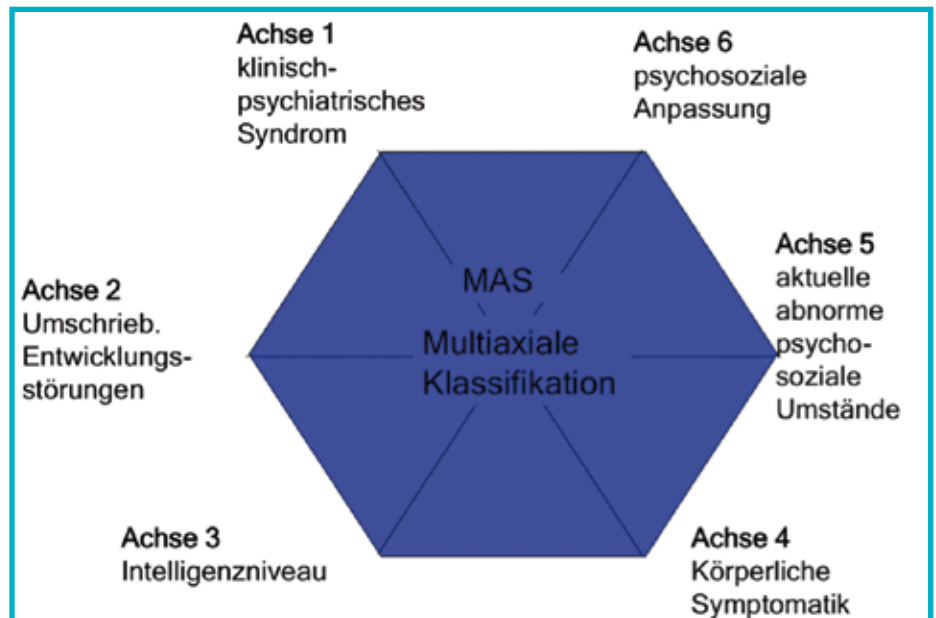
Brigitte Hackenberg



Ass. Prof. Dr. Brigitte HACKENBERG

Ärztliche Leiterin der
Klinischen Einheit f. Psychosomatik
Universitätsklinik für
Kinder- und Jugendheilkunde
Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien
Tel.: +43(0)1/40400
brigitte.hackenberg@meduniwien.ac.at

Grundsätzlich möchte ich meinen Ausführungen vorausschicken, dass „Konzentrationsstörung“ in wissenschaftlicher Hinsicht ein unspezifischer Begriff ist, den man medizinisch in etwa mit Fieber vergleichen könnte. Auch hier handelt es sich um ein Symptom und nicht um eine Krankheit ...



Als Synonym aus der Bewertung psychiatrischer Symptome könnte gelten: leichte kognitive Störung (F06./7).

Welche Bereiche sind betroffen oder können betroffen sein?

Es sind dies:

- das Gedächtnis – die Merkleistung an sich
- Aufmerksamkeit und Konzentration
- Das Denken – hier vor allem die Bereiche Problemlösung & Abstraktion
- Die Sprache – im Sinne von Verständnis & Wortfindung
- Die visuell-räumliche Funktion

Kognitive Störungen können in Verbindung mit einer hirnanorganischen Systemerkrankung auftreten oder im Zusammenhang mit anderen psychiatrischen Störungen stehen.

Unter Systemerkrankungen verstehen wir Erkrankungen des Nervensystems. Sie erhöhen grundsätzlich das Risiko für psychische Störungen auf bis zu 80%.

Daraus resultiert im Umkehrschluss die von Carl Jaspers formulierte sogenannte Schichten-Regel: „Jede psychisch, psychiatrische Auffälligkeit muss organisch abgeklärt werden!“

Wir verwenden in der Beurteilung des psy-

chiatrischen Zustandsbildes das Multiaxiale Klassifikationssystem „MAS“ (Abb. 1)

Das multiaxiale Klassifikationsschema der psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 ist seit über 10 Jahren die etablierte Grundlage einer multimodalen Diagnostik und Therapieplanung. Im ärztlichen und psychologischen Bereich ist dieses Klassifikationssystem etabliert und auch für Kostenträger und Qualitätssicherungsaspekte eine eingeführte Methode.

Das System besteht aus sechs Achsen:

Achse 1: klinisch-psychiatrisches Syndrom

Wir unterscheiden auf dieser Achse altersbezogene Störungen von jenen ohne Altersbezug.

altersbezogen	
F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit & Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

ohne Altersbezug	
F100-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische & Verhaltensstörungen auf Basis psychotroper Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype & wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F49	Neurotische, somatoforme & Belastungsstörungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen/Faktoren
F60-F60	Persönlichkeits- & Verhaltensstörungen

Achse 2: Umschriebene Entwicklungsstörungen

F80-F89 (exkl. F84 = tiefgreifende) Entwicklungsstörungen.

Diese Störungen weisen im Wesentlichen folgende Merkmale auf:

- Beginn ausnahmslos im Kleinkind- oder Kindesalter.
- Einschränkungen oder Verzögerungen bei der Entwicklung von Funktionen, die eng mit der biologischen Reifung des ZNS verknüpft sind.
- Stetiger Verlauf, der nicht jene Rezidive und Remissionen zeigt, wie sie für viele psychische Störungen charakteristisch sind.

Achse 3 – Intelligenzniveau

ohne Altersbezug	
IQ 129 <	Sehr hohe, weit überdurchschnittliche Intelligenz
IQ 115-129	Hohe, überdurchschnittliche Intelligenz
IQ 85-114	Normale, durchschnittliche Intelligenz
IQ 70-84	Niedrige, unterdurchschnittliche Intelligenz; Grenzdeibilität
IQ 50-69	= F70 / leichte Intelligenzminderung Debilität, leichte intellektuelle Behinderung
IQ 35-49	= F71 = mittelgradige Intelligenzminderung Imbezillität, mittelgradige intellektuelle Behinderung
IQ 20-34	= F72 = schwere Intelligenzminderung ausgeprägte Imbezillität, hochgradige intellektuelle Behinderung
IQ unter 20	= F73 = schwerste Intelligenzminderung Idiotie, schwerste intellektuelle Behinderung
F78	sonstige Intelligenzminderung
F79	nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung

Achse 4: körperliche Symptomatik

Darunter fallen alle Krankheiten der ICD-10 ausser den psychiatrischen Erkrankungen.

Achse 5: Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

00. = Keine signifikante Verzerrung oder unzureichende psychosoziale Umstände.

Abnorme intrafamiliäre Beziehungen (1)	
1.0	Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung (Z62.5)
1.1	Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen (Z63.0)
1.2	Feindliche Ablehnung gegen Kind oder Sündenbockzuweisung (Z62.3)
1.3	Körperliche Kindesmisshandlung (Z61.6)
1.4	Sexueller Missbrauch innerhalb der Familie (Z61.4)
1.8	Andere

Psychische Störung/abweichendes Verhalten od. Behinderung in der Familie (2)	
2.0	Psychische Störung/abweichendes Verhalten eines Elternteils (Z63.7)
2.1	Behinderung eines Elternteils (Z63.7)
2.2	Behinderung der Geschwister (Z62.7)
2.8	Andere

Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation (3) = Z62.8

Abnorme Erziehungsbedingungen (4)	
4.0	Elterliche Überfürsorge (Z62.1)
4.1	Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung (Z62.0)
4.2	Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt (Z62.8)
4.3	Unangemessene Anforderungen, Nötigung durch die Eltern (Z62.6)
4.8	Andere

Abnorme unmittelbare Umgebung (5)	
5.0	Erziehung in einer Institution (Z62.2)
5.1	Abweichende Elternsituation (Z60.1)
5.2	Isolierte Familie (Z63.7)
5.3	Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung
5.8	Andere

Akute, belastende Lebensereignisse(6)

6.0	Verlust einer liebevollen Beziehung (Z61.0)
6.1	Bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung (Z61.1)
6.2	Negativ veränderte familiäre Beziehung durch neue Familienmitglieder (Z61.2)
6.3	Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen (Z61.3)
6.4	Sexueller Missbrauch außerhalb der Familie (Z61.5)
6.5	Unmittelbar beängstigende Erlebnisse (Z61.7)
6.8	Anderes

Gesellschaftliche Belastungsfaktoren (7)

7.0	Verfolgung oder Diskriminierung (Z60.5)
7.1	Migration oder soziale Verpflanzung (Z60.3)
7.8	Anderes

Chronisch zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit Schule (8)

8.1	Streitbeziehung mit MitschülerInnen (Z55.4)
8.2	Sündenbockzuweisung durch Lehrer (Z55.4)
8.3	Allgemeine Unruhe in der Schule (Z55.8)
8.8	Andere

Belastende Ereignisse/Situationen infolge von Verhaltensstörungen/Behinderung (9)

9.1	Institutionelle Erziehung (Z62.2)
9.2	Bedrohliche Umstände (Z61.1)
9.3	Abhängige Ereignisse mit Herabsetzung der Selbstachtung
9.8	Andere

Achse 6 – Psychosoziale Anpassung

vereinfacht

0	Herausragende/gute soziale Funktionen in allen Bereichen
1	Mäßige soziale Funktionen mit geringen Schwierigkeiten
2	Leichte soziale Beeinträchtigung in 1-2 Bereichen
3	Mäßige sozial Beeinträchtigung
4	Ernsthafte soziale Beeinträchtigung in min 1-2 Bereichen
5	Ernsthafte Beeinträchtigung in den meisten Bereichen
6	Funktionsunfähigkeit , benötige ständige Aufsicht/Betreuung
7	Schwere Beeinträchtigung, strenge Aufsicht
8	Selbst-Fremd-Gefährlichkeit
9	Nicht einschätzbar

Das multiaxiale Klassifikationsschema nach der ICD-10 korrespondiert mit dem amerikanischen Diagnostik- und Statistik-Manual DSM IV.

Welche psychiatrischen Zustandsbilder sind es aber im Detail, bei denen „Konzentrationsstörungen“ als Symptom isoliert oder (meist) vergesellschaftet mit anderen Symptomen auftreten können?

AD(H)S

Charakteristisch für eine Aufmerksamkeits-Defizit-Störung (ADS) ist ein ausgeprägt unaufmerksames und impulsives Verhalten, vor allem in Gruppensituationen. Bei der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) kommt noch Unruhe und übermäßiger Bewegungsdrang dazu. Der Bewegungsdrang MUSS allerdings NICHT ZWINGEND vorkommen. Sie gilt als eine der häufigsten Störungen des Kindes- und Jugendalters.

1. Beeinträchtigte Aufmerksamkeit

Wie Träumen, leichte Ablenkbarkeit, hastig überhüpfernder Wahrnehmungsstil, Vergesslichkeit, Zerstreuung, Stimmungsschwankungen, Reizoffenheit – springt auf alles Neue an, aber bei Routineangelegenheiten kein Durchhaltevermögen.

2. Impulsivität

Charakterisiert etwa durch „Plappermäulchen“, „Kaum gedacht, schon getan“, Gefährdung durch Unachtsamkeit, Ungeduld, heftige, plötzliche Gefühlsausbrüche u.Ä.

3. motorische Überaktivität – nicht obligatorisch

Schwierigkeiten still zu sitzen, ausgeprägter Bewegungsdrang besonders in strukturierten Situationen.

Depression

Wichtig zu wissen ist: Konzentrationsstörungen sind mit kindlichen Depressionen hoch korreliert.

Die Depression des Kindes ist allerdings sehr schwer zu erfassen. Ein Kind bis zum 12. Lebensjahr „spricht“ kaum darüber, dass es depressiv ist, es vermag sich nicht entsprechend mitzuteilen. Somit liegt meistens eine Beobachtung der Eltern zugrunde und man muss versuchen, via Exploration eine Diagnose zu stellen. Spontane Äußerungen sind selten und eher indirekt.

Angst

Auch Ängste können hinter Konzentrationsstörungen stecken, als gerichtete Reaktion etwa auf die bevorstehende Trennung der Eltern. Das Kind möchte zu Hause bleiben, weil es meint, wenn es in die Schule geht, streiten oder trennen sich in seiner Abwesenheit die Eltern, möchte also durch Präsenz die Entwicklung aufhalten. Soziophobien wie Schulphobie oder Angst vor Mobbing können vergesellschaftet sein.

Oft sind gerade freundliche und höfliche Kinder Mobbingopfer. Mädchen haben die Tendenz, das gar nicht zu zeigen. Sie kaschieren ihre Ängste und eigenen Bedürfnisse mit

besonderem „Bravsein“.

Autismus-Spektrum

Diese Störungen nehmen deutlich zu! Die betroffenen Kinder folgen einem „Eigenprogramm“ und sind so oft dissonant zu den gestellten Anforderungen. Sie fallen als „Sonderlinge“ auf. Keineswegs sind sie generell „unintelligent“, sondern zeigen eher eine Art „Spezialintelligenz“. Das heißt, sie wissen etwa alles über Autos, können sich von diesem Lieblingsthema kaum trennen, reden stundenlang nur darüber und zeigen daher Defizite bei anderen Themen.

Aktuell konnten wir hier mit hochkonzentrierten Fettsäuren günstige Erfolge erzielen.

Schizophrenie / schizophyme Störungen

Bereits vor dem 14. Lebensjahr kann es schon zu Prodromalstadien kommen. Sie zeigen sich durch wiederkehrende „Träume“ oder „seltsame Gedanken“, die charakteristischerweise auch bei Tag auftreten können.

In Australien hat Prof. Amminger aus dem AKH hier interessante Erfolge mit Omega-Fettsäuren erzielen können.

PTSD

Beim Posttraumatischen Stress Syndrom (Disorder) besteht eine enge Korrelation zu den Bereichen Angst und Depression.

Generell können bei sonst normaler Intelligenz Defizite in bestimmten Leistungsbereichen auftreten wie Schulleistung, Sprache, Motorik oder auch kombiniert.

Besteht nun die Möglichkeit, Konzentrationsstörungen zu messen? Es gibt sehr unterschiedliche Standards für Leistung, Begabung, Persönlichkeit oder spezifische Konzentrationstleistungen, stets in Korrelation mit der Intelligenz des Kindes.

Die biopsychiatrischen Zusammenhänge der Omega-3/6-Fettsäuren sind vielfach noch unklar. Aber bei vielen psychiatrischen Erkrankungen findet man substantiell (post mortem Analyse) einen verminderten Gehalt von Omega-3-Fettsäuren im frontalen Cortex wie ein rezenter Heinrichs-Review zeigen konnte.



Kinder brauchen Aufmerksamkeit

EQUAZEN™ PRO

neu

Zur diätetischen Behandlung von Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen in der Kindheit und Adoleszenz.

- Wirksamkeit in mehreren randomisierten, placebokontrollierten Studien nachgewiesen^{1,2,3}
- Spezifische EPA, DHA und GLA Formulierung, EPA-DHA Verhältnis von 3:1
- Natürlicher Ursprung – streng geprüfte Qualität



Sanova

Gesundheit richtig bewegen

www.sanova.at

1. Richardson AJ et al. Pediatrics (2005); 115(5): 1360-1366.
2. Sim N et al. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. 2007 Apr; 28(2): 82-91.
3. Johnson W et al. Journal of Attention Disorders. 2008 March; 12(5): 394-401.

„Die sozialpädiatrische Sicht“

Karl Vavrik



Prim. Dr. Klaus VAVRIK

Ambulatorium der VKKJ
Zentrum für Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie
Präsident der Österreichischen Liga für Kindergesundheit
Fernkorngasse 91, 1100 Wien
Tel.: +43(0)1/6072987
klaus.vavrik@fkg.vkkj.at

ADHS (Attention Deficiency Hyperactive Syndrome) manifestiert sich mit einem Symptomencluster von Unruheverhalten, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Impulskontrollproblemen, Schwierigkeiten der sozialen Integration, der exekutiven Funktionen, Schulschwierigkeiten, etc. und ist die heute am häufigsten von KinderärztInnen und KinderpsychiaternInnen diagnostizierte Verhaltensauffälligkeit. Es gibt kein „beweisendes“ diagnostisches Verfahren, ADHS ist grundsätzlich eine phänomenologische Diagnose.

In Industrieländern ist eine beständig und rasant steigende Zahl an Betroffenen festzustellen, wobei die „Ausbreitungsgeschwindigkeit“ aber keinen epidemiologischen Regeln folgt. Sie übersteigt die rechnerische Zielgröße einer genetisch determinierten Erkrankung deutlich.

Verhalten an sich beruht grundsätzlich auf drei Grundlagen:

- einer biologischen
- einer psychodynamischen, und
- einer soziogenen.

Es ist einerseits Bewältigungsstrategie und andererseits Anpassungsleistung eines Individuums, um die Austauschprozesse zwischen Innenwelt und Umwelt zu gestalten, d.h. die Dichotomie zwischen inneren Bedürfnissen und äußeren Realitäten zu regulieren.

Die Neuroplastizität und Entwicklung unseres Gehirns wiederum ist ein nutzungsabhängiger, sich selbst organisierender und durch die Interaktion mit der Außenwelt gelenkter Prozess. Dabei spielen Erfahrungslernen und aktives Erleben eine bedeutende Rolle.

Wir finden dabei nach Wygotsk/Brunner/Berger drei Stufen der Aufmerksamkeitsentwicklung, die aufeinander aufbauend in unwillkürliche, sozial organisierte und willkürliche Aufmerksamkeit unterteilt werden kann. Die unwillkürliche Aufmerksamkeit entspricht einer frühen Orientierungsreaktion, die sozial organisierte meint den nächsten Schritt der Aufteilung zwischen zwei Personen und die letzte Stufe ist die selbstbestimmte und willkürliche Aufmerksamkeitssteuerung.

Aus sozialpädiatrischer Sicht müssen vor allem das Bindungs-, sowie das trauma- und das soziogen-orientierte Symptomverständnis hervorgehoben werden.

Die **Bindungstheorie** beschreibt das angeborene Bedürfnis von Kindern nach einer schutzgebenden Bindungsbeziehung. Sie wurde von dem britischen Kinderpsychiater John Bowlby und der kanadischen Psychologin Mary Ainsworth entwickelt.

Sie geht von einem angeborenem Bedürfnis nach körperlicher Nähe und emotionaler Resonanz aus, welche dem biologisch extrem hilflosen und ohnmächtigen Säugling einen zum Überleben notwendigen „sicheren Hafen“ gibt. Dem Bindungsbedürfnis des Kindes steht das Pflegesystem der Erwachsenen, zumeist der Mutter, gegenüber. „Feinfühligkeit“ reguliert deren wechselseitigen Dialog. Angst und Trennung bedeuten hohen Stress für das Baby und aktivieren das Bindungssystem. Körperliche Nähe und emotionale Resonanz beruhigen diese Stressreaktion wieder. So „lernt“ das Baby in der Interaktion Selbstwahrnehmung, Aufmerksamkeitssteuerung und Selbstregulation. Am Beginn des Lebens bedeutet „Erleben“ immer ein Ereignis von großer „Erregung“, aber wenig differenziert. Feinfühligkeit und Empathie führen zum Erfahren von Urvertrauen (sicherer Hafen), zu Affektdifferenzierung (Was empfinde ich?), Affektregulation (Wie kann ich das steuern?)

und Affektabstimmung (Interaktion mit der Umwelt).

Bei Krankheitsbildern mit reaktiven Bindungsstörungen im Kindesalter finden wir Verhaltensauffälligkeiten, die gekennzeichnet sind von Diffusität im Beziehungsverhalten, einer insuffizienten Affekt- und Impulsregulation (Rückzug vs. Impulsiv), einer geringeren Stressbewältigungskompetenz sowie häufig einem Verlassenheits- oder Entwertungseffekt. Es treten Erregungszustände auf, welche für das Kind nicht willentlich steuerbar sind. Die Betroffenen zeigen wenig Stabilität bei Veränderungen und eine hohe Beeinflussbarkeit durch Peer-Group. Das aufmerksamkeitsbindende Verhalten („Nimm mich wahr“) ist deutlich übersteigert.

Im Hintergrund von dysresponsiven Bindungsbeziehungen stehen oftmals Angst, Depression, Überstimulation oder Deprivation. Durch das Erleben von solcherart Stress wird neurobiologisch ein übermäßiges Wachstum der dopaminergen Innervation v.a. im Frontalhirn und eine gleichzeitige Destabilisierung der bestehenden neuronalen Netzwerke erzeugt. Relativer Dopaminmangel ist die Folge, vergesellschaftet mit „Reizhunger“, Hyperaktivität, erhöhter Impulsivität bei gleichzeitig verminderter sozialer Responsivität.

G. Hüther beschreibt die Schutzfunktion affektiv ausgleichender Erfahrungen folgendermaßen: „Die entscheidenden protektiven Faktoren, die vor der Ausbreitung übermäßiger unspezifischer neuronaler Erregung schützen, sind Sicherheit bietende Bindungsbeziehungen“.

Traumatische Ereignisse stellen nun gleichsam das Gegenteil zur positiven Bindungserfahrung dar. Im Zuge einer traumatischen Erfahrung kommt es zur Überstimulierung der Sinne, zu Überforderung des Denkens, aber auch zu emotionaler Überflutung. Eine solche Extrembelastung führt zur Reduktion auf ein neurophysiologisches Notprogramm mit dem Erleben von Hilflosigkeit und Selbst(kontroll)verlust (Verlust des inneren sicheren Hafens).

Posttraumatische Belastungsstörungen sind charakterisiert durch Übererregungssymptome wie Hyperarousal oder Intrusionen.

Traumaschemata von Kampf oder Flucht, Täuschung und Erstarrung zeigen sich bei Kindern später häufig als Reaktionen wie Davonlaufen, Lügen oder aggressive Impulsdurchbrüche. Traumakompensatorische Mechanismen hingegen imponieren als chronisches Vermeidungsverhalten oder überkompensatorisches Verhalten gegenüber den Auslösern. Dissoziative Symptome wie Störungen in Denken und Wahrnehmung, Gefühlstauheit, Leere oder Fremdheitsgefühle bezüglich der Umwelt oder seiner selbst imponieren als ADS-Symptomatik.

Ein traumaorientiertes Symptomverständnis erkennt hinter dem Phänomen „Unaufmerksamkeit“ Informationsverarbeitungsblockaden mit verzerrter Wahrnehmung oder dissoziative Phänomene. Hinter einer Hyperaktivität kann ein anhaltender Hyperarousal stehen. Flucht- und Kampfimpulse führen zur Impulsivität. Diese Phänomene treten immer dann auf, wenn sie getriggert werden.

Ein soziogenes Symptomverständnis wiederum identifiziert chronisch psychosozialen Stress, welcher sowohl durch chronische Überstimulation (kleine Wohnfläche, hoher Medienkonsum, etc.) wie auch durch Vernachlässigung entstehen kann.

Dieses hat mit gesellschaftlichen Faktoren zu tun, welche sich in ihrer Auswirkung etwa in folgendem Stufenplan verstehen lassen:

- Chronischer psychosozialer Stress (Scheidungsrate 60%, 1,3 Kinder pro Frau, Kaiserschnittquote 30-60%, Still- u./o. Schlafprobleme, „Regulationsstörungen“, Armut bei Alleinerziehenden und Mehrkindfamilien, etc.)
- Chronische Überforderungsgefühle der Kindeseltern
- Chronische Über- wie Unterstimulierung (hektischer Alltag, Vernachlässigung, Medien als Babysitter, frühe suboptimale Fremdbetreuung, etc.)
- Chronische dopaminerge Aktivierung
- Chronische cerebrale Überschussaktivierung
- Chronischer Reizhunger und situative Hyperreagibilität
- Verminderte Selbstwahrnehmung und Selbstregulation

mit dem Ergebnis einer Verminderung der sozialadaptiven Fähigkeiten.

Manfred Laucht hat in der Mannheimer Longitudinalstudie derartige Risikofaktoren definiert:

- Sehr frühe oder späte Schwangerschaft
- Belastete Partnerschaft (getrennt, geschieden, dissonante Paarbeziehung, alleinerziehend)
- Geringe Wohnfläche
- Armut(sgefährdung), geringes Familieneinkommen
- Niedriger Bildungsstand der Eltern
- Psychische o. chron. phys. Krankheit von Kindeseltern oder Geschwistern
- Gewalt in der Familie

Derartige Risikofaktoren führen zu einer Kumulation einer gesteigerten psychischen Auffälligkeit von Kindern: etwa 10-fache Suchtraten, 3-fach erhöhte Raten von Störung des Sozialverhaltens und doppelte Raten von Depression im Jugendalter.

Aus all dem folgt, dass bei Diagnostik und Therapie ein verstärkter Fokus auf diese Risikofaktoren gelegt werden sollte. Hier sollten auch die psychosozialen Belastungsfaktoren der umgebenden Erwachsenenwelt einbezogen werden. Mittels Stressmanagement lassen sich Veränderungen in den Lebens- und Lernfelder herbeiführen. Der Lebensstil sollte auf die Kindgerechtigkeit überprüft werden. Ressourcen und die Responsivität der Elternschaft bzw. des außerhäuslichen Betreuungssystems sollten so früh wie möglich aktiviert werden.

Daraus resultiert ein multimodaler Therapieplan, welcher aus Information, Psychoedukation, Verhaltensmodifikation und bei Bedarf auch Medikation bestehen soll. Nur ein kombiniertes Vorgehen kann die Aufarbeitung der einzelnen Problemfelder gewährleisten.



„Ergebnis von Mangelernährung“

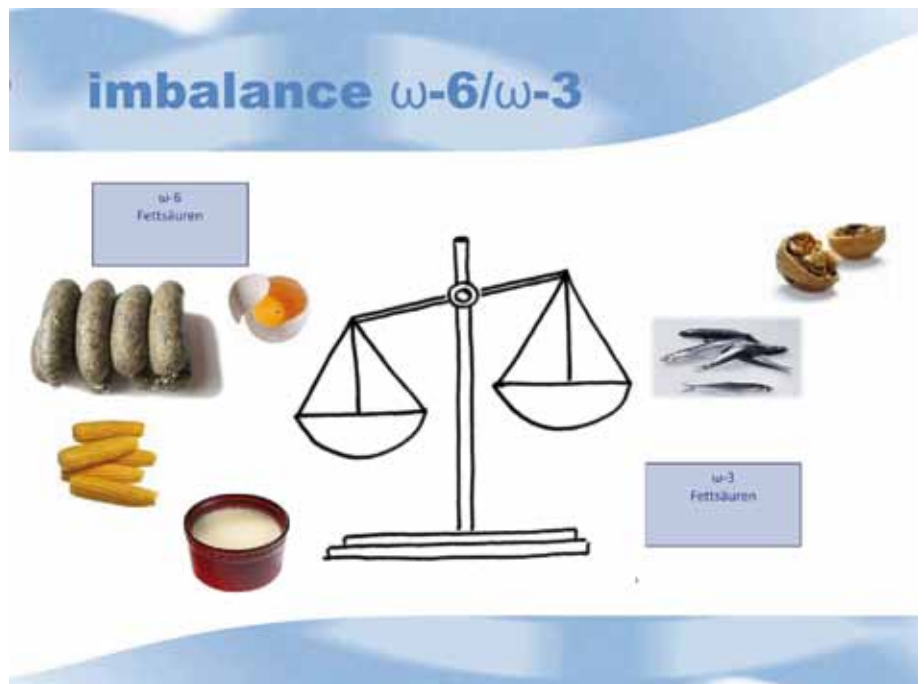
Karl Zwiauer



Prim. Univ.-Prof. Dr. Karl ZWIAUER

Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde
Landeskrankenhaus St. Pölten
Probst-Führer-Str. 4, 3100 St. Pölten
Tel.: +43(0)2742/300-13506
Fax: +43(0)2742/300-13519
karl.zwiauer@stpaelten.lknoe.at

Wir wissen, dass die so genannte „Western Diet“ zu wenige Omega-Fettsäuren enthält, darunter ganz besonders DHA (Docosahexaen-Säure/Acid) sowie EPA (Eicosa-pentaen-Säure/Acid). Der Hintergrund ist einfach erklärt. Hochwertiger Meeresfisch ist aus Tradition sowie aus Angst vor Schwermetallbelastung kaum vertreten. Der historische Überblick zeigt ganz klar wie mit zunehmender Industrialisierung das Gesamtfett ansteigt, zuletzt auch die Transfette, während Omega-3-FS zurück gehen.



Wissenschaftlich hingegen haben diese FS jedoch „Konjunktur“, da zu ihnen jährlich etwa 1.000 Publikationen erscheinen. Bereits 1982 wurde der Nobelpreis für Medizin und Physiologie für die Erforschung der mehrfach ungesättigten Fettsäuren und der aus ihnen gebildeten Eicosanoide (Prostaglandine, Leukotriene, Thromboxane) vergeben.

Nun zu den Fakten: 60% des Trockengewichtes des Gehirns ist Fett, 22% des zerebralen Cortex bestehen aus ungesättigten Fettsäuren. Die Membranphospholipide der Neuronen bestehen zu 50% aus ungesättigten Fettsäuren und die höchsten Konzentrationen von DHA (Docosahexaensäure) finden sich

in der Retina, Gehirn sowie im Nervensystem. Mehrfach ungesättigte Fettsäuren spielen bei Wachstum und Entwicklung eine Schlüsselrolle, vor allem in Bezug auf das ZNS sowie die neuronalen Strukturen. DHA ist essentiell für die Nervenmyelinisierung, das heißt für die Hüllen der Nerven, über die die Reizleitung abläuft. Sie ist eine wichtige Komponente der Nervenzellmembran und daher bedeutsam für die Reifung der Nervenstrukturen. Weitere Orte hoher Konzentration sind die Netzhaut, die Photorezeptoren des Auges und die Synapsen (Nervenkontaktstellen). Die Bedeutung der mehrfach ungesättigten Fettsäuren erschöpft sich aber nicht nur im strukturellen Bereich. Sie sind erheblich mit-

verantwortlich für die Signalweiterleitung sowie essentiell für den Dopaminmetabolismus im fronto-cortico-striatalen Bereich. Sie sind involviert in die Regulation des Corticotropin-Releasing-Hormons, können Proteinkinasen hemmen, sind Regulatoren des Blutflusses im Gehirn und der Sauerstoffsättigung.

Omega-3- und Omega-6-Fettsäuren sind Vorstufen der Eicosanoide. Das sind Botenstoffe, die in Entzündungsreaktionen und die Blutgerinnung involviert sind. Sie haben gefäßschützende Effekte, können die Gerinnung hemmen und sind an immunologischen Steuerfunktionen beteiligt.

Das sind nur im Groben die derzeit bekannten Mechanismen, wo man die Bedeutung dieser Omega-FS zu kennen glaubt.

Eine Frage der Balance

Neben dem absoluten Vorhandensein der Omega-3-FS im Organismus spielt aber auch deren Verhältnis zu ihren Gegenspielern, den Omega-6-FS eine wichtige Rolle. Nicht nur Mangelernährung hinsichtlich Seefisch oder Nüssen, sondern auch der vermehrte Verzehr von Omega-6-Trägern wie fetten Würsten, Milch, Eiern oder Mais haben ungünstige Auswirkungen.

Schon in den 1980er-Jahren stellte man epidemiologisch Mängel an essentiellen Fettsäuren bei Kindern mit verschiedenen Entwicklungsstörungen wie Dyslexie (Lese-Rechtschreibschwäche oder Legasthenie), Dyspraxie (motorische Störungen), Autismus, Angststörungen, auffälligem Sozialverhalten, Tic-Störungen, Konzentrationsstörungen, Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen fest. Konkret fand man niedrige Omega-3-FS sowie die bereits erwähnte Omega-3/Omega-6-FS-Imbalance. Diese Entdeckungen waren der Auftakt zu zahlreichen klinischen Studien.

In der Folge ergaben Beobachtungsstudien bei ADHS-Kindern verminderte Spiegel von Omega-3-Fettsäuren ALA, DHA und auch Omega-6-Fettsäuren AA, wobei nicht die Plasmaspiegel entscheidend sind, die nur Auskunft über die Fettsäureversorgung der letzten 24 Stunden, sondern der Phospholipidgehalt der Erythrozyten. Er repräsentiert die Fettsäureversorgung der letzten Monate

und korreliert mit den Fettsäurekonzentrationen im Gehirn.

Erste klinische Studien mit Omega-6-Fettsäuren brachten aber nur minimale Effekte. Studien mit einer isolierten Gabe von Omega-3-Fettsäuren erwiesen sich gar als ineffektiv.

Das Geheimnis liegt somit in der Kombination der beiden Omega-Fettsäuren in hoher Dosierung mit einem definierten Verhältnis. Studien mit genau diesem – in Österreich verfügbaren – Präparat erwiesen sich als erfolgreich.

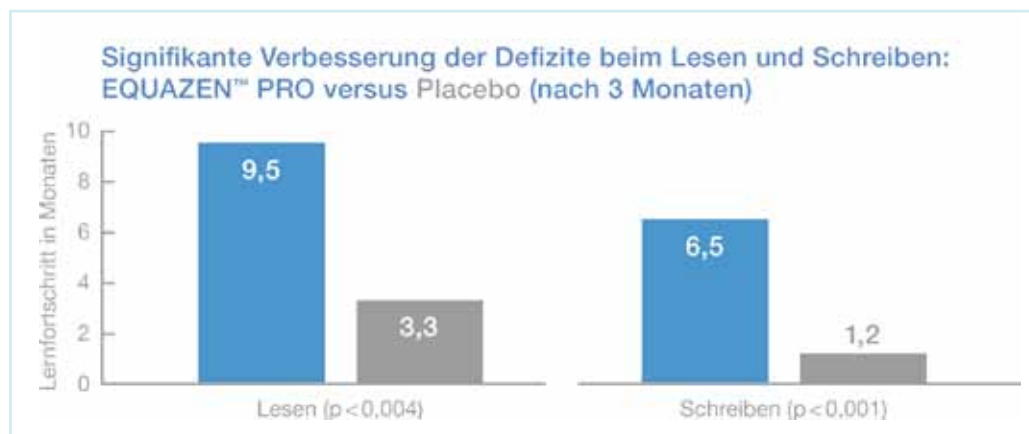
Die wohl bekannteste Studie in diesem Zusammenhang ist die Oxford-Durham-Studie, bei der 117 Kinder im Alter von 5 bis 12 Jahren mit einem Entwicklungsrückstand bezüglich der Lese/Schreibfähigkeit von etwa einem Jahr hinsichtlich ihrer Motorik, Lese- und Schreibfähigkeit nach 3 und 6 Monaten untersucht wurden.

Die Wirkung war hoch überzeugend. Kritzeleihaftes Schriftbild wurde plötzlich lesbar (siehe Abbildungen unten).

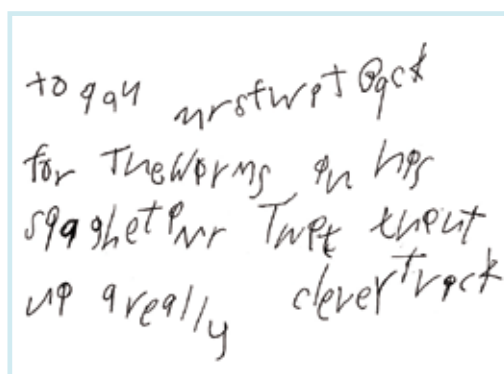
In 11 der 13 ADHS-Skalen gab es signifikante Verbesserungen, die sich auch nach dem Cross-Over in der Placebogruppe zeigten.

Diese Daten lassen folgende Schlussfolgerung zu:

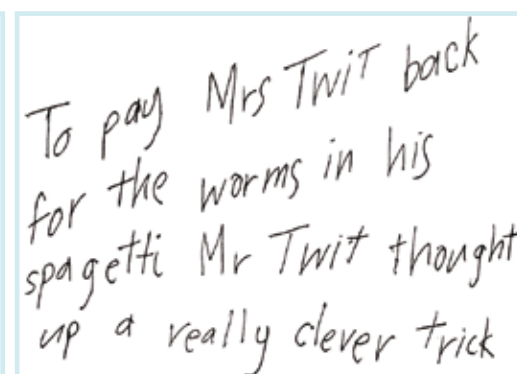
- Veränderungen der Fettsäurezufuhr zeigen eine/n Mangel/Imbalance von Omega-3/Omega-6-Fettsäuren in der Bevölkerung.
- Omega-3- & Omega-6-Imbalancen sind mit der „Western Diet“ häufig geworden und damit die damit assoziierten Probleme.
- Bei Kindern mit neurokognitiven Störungen – ADHS, Dyslexie, Dyspraxie, Autismus etc. – tritt oftmals ein Mangel/eine Imbalance von Omega-3/Omega-6-Fettsäuren auf.
- Kontrollierte, randomisierte doppelblinde Studien zeigen signifikante klinische Verbesserungen durch die Supplementierung mit Omega-Fettsäuren mit einem definierten Verhältnis von EPA zu DHA von 3:1.



Schriftbild vorher



Schriftbild nachher



Intervention mit einem diätetischen Nahrungsmittel

Barbara Birtoli



DDr. Barbara BIRTOLI

Medical Affairs Manager
CHC International
Route de Moncor 10, 1752 Villars-sur-Glâne
Schweiz
Tel.: +41(0)58/851-6111
Fax: +41(0)58/851-6751
barbara.birtoli@viforpharma.com
www.vifor.ch

Besonders, wenn man von Intervention spricht, sollte eine Abgrenzung des diätetischen Lebensmittels zu einem Arzneimittel gesetzt werden.

Das Arzneimittel dient zur Heilung menschlicher Krankheiten. Es sind dies Mittel, die durch pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkung physiologische Funktionen wiederherstellen oder korrigieren.

Diätetische Lebensmittel hingegen sind für die diätetische Behandlung einer definierten Personengruppe und zu einem Ernährungszweck bestimmt. Die Wirkung gegen spezifische Störungen und/oder besondere physiologische Umstände muss klinisch erwiesen sein.

Die potenziellen Ursachen von Aufmerksamkeitsstörungen sind vielschichtig: Familienstruktur, Ernährung, mangelnde Motivation, Leistungsdruck, Genetik oder übermäßiger Medienkonsum sind nur eine kleine Auswahl an solchen Faktoren.

Die Ernährung in den Industriestaaten ist gekennzeichnet durch Zunahme fettiger Ernährung (Fastfood, etc.), Zunahme gesättigter Fettsäuren, Omega-6- und der Trans-Fettsäuren bei gleichzeitiger Abnahme von Omega-3.

Folgende Fehlleistung können daraus resultieren:

- Fehlregulation der Neurotransmission
- 10-60% weniger Serotonin und Serotonintransporter im Frontalhirn
- Abnahme der dopaminergen Neuronen
- Fehlregulierung der präsynaptischen Vesikel-Ausschüttung

All diese Strukturen aber sind wichtig für die Modulation von Aufmerksamkeit, Motivierung und Emotionen.



Folgende Studien haben sich nun konkret mit der Gabe eines bestimmten Präparates und der Bewertung von Unaufmerksamkeit befasst:

- Die bereits erwähnte Oxford-Durham-Studie: Die Kinder bekamen Equazen™ Pro (zwei Kapseln, 3x täglich) oder identisch aussehende Placebo-Kapseln (Olivenöl).
- Richardson et al. publizierten 2005 eine signifikante Verbesserung der Unaufmerksamkeit nach 3-monatiger Einnahme von Equazen™ Pro im Vergleich zu Placebo, sowohl bei Lese- als auch bei Sprechfähigkeit.
- Sinn et al. fanden 2007 eine signifikante Verbesserung der Aufmerksamkeit, der kognitiven Probleme und des ADHS-Index mit Equazen™ Pro.
- Johnson et al. 2009: Signifikant mehr Responder im Unaufmerksamkeit-Subtyp und bei Lese- und Schreibstörungen bei der Einnahme von Equazen™ Pro im Vergleich zu Placebo.

Es soll ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass sämtliche zitierten Studien randomisiert und placebokontrolliert waren. Daraus ergibt sich, dass die definierte Kombination von Omega-3/6-FS in diesen Studien hoch effektiv war.