



Dr. Peter Rosler

Zivilisationskrankheiten

Teil 4: ADHS – Das Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-)Syndrom

Das Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-)Syndrom (AD(H)S) wird immer häufiger diagnostiziert. Noch in den 1990-er Jahren war Hyperaktivität das einzige sichere Leitsymptom. Da man heute Formen mit und ohne Hyperaktivität kennt, hat sich das Geschlechterverhältnis Jungen : Mädchen von 9:1 auf 3:1 verringert. Dabei tritt die Erkrankung nicht häufiger auf als früher, sondern lediglich verstärkt und offensichtlicher. Durch fortschreitende Vernetzung der Gesellschaft und der damit verbundenen Reizüberflutung durch ein Überangebot an Information, Kommunikation und medialen Reizen (TV, Computer, Handy), durch zunehmende Komplexität im Privat- und Berufsleben und durch oftmals anzutreffende Strukturlosigkeit in Familie, Beruf und Gesellschaft wird es für Betroffene heute schwieriger, ihr Leben zu gestalten. Infolgedessen gibt es auch immer mehr Behandlungsbedürftige.

Inzidenz

Heute sind durchschnittlich ca. 6 % aller Schulkinder in Deutschland (d. h. ein Kind pro Klasse!) und 1,3 bis 4,7 % der Erwachsenen von AD(H)S betroffen. 30 bis 70 % der AD(H)S-Jugendlichen behalten die Störung im Erwachsenenalter bei.

AD(H)S im Erwachsenenalter ist seit 1995 bekannt und wird seit 2003 auch in Deutschland als Erkrankung anerkannt.

Definition

AD(H)S (= Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-)Syndrom) ist die Abkürzung für eine Diagnose, welche durch bereits im Kindesalter beginnende psychische Störungen mit erheblicher Störung der Impulskontrolle und der emotionalen Regulation sowie fakultativ mit motorischer Hyperaktivität bzw. Unruhe gekennzeichnet ist. Diese Störungen führen bereits ab dem Grundschulalter zu maßgeblichen Problemen bei der Entwicklung sozialer, schulischer und beruflicher Anpassung und gehen mit persönlichem Leidensdruck einher. Vor allem eine unbehandelte AD(H)S-Erkrankung führt zu Problemverhalten in Schule, Familie und Freizeit. Die Entwicklung weiterer psychischer Störungen ist häufig.

Ursachen

Nach derzeitigem Forschungsstand wird AD(H)S durch Zusammenwirken mehrerer Faktoren verursacht. Bei ca. 50 % der Betroffenen findet sich eine genetisch bedingte Anomalität der neuronalen Signalverarbeitung im Gehirn mit mangelhafter Durchblutung bestimmter Hirnareale, in deren Folge Botenstoffe für die Erregungsübertragung (Dopa-

min, Noradrenalin, Serotonin) unzureichend ausgeschüttet und / oder zu schnell abgebaut werden. Der Nachweis dieser Störung ist mittels MRT oder nuklearmedizinisch möglich (nicht jedoch in der Routinediagnostik!). Möglicherweise sind die messbaren Vorgänge im Gehirn nicht Ursache, sondern Folge psychischer Prozesse. Man nimmt an, dass AD(H)S z. T. vererbt, eventuell auch pränatal (in der Schwangerschaft) erworben wird. Geschwister erkranken drei- bis fünfmal so häufig an AD(H)S wie Nicht-Geschwister. In ca. 18 % der Fälle sind auch die biologischen Eltern erkrankt. Betroffen sind insbesondere Regelkreise für Regulation bzw. Zusammenwirken von Motivation, Kognition, Emotion und Bewegungsverhalten. Frontalhirn und Striatum (ein Teil der Basalganglien) spielen bei diesen Regelkreisen eine bedeutende Rolle (= Striatofrontale Dysfunktion).

Bislang gibt es keinen eindeutigen Beleg dafür, dass psychosoziale Bedingungen primär für das Entstehen des AD(H)S sind.

Zur Ausprägung der Störung im Entwicklungsverlauf tragen sie jedoch bei, d. h. die Entwicklung des Krankheitsbildes hängt wesentlich davon ab, in welchem Alter die Erkrankung diagnostiziert wird und wie das Umfeld (Familie, Schule, ...) bis zum Zeitpunkt der Diagnose reagiert hat.

Weitere Ursachen sind einseitige Ernährung, Umweltbelastungen, Mangel an Mikronährstoffen sowie Nahrungsmittelunverträglichkeiten / -allergien.

Klinische Diagnostik

Eine AD(H)S-Diagnose wird immer unter Ausschluss anderer Ursachen sowie über eine

Summe von Einzelbeobachtungen über einen längeren Zeitraum gestellt.

AD(H)S lässt sich nicht durch Blutuntersuchungen, EEG oder andere medizinische bzw. psychologische Tests nachweisen. Es gibt leider keinen beweisenden Test für oder gegen die Diagnose AD(H)S.

Die klinische Diagnose sollte nur durch einen kompetenten Therapeuten (meist Kinder- und Jugendpsychiater oder Kinderarzt) gestellt werden, da differenzialdiagnostisch Schizophrenie o. a. Psychosen, Epilepsie (EEG), Funktionsstörungen der Schilddrüse, Neurosen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen sowie ein IQ < 50 abgegrenzt werden müssen. Komorbiditäten und Folgeerkrankungen wie Störungen des Sozialverhaltens, Ess-, Angst- und Schlafstörungen, Legastenie, Dyskalkulie, Hörstörungen, Einnässen, Lichtüberempfindlichkeit, Sucht, zwanghafte Persönlichkeitsstörungen oder Bipolare Störung sind dabei zu berücksichtigen.

Voraussetzungen für die Diagnose AD(H)S sind:

- die Symptome bestehen seit mindestens sechs Monaten,
- die Symptome sind erstmals vor dem 7. Lebensjahr aufgetreten und
- sie beeinträchtigen das tägliche Leben der betroffenen Person deutlich.

AD(H)S tritt in verschiedenen Erscheinungsbildern auf:

- vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ (geringe Aufmerksamkeitsstörung),
- vorwiegend unaufmerksamer, verträumter und ruhiger Typ (oft Mädchen; geringe Hyperaktivität und Impulsivität, hypoaktiv)
- kombinierter Typ (häufigste Erscheinungsform mit allen drei Kernsymptomen)

Die AD(H)S-Diagnose-Kriterien nach dem amerikanischen Klassifikationssystem DSM-IV sind als Kriterien der Unaufmerksamkeit bei Kindern:

- viele Flüchtigkeitsfehler,
- große Probleme mit der Daueraufmerksamkeit,



- scheint häufig nicht zuzuhören,
- bringt Sachen oft nicht zu Ende,
- hat häufig Probleme mit der Selbstorganisation,
- hat große Abneigung und Widerwillen, sich länger geistig anzustrengen,
- häufiges Verlieren und Verlegen,
- ist oft durch äußere Reize ablenkbar,
- ist im Alltag übermäßig vergesslich.

Kriterien der Hyperaktivität und Impulsivität sind für die Diagnose fakultativ:

- ständige Unruhe und Zappeln mit Händen und Füßen,
- häufiges Aufstehen / Unfähigkeit, sitzen zu bleiben / häufiges, unangepasstes Herumspringen,
- große Schwierigkeit, ruhig zu spielen / „innerlich wie von einem Motor angetrieben“,
- übermäßiges Reden / antwortet oft, bevor die Frage gestellt wurde / kann fast immer nur schwer abwarten, bis er an der Reihe ist
- häufiges Stören und Unterbrechen anderer.

Beim Erwachsenen werden die persistierenden Grundsymptome der AD(H)S mit fortschreitendem Alter immer mehr durch reaktive oder begleitende psychische Störungen verdeckt – und das sehr variantenreich. Eine Diagnostik beim Erwachsenen sollte nur durchgeführt werden, wenn sich hieraus auch weiterführende Auswirkungen auf den Betroffenen oder seine Angehörigen ergeben.

Labordiagnostik

Eine ganzheitlich-naturheilkundliche AD(H)S-Labordiagnostik besteht aus der systematischen Suche möglicher Ursachen beim Einzelnen und umfasst folgende Themen:

Kryptopyrrolurie

Oft ist AD(H)S vergesellschaftet mit einer Kryptopyrrolurie (KPU), einer Form der Porphyrinurie, bei der anfallende Pyrrole in Form von Hämopyrrolaktam-Zinkchelate (Komplex von Pyrrol und Pyridoxin-5-Phosphat, der aktiven Form von Vitamin B6) mit dem Urin ausgeschieden werden. Physiologisch werden Pyrrole an Gallensäuren gebunden im Stuhl ausgeschieden. Überhöhte Pyrrolurie signalisiert den Enzymdefekt mit vermehrtem Anfall der Pyrrol-Metaboliten (Kryptopyrrol, Urobilinogen und urobilinoide Pigmente). Ursache ist eine genetische Besonderheit bei ca. 10 % der Bevölkerung. Folge der Kryptopyrrolurie ist ein Mangel an Vitamin B6, Zink und ggf. Mangan, welche an vielen Stoffwechselprozessen (Immunsystem, Glukose- und Eiweißstoffwechsel, ZNS, Sexualhormone, Haut, Haare, Nägel) beteiligt sind. Daraus ergeben sich zahlreiche mögliche, meist chronische Symptome, welche die Diagnose erschweren und oft Fehlbehandlungen nach sich ziehen. Typisch ist, dass physischer und psychischer Stress, bestimmte Medikamente, Fasten, Krankheiten, Alkohol, Drogen oder Schadstoffbelastungen die Symptome, wie Müdigkeit, Erschöpfung, Gelenksbeschwerden, Verdauungsstörungen, gestörte Darmflora, Hautprobleme, dünnes Haar, Zahnprobleme, Migräne, Sonnenbrandneigung, Kopfschmerzen, Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeit, Kreislaufschwäche, Blutdruckprobleme verschlimmern. Symptome bei Kindern sind zusätzlich häufige Erkrankungen, Mittelohrentzündungen, Muskelschwäche, Konzentrationsschwierigkeiten und schlechte Noten). Die Diagnose wird mittels Urintest auf Kryptopyrrol gestellt.

Histaminurie

Auch die Histaminurie (= Vorkommen von Methylhistamin im Urin) lässt sich mittels Urintest diagnostizieren. Sie ist das Ergebnis übermäßiger Bildung von Histaminliberatoren (histaminhaltige Nahrungsmittel, Medikamente, Stress) oder verminderten Abbaus von Histaminasen (Mangel an MAO / DAO).

Histaminurie findet sich bei Typ-I-Allergien, aber auch bei nicht-immunologisch ausgelösten

Mastzelldegranulationen durch Nahrungsmittel-Inhaltsstoffe („Pseudoallergie“, Nahrungsmittelunverträglichkeiten bei Rotwein, Hartkäse, Meeresfrüchte, Schweinefleisch, Sauerkraut, Apfelwein, E-Ziffern und vor allem Glutamat) sowie Stress. Auch Schadstoffe (Schwermetalle, Organochlorpestizide) können zu einer direkten Mastzelldegranulation und damit einem erhöhten Histaminspiegel führen.

Bei einem Mangel an Histaminase (Mono- bzw. Di-Aminooxidasen, MAO und DAO) oder N-Methyltransferase kommt es durch verzögerten Histaminabbau, auch unabhängig von verstärkter Freisetzung, zu erhöhten Histaminspiegeln im Blut oder Darm. Alkohol und Tabakrauch können den enzymatischen Histaminabbau ebenso verzögern.

AD(H)S ist eines der vielfältigen Symptome eines Histaminüberschusses.

Serotoninurie

Die bei AD(H)S unzureichend ausgeschütteten und / oder zu schnell abgebauten Neurotransmitter Dopamin, Noradrenalin und Serotonin lassen sich nicht direkt im ZNS messen. Die Serotonin-Werte im Urin von AD(H)S-Patienten unterscheiden sich von denen gesunder Menschen. Ein erhöhter Serotonin-Gehalt im Urin kann auf AD(H)S hinweisen, aber auch ein Zeichen einer Nahrungsmittelallergie / -unverträglichkeit sein.

Weitere Labordiagnostik bei AD(H)S

- Schwermetalle im Urin (Blei, Quecksilber Amalgambelastung)
- Übersäuerung (Azidourie, Urintest nach Sander)
- sowie ergänzend Stuhl Diagnostik (ggf. Darm-sanierung)
- Blutdiagnostik (Mikronährstoffe, Neurotransmitter, Allergie) mit entsprechender

Urin-Befund	Befund	Norm	Auslegung	Graphik
Kryptopyrrol	28 µg/dl	< 15 µg/dl	vermehrt	
Serotonin	148 ng/ml	50-250 ng/ml	Normbereich	
Methyl-Histamin	1945 ng/g	0-250	vermehrt	
Blei	2,1 µg/l	0-50	Normbereich	
Quecksilber	8,9 µg/l	0,5-5,0	vermehrt	

Abb. 1: Demo-Befund AD(H)S



**Dr. med. vet.
Peter Rosler**

widmete sich von Anfang an der Mikrobiologie. 1988 kam er in Kontakt mit der Complementärmedizin. Diese Kenntnisse nutzend gründete er 1994 Vitatest Medizinische Labordiagnostik in Wildflecken/Rhön. Kontinuierlich ergänzte er die zur Damsanierung nötige Stuhl Diagnostik mit spezieller Blutdiagnostik (wie IgE- und IgG-Allergie, Präventivmedizin) sowie spezieller Urindiagnostik für Ausleitung und Entgiftung (wie Leaky-Gut, Übersäuerung und ADHS).

Kontakt:
D-97772 Wildflecken
Tel.: 09745 / 91910
info@vitatest.de

Empfehlung für eine individuelle Eliminationsdiät sowie Substitution und

- Haarmineralanalyse (Umweltbelastung).

Therapeutische Ansätze

Kausale Therapie

- **bei Kryptopyrrolurie:** Ein Mangel an Vitamin B6, Zink und eventuell Mangan kann hier nicht allein über die Ernährung ausgeglichen werden und sollte entsprechend substituiert werden.
- **bei Histaminurie:** Vermeiden von Industriekost, Stress, von bekannten Allergenen, Ernährungstagebuch, Oligo-Antigen-Diät
- **bei Übersäuerung:** Vermeiden von Säurebildnern, ausgeglichene Basenkost

- **bei Schwermetallbelastung:** Ausleitung, Zahnsanierung

Schulmedizinische Therapie

Hier wird bisher die Medikation mit Methylphenidaten wie z. B. „Ritalin“, „Medikinet“, „Concerta“ als „am erfolgreichsten“ propagiert.

Ganzheitliche Therapiemethoden

Das Neurofeedback oder auch die EEG-Biofeedback-Behandlung ist ein EEG- und computergestütztes Konzentrationstraining, das inzwischen auch in Deutschland von zahlreichen Praxen angeboten wird. Die klinischen Ergebnisse dieses Ansatzes sind vergleichbar mit den Effekten der Methylphenidat-Medikation.

Auch Verhaltenstherapie mit Elternteraining (feste Regeln und Strukturen) zur Verbesserung der Selbststeuerung und zur Stärkung des Selbstwertgefühls der Kinder zeigt gute Resultate.

Allgemeine Therapieoptionen

Eine Ernährungsumstellung oder der Einsatz von passenden Nahrungsergänzungen vervollständigen den ganzheitlichen Ansatz je nach individuellen Gegebenheiten. Die Versorgung mit Mikronährstoffen, insbesondere mit Omega-3-Fettsäuren (hochwertige Öle, Fisch, Samen und Nüsse), Magnesium (frisches Obst, Gemüse), Zink, B-Vitaminen und Vitamin C sowie serotoninhaltigen Nahrungsmitteln (Walnuss, Banane, Ananas, Avocado, Tomate, Pflaume) und tryptophanreichen Speisen – Serotonin wird aus der Aminosäure Tryptophan gebildet – (Cashew-Nuss, Rindfleisch, Sonnenblumenkern, Thunfisch, Huhn, Ei, Wei-

zenkleie, Hafer und vor allem Käse) tragen zur deutlichen Verbesserung des klinischen Bildes bei.

Fazit

Die besten Erfolge bei der Behandlung des AD(H)S werden bei Kombination verschiedener therapeutischer Maßnahmen erzielt. Sollte die Labordiagnostik Spuren ergeben, steht die kausale Therapie im Vordergrund, ergänzt durch: Psychotherapie (Verhaltenstherapie, Familientherapie), Lerntherapie, Neurofeedback-Training, Medikation mit Psychostimulanzien, Ernährungsumstellung sowie Substitution von Vitaminen und Mineralstoffen.

Auf die umstrittene Behandlung mit Stimulanzien (Methylphenidat, Amphetamine, Atomoxetin, u. a.) ist oft zu verzichten. Bei mittleren und schweren Fällen ist sie jedoch manchmal Voraussetzung für weitere therapeutische Arbeit sowie auch den Einsatz alternativmedizinischer Behandlungsverfahren.

Der Beitrag wird in CO'MED fortgesetzt.



Literaturhinweise

Rosler: Zivilisationskrankheiten. CO'MED Fachmagazin 2008; 7:99-101 (1), 8:102-04 (2), 9:102-104 (3)