

Das Syndrom AD(H)S
und Möglichkeiten einer homöopathischen Behandlung
mit der Bönninghausen-Methode
nach Heiner Frei

Silke Klitschke, November 2007

Inhaltsverzeichnis

1.) Medizinische Grundlagen des AD(H)S

1.1 Definition des AD(H)S

1.2 Ursachen

1.2.1 Dopaminmangel-Modell

1.2.2 Stärkere Ausbildung des dopaminergen Systems (Hüther-Studie)

1.2.3 Eigene Gedanken zu den Erklärungsmodellen

1.3 Diagnose

2.) Behandlungsmöglichkeiten

2.1 Pädagogisch-therapeutische Maßnahmen

2.2 Medikamentöse Behandlung

2.2.1 Methylphenidat (Ritalin)

2.2.2 Homöopathie

2.3 Andere Therapien

3.) Die homöopathische Behandlung des AD(H)S mit der Bönninghausen-Methode nach Heiner Frei

3.1 Probleme der konventionellen homöopathischen Behandlung von AD(H)S-Kindern

3.2 Ein neues systematisches Therapiekonzept zur AD(H)S-Behandlung

3.2.1 Identifikation unzuverlässiger Symptome

3.2.2 Die Bedeutung pathognomonischer Symptome

3.2.3 Gewichtung der Symptome nach Bönninghausen

3.2.4 Polaritätsanalyse

3.2.5 Optimierung der Dosierung mit Q-Potenzen und Dosierungsanweisungen

3.2.6 Verlaufsbeurteilung und Verlaufsprobleme

3.3 Material für die Praxis

4.) Eigene Erfahrungen mit der Mittelwahl durch diese Methode

4.1 Mädchen, 11 Jahre

4.2 Eigene Einschätzung der Methode

5.) Literaturverzeichnis

1.) Medizinische Grundlagen des AD(H)S

1.1. Definition des AD(H)S

Von AD(H)S spricht man, wenn eine Kombination von *Aufmerksamkeitsstörungen* und *Hyperaktivitäts-/Impulsivitätssymptomen* auftritt. Diesen erkennbaren Symptomen liegen als eigentliche Ursache Veränderungen im Bereich der Wahrnehmung (Sehen, Hören, Tastsinn, Gleichgewicht, Tiefensensibilität, Geruchsinn, Geschmack) gegenüber dem als „gesund“ bezeichneten Durchschnitt zugrunde. Die Veränderung liegt nicht im Bereich der peripheren Sinnesorgane, also der primären Reizaufnahme, sondern in der Verarbeitung der Sinnesreize im Gehirn. Dabei ist sowohl möglich, dass die Reize mangelhaft verarbeitet werden (ungenügende Koordination beider Hirnhälften) oder dass die Reize zu wenig selektiert werden. In letzterem Fall führt das zu einer Reizüberflutung. Für den Menschen (neben Kindern sind zum Teil auch Erwachsene betroffen) ist es somit schwierig, seine Reaktionen auf die betreffenden Sinnesreize anzupassen. Daraus entstehen die Folgeprobleme Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung, die dann zu einer Diagnose AD(H)S führen können.

1.2. Ursachen

Es gibt für die Entstehung des AD(H)S sehr unterschiedliche Erklärungsansätze. Im allgemeinen werden zumindest die folgenden Einflussfaktoren entweder als Ursache oder als auslösender/verstärkender Faktor diskutiert. Dabei hat die Liste keinen Anspruch auf Vollständigkeit:

- Genetische Faktoren: häufig leidet ein Elternteil oder andere Mitglieder der nahen Verwandtschaft ebenfalls an einem ADS.
- Prä- und perinatale Probleme: Sauerstoffmangel, Zangen- oder Saugglockengeburt, Frühgeburt, Intensivbehandlung, Noxen (intrauterine Infektionen und Mangelernährung, Medikamente, Drogen),etc.
- Status nach Schädel-Hirn-Trauma
- Status nach Entzündungen des Zentralnervensystems
- Unterernährung bei Säuglingen (Entwicklungsländer)
- Nikotin- und Alkoholabusus der Mutter in der Schwangerschaft
- Chronische Schwermetallvergiftungen (Blei, Quecksilber, etc.),
- Allergische Faktoren (Phosphate, Zucker, Konservierungsmittel, etc.)
- Strahlungen, Umweltreize (Fernsehen, Computer, etc.)

Wie in 1.1 beschrieben liegt das auf körperlicher Ebene zentrale Thema in der Reizverarbeitung im Gehirn. Es hat sich also herausgestellt, dass die Verarbeitung von Reizen anders verläuft als das, was als „normal“ bezeichnet wird. Mit dieser veränderten Reizverarbeitung gehen auch veränderte chemische/elektrische Prozesse im Gehirn einher. „Im Vordergrund der wissenschaftlichen Diskussion steht derzeit die Vermutung, dass ADHS durch eine neurochemische Störung unterschiedlicher Transmittersysteme hervorgerufen wird“ (3). Dabei wird hauptsächlich das dopaminerge System diskutiert, zum Teil auch das Serotonin-System. Auch wenn die tatsächlichen Abläufe wahrscheinlich noch komplexer sind, sollen hier zwei

unterschiedliche Erklärungsmodelle aufgezeigt werden.

1.2.1 Dopaminmangel-Modell

Dopamin ist ein Neurotransmitter, d.h. das ist ein Stoff, der hilft, dass ein Reiz von einer Nervenzelle zur nächsten transportiert wird, da die Nervenzellen an den Enden sich nicht direkt berühren. Es gibt die Hypothese, dass „durch eine erhöhte Dichte präsynaptischer Wiederaufnahmerezeptoren (DAT=Dopamintransporter) eine relative postsynaptische Dopamin-Armut entsteht“ (3). Diese Veränderung wird häufig genetisch erklärt. Die daraus folgende Therapie lautet „Methylphenidat“ oder andere ähnliche Psychopharmaka. Methylphenidat (Ritalin) stimuliert die Freisetzung von Dopamin und hemmt die Wiederaufnahme.

1.2.2 Stärkere Ausbildung des dopaminergen Systems (Hüther-Studie)

Prof. Dr. rer.nat. Dr.med.habil. Gerald Hüther ist Leiter der Abt. für neurobiologische Grundlagenforschung an der Universität Göttingen. Die von ihm betreute und nach ihm benannte Studie interpretiert und beleuchtet das Hirnwachstum in Wechselwirkung mit Umweltgegebenheiten („Nutzungsbedingungen“) speziell bei Kindern (2).

Grundsätzlich wird hier die Frage gestellt, ob die chemisch/elektrischen Veränderungen schon in frühem Kleinkindalter vorhanden sind oder sich erst entwickeln. Untersuchungen werden ja erst in späterem Alter getan. Es ist mittlerweile bekannt, dass die neuronalen Verbindungen im Gehirn durch individuell vorgefundene Nutzungsbedingungen sich stabilisieren und dass durch veränderte Nutzungsbedingungen große Reorganisationsprozesse möglich sind. Dabei ist das noch unausgereifte Gehirn natürlich noch viel leichter „bahnbar“ als ein bereits ausgereiftes Gehirn. Die sehr frühe Entwicklung hat also einen besonders großen Einfluss. Das bedeutet, dass sich diese Hirnanomalien möglicherweise durch eine bestimmte Nutzung des Gehirns erst bilden. Forscher haben erkannt, dass es sehr wohl eine Veränderung im dopaminergen System gibt, die aber hier ganz anders erklärt wird. Hier wird von einer stärkeren Ausbildung des dopaminergen Systems/ stärkere Innervierung gesprochen.

Nach diesen Interpretationen entwickelt sich der Weg von einem aufgeweckten, lebhaften Kind zum Ritalinkind folgendermaßen:

Hier wird davon ausgegangen, dass es Kinder gibt, die bereits als Neugeborene und während ihrer Kleinkindphase erheblich wacher, aufgeweckter, neugieriger und leichter stimulierbar sind als andere. Warum das so ist, kann zunächst offen bleiben. Vererbbarkeit ist dabei durchaus denkbar. Wichtiger als diese mitgebrachte, besondere Begabung ist das, was das Kind im weiteren Verlauf seiner Entwicklung während der ersten Lebensjahre daraus macht bzw. machen muss. Die weitere Ausreifung des dopaminergen Systems hängt von seiner Nutzung ab. D.h. je mehr Reize auf das Kind einwirken, umso mehr entwickelt sich dieses System. So lässt sich ein solches Kind auch immer leichter durch Reize stimulieren, wird leichter ablenkbar, kann sich schlechter konzentrieren. Ein Teufelskreis entsteht. Das Kind bekommt Schwierigkeiten, seinen überaus starken Antrieb zu kontrollieren, muss zappeln, neues entdecken . . . Es wird zur Belastung für sein Umfeld und es entsteht dadurch psychosozialer Stress, der wiederum dazu führt, dass bestimmte Hormone, Transmitter etc. ausgeschüttet werden, die in

die gleiche Richtung wirken. Wenn sich irgendwann keiner mehr zu helfen weiß, wird Ritalin verordnet. (Weiteres zur Ritalinwirkung unter 2.2.1)

1.2.3 Eigene Gedanken zu den Erklärungsmodellen

An diesen Forschungen ist ersichtlich, dass Theorien gebildet und wieder verworfen werden. Letztendlich ist bisher immer noch nicht wirklich klar, was sich bei diesen Kindern/Menschen auf den verschiedensten Ebenen abspielt. „Da sich ADHS nicht mit einer umschriebenen, selektiven Störung eines Transmittersystems erklären lässt, postuliert man ein unausgewogenes Verhältnis im gesamten Neurotransmitterhaushalt (3).“ Umso vorsichtiger sollten wir meiner Meinung nach mit einer medikamentösen Therapie umgehen, die einseitig in diesen Haushalt eingreift.

Wie auch immer der Neurotransmitterhaushalt im einzelnen abläuft, interessant ist in jedem Fall der Gedanke der Beeinflussbarkeit. Ein entsprechend veranlagtes Kind muss nicht in ein manifestes ADS verfallen, wenn sehr früh darauf geachtet wird, das Kind nicht mit Reizen zu überfluten.

1.3. Diagnose

Um die Diagnose stellen zu können, wird von der WHO ein Beginn der Problematik vor dem 6. Lebensjahr und eine Dauer derselben von mindestens 6 Monaten gefordert. Die Diagnosestellung ist grundsätzlich schwierig, da immer zunächst andere Störungen wie z.B. eine schulische Überforderung, Sozialisationsstörungen, spezifische Lernstörungen und Entwicklungsrückstände oder auch Verhaltensauffälligkeiten infolge familiärer Probleme usw. ausgeschlossen werden müssen. Es sollte vor der Diagnosestellung zumindest eine eingehende neurologische und neuropsychologische Abklärung mit entsprechenden Testuntersuchungen erfolgen. Als Testfragebogen eignet sich laut H. Frei der Conners Global Index, der gleichzeitig auch den Erfolg der Behandlung anzeigen kann.

AD(H)S ist grundsätzlich eine Ausschlussdiagnose, sodaß je nach Verdacht noch weitere Untersuchungen durchgeführt werden sollten. Bei Verdacht auf epilepsieartige Anfälle z.B. ein Elektroenzephalogramm (EEG), bei Stoffwechselkrankheiten Laboruntersuchungen und toxikologische Tests. Pathologische Befunde sind hier allerdings selten.

Es sieht so aus, als ob diese Diagnose auch immer wieder sehr schnell gestellt wird. Sowohl Eltern als auch Therapeuten, die mit diesen Kindern arbeiten, berichten von Diagnosen, die nicht gründlich abgeklärt sind und in sehr kurzem Zeitraum (z.B. lediglich ein schulähnlicher Test innerhalb von 2 Stunden) durchgeführt werden. Die Diagnosestellen, z.B. sozial-pädiatrische Zentren, Kinderärzte, Kliniken etc. sind z.T. auf diesem Gebiet über längeren Zeitraum ausgebucht und auch überlastet, Die Diagnose sollte ruhig kritisch hinterfragt werden.

Diagnosekriterien für das AD(H)S sind durch die WHO im ICD-10 (International classification of diseases) und durch die American Psychiatric Association im DSM-IV (Diagnostic and

statistical manual of mental disorders) festgelegt.

Hyperkinetische Störungen nach ICD-10:

Die Formulierungen im ICD-10 (World Health Organisation: International Classification of Diseases, 10. Revision. Geneva: World Health Organisation; 1990) sind sehr präzise.

„Die Leitsymptome Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität werden beide gefordert und müssen in mehr als nur einer Situation auftreten. Nicht obligatorisch sind Begleitstörungen wie Distanzlosigkeit, Unbekümmertheit in gefährlichen Situationen und dissoziales Verhalten. Die Verhaltensprobleme müssen vor dem 6. Lebensjahr aufgetreten und von längerer Dauer sein.

A) In Bezug auf Alter und Entwicklungsstand nachweisbare Abnormität von Aufmerksamkeit und Aktivität zu Hause, die durch mindestens drei der nachstehenden Aufmerksamkeitschwierigkeiten gekennzeichnet sind:

- Kurze Dauer der spontanen Aktivitäten.
- Mangelnde Ausdauer beim Spielen.
- Überhäufiges Wechseln zwischen verschiedenen Aktivitäten.
- Stark beeinträchtigte Ausdauer bei der Bewältigung von Aufgaben, die von Erwachsenen gestellt werden.
- Ungewöhnlich hohe Ablenkbarkeit bei schulischen Arbeiten wie Hausaufgaben oder Lesen.
- Ständige motorische Unruhe (Rennen, Hüpfen).
- Ausgeprägte Zappeligkeit und Bewegungsunruhe während spontaner Beschäftigungen.
- Ausgeprägte Aktivität in Situationen, die eine relative Ruhe verlangen (Mahlzeiten, Reisen, Besuche, . . .)
- Schwierigkeiten, sitzen zu bleiben, wenn es verlangt wird.

B) In Bezug auf Alter und Entwicklungsstand nachweisbare Abnormität von Aufmerksamkeit und Aktivität in der Schule oder im Kindergarten, die durch mindestens drei der nachstehenden Aufmerksamkeitschwierigkeiten gekennzeichnet sind:

- Außergewöhnlich geringe Ausdauer bei der Bewältigung von Aufgaben
- Außergewöhnlich hohe Ablenkbarkeit, d.h. häufiges Zuwenden zu externen Stimuli.
- Überhäufiger Wechsel zwischen verschiedenen Aktivitäten, wenn mehrere zur Auswahl stehen.
- Extrem kurze Dauer von spielerischen Beschäftigungen.
- Beständige und übermäßige motorische Unruhe in Situationen, in denen freie Aktivität erlaubt ist.
- Bemerkenswert ausgeprägte Zappeligkeit und motorische Unruhe in strukturierten Situationen.
- Extrem viel Nebenaktivitäten bei der Erledigung von Aufgaben.
- Fehlende Fähigkeit, auf dem Stuhl sitzen zu bleiben, wenn es verlangt wird.

C) Direkt beobachtete Abnormität von Aufmerksamkeit oder Aktivität. Diese muss in Anbetracht des Alters und des Entwicklungsstandes sehr ausgeprägt sein. Anzeichen dafür können sein:

- Direkte Beobachtung der Kriterien wie in A oder B geschildert, nicht nur berichtet durch die Eltern oder Lehrer.
- Beobachtung abnormer motorischer Aktivität, unstrukturiertes Arbeitsverhalten oder mangelnder Ausdauer bei Beschäftigung in einer Situation außerhalb vom Zuhause oder der Schule (z.B. in einer Klinik).
- Signifikante Beeinträchtigung in psychomotorischen Tests, die die Aufmerksamkeit prüfen.

D) Kriterien für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, Manie, Depression oder Angststörung werden nicht erfüllt.

E) Beginn der Symptomatik vor dem sechsten Lebensjahr.

F) Dauer der Symptomatik mindestens sechs Monate.

G) IQ über 50 (1).“

Hyperkinetische Störungen nach DSM-IV:

Die DSM-IV-Kriterien sind im Vergleich zur ICD-10-Klassifikation einfacher und etwas weniger präzise, können aber in der praktischen Arbeit ebenfalls gut verwendet werden (DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Im europäischen Raum wird allerdings weitgehend nach den Kriterien des ICD-10 diagnostiziert.

Differentialdiagnose:

- „altersentsprechendes Aktivitätsniveau
- schlecht organisiertes, inadäquates oder emotional belastendes häusliches Umfeld, Mangel an Zuwendung jeglicher Art (Deprivationssyndrom)
- Gilles de la Tourette-Syndrom (plötzliche ticartige Zuckungen v.a. im Gesichtsbereich, Hals, Schultern, Zwangshandlungen; beginnt in der Kindheit)
- Teilleistungsschwächen, Lernstörungen, spezifische Entwicklungsrückstände
- epileptische Psychosyndrome
- Chorea minor Sydenham (tritt nach Streptokokkeninfektion auf, meist zwischen 6. und 13. Lebensjahr, oft in Zusammenhang mit rheumatischem Fieber)
- Sozialisationsstörungen
- Schulische Überforderung
- Erschöpfungszustände im Rahmen somatischer Erkrankungen

- Thyreotoxikose
- affektive Erkrankungen (starke Gefühlsschwankungen)
- Psychosen des Kindesalters
- Zerebrale Bewegungsstörungen (1)“
- Autismus (4)

2.) Behandlungsmöglichkeiten

Die Behandlung von AD(H)S muss mehrdimensional sein und möglichst früh erfolgen. Wichtig ist dabei eine Wirkung auf die Primärsymptomatik zu erreichen, d.h. auf die Wahrnehmungsstörungen. Ohne das kommt es häufig zu einer pathologischen emotionalen und sozialen Entwicklung. Darauf können dann Entwicklungs-, Lern- und Leistungsstörungen folgen. Wenn die Familie sich sehr früh mit dieser Thematik beschäftigt, kann auch familienintern schon sehr viel gemacht und erreicht werden (siehe Strukturen und Regeln, Vermeidung von Reizüberflutung, Ernährung . . .).

2.1. Pädagogisch-therapeutische Maßnahmen

„Da viele der typischen AD(H)S-Symptome dem Gegenteil von **emotionaler Intelligenz** entsprechen, handelt es sich um das entscheidende therapeutische Ziel!

Die moderne Kinderpsychologie hat mit der Erkenntnis, dass emotionale Intelligenz ein entscheidender Faktor für den Lebenserfolg eines Menschen ist, hier neue Grundlagen geschaffen. Die Kernaussage der Kinderpsychologen lautet: „Je enger ein Kind mit seinen Gefühlen verbunden ist und je besser es andere verstehen und mit ihnen auskommen kann, desto erfolgreicher sieht seine Zukunft aus“. Die Aussage lautet also nicht: „Je besser die akademischen Leistungen eines Kindes sind, umso erfolgreicher sieht seine Zukunft aus“. Der berühmte schweizer Pädagoge Pestalozzi forderte schon vor 200 Jahren, dass die Bildung eines Menschen „Kopf, Herz und Hand“ umfassen müsse.“ (1)

Emotionale Intelligenz:

„Die emotionale Intelligenz wurde von den amerikanischen Psychologen Daniel Goleman und der englischen Psychotherapeutin France Wilkes aus sechs persönlichen und sozialen emotionalen Fähigkeiten bestehend definiert. Es sind dies: Selbstwahrnehmung, Selbstregulierung, Selbstmotivation, Empathie, Umgang mit Beziehungen und das Verwandeln von Emotionen.

Selbstwahrnehmung: Dank dieser für die Selbsterkenntnis bedeutsamen persönlichen Fähigkeit können wir unsere Gefühle gleich bei ihrem Auftreten erkennen, sie richtig benennen, und wir schieben sie, falls sie unangenehm sind, nicht beiseite. Ohne diesen ersten Schritt lassen sich zerstörerische Gefühle nicht überwinden.

Selbstregulierung: Damit bezeichnen die Psychologen die Fähigkeit, die eigene emotionale Befindlichkeit selbst zu steuern. Dies bedeutet zum Beispiel, mit unangenehmen Gefühlen wie etwa Ärger, Wut oder Eifersucht so umgehen zu können, dass sie uns in unseren Tätigkeiten

nicht stören. Die Fähigkeit zur Selbstregulierung bedeutet auch, sich in schwierigen Situationen gezielt aufmuntern und beruhigen zu können und sich so von belastenden Ereignissen gut zu erholen.

Selbstmotivation: Mit Selbstmotivation ist ein Umsetzen der Emotionen in die Tat gemeint. Wer die Fähigkeit des sich selbst Motivierens beherrscht, versteht es, die in den Emotionen innewohnenden Kräfte positiv zu nutzen und seinen Leistungsdrang zu fördern, indem er seine Vorlieben dazu benutzt, sich auf dem Weg zum Ziel zu verbessern.

Empathie: Das Einfühlungsvermögen ist eine wichtige Voraussetzung für jede Form zwischenmenschlicher Beziehung. Wer empathisch ist, vermag sich in die Lage anderer zu versetzen, zu spüren, was sie empfinden, ihre Gedanken, Motive und Gefühle zu verstehen.

Umgang mit Beziehungen: Das Verständnis für die eigenen Emotionen und diejenigen anderer sowie eine gewisse Kompromissbereitschaft befähigen, konstruktiver mit den eigenen Gefühlen und denjenigen anderer umzugehen und somit tragfähigere Beziehungen aufzubauen.

Emotionen verwandeln: Negative Gefühle sollen nicht einfach ausgelebt werden, sondern zu bedeutsamen Veränderungen bei uns selbst, aber auch bei anderen führen. Denn jedes negative Gefühl hat seine Gegenseite, die uns zu Ausgleich und Wandel anspornt.

Das anspruchsvolle Ziel emotional intelligenten Verhaltens kann in erster Linie durch das Vorbild der Eltern und Lehrer erreicht werden (1).“ Es gibt die Meinung „Therapiert euch selbst, lasst die Kinder in Ruhe“. Bis zu einem gewissen Grad ist da sicher einiges erreichbar. Dennoch brauchen auch diese Kinder Hilfe. Zusätzlich kann dann eine homöopathische Behandlung dem hyperaktiven Kind helfen, seine Gefühle besser zu kontrollieren und mit ihnen konstruktiver umzugehen.

Strukturen und Regeln

Natürlich gelten für hyperaktive Kinder die gleichen Regeln wie für „gesunde Kinder“, doch auf Strukturen und Regeln sollte besonders geachtet werden. Da diese Kinder Schwierigkeiten haben, äußere Reize zu selektionieren, sind sie oft völlig überfordert in unstrukturierten Situationen, in denen viele Stimulie auf sie einwirken. Dementsprechend sollte ihre Umgebung so gestaltet werden, dass sie nicht von belanglosen Dingen abgelenkt werden. Bei Überforderung ist angeraten, dass sich das Kind in einen ruhigen, reizarmen Raum zurückziehen kann, um wieder „Tritt zu fassen“ (Time-out).

Vermeidung von Reizüberflutung

Da diese Kinder sowieso schon leicht stimulierbar sind, ist es Aufgabe der Eltern, dafür zu sorgen, dass das Kind nicht unnötig vielen Reizen ausgesetzt ist. Und das je früher umso besser. Dies ist durch die Gehirnentwicklung, die bei dem Hüthermodell in 1.2.2 beschrieben wurde, nachvollziehbar. Reize sind in dem Fall sowohl Strahlungsreize wie Handy, als auch visuelle und akustische Reize wie bei Fernseher, Computer, Kinderspielzeug mit Piepton oder blinkenden Lämpchen, Gameboy, sämtliche Spielkonsolen . . . Alle diese Dinge können zwar oft nicht ganz vermieden werden, doch sollten sie bei diesen Kindern stark eingeschränkt und auch

überwacht werden. Weitere Reize sind auch chemische Zusatzstoffe in der Nahrung, auch hier sollte geschaut werden, was praktikierbar und vernünftig erscheint. So ist die Natur einer der besten Aufenthaltsorte für diese Kinder. Mittlerweile gibt es immer wieder Naturprojekte, die von kompetenten Erwachsenen geleitet werden. Genauso kann sich die Familie entsprechend einrichten, häufiger in der Natur sein, wovon auch die anderen Familienmitglieder profitieren können.

2.2 Medikamentöse Behandlung

2.2.1 Methylphenidat (Ritalin)

„Ritalin ist ein anderer Name für Methylphenidat. Es ist chemisch mit Amphetaminen verwandt, die eine ähnliche Wirkung wie Koffein haben, jedoch in der Wirkung letzterem noch weit überlegen sind. Ritalin wurde in den 40er Jahren synthetisiert auf der Suche nach einem amphetaminähnlichen Stoff, der die positiven Eigenschaften von Amphetamin besitzt, aber keine Sucht erzeugt. „Mitte der 50er Jahre wurde Ritalin in den USA eingeführt, wo es anfangs auf vielen Gebieten Anwendung fand:

- Narkolepsie
- medikamentös bedingte Benommenheit
- (milde) Depression
- Stimulans für ältere Patienten
- Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern (3).“

„Ritalin ist mittlerweile der medikamentöse Therapiestandard und fällt unter das Betäubungsmittelgesetz. Es verbessert die Konzentrationsfähigkeit und Unruhe des hyperaktiven Kindes erheblich. Trotz der langen Bekanntheit des Ritalins sind aber immer noch Fragen offen, welche die Langzeitentwicklung des Medikaments (z.B. auf die Hirnentwicklung) betreffen. Namenhafte Kinderpsychiater sind deshalb der Meinung, dass Ritalin nur in Notfällen eingesetzt werden soll, wenn alle anderen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind, die Familie das hyperaktive Kind nicht mehr tragen kann, oder in der Schule eine Katastrophe droht.“ (1)

Auf chemischen Weg bewirkt Ritalin eine Erhöhung der Dopaminausschüttung und Hemmung der Wiederaufnahme. Je nachdem, welche Theorie des dopaminergen Systems nun betrachtet wird, kann die Wirkung von Ritalin unterschiedlich interpretiert werden. Bei der Dopaminmangelhypothese schafft Ritalin sozusagen den Ausgleich, damit genügend Reize weitergeleitet werden. Bei dem Hüthermodell ist es genau entgegengesetzt. Ist also das dopaminerge System übermäßig innerviert, führt Ritalin sozusagen zur Entleerung der Dopaminspeicher. „Nach dem kurzen „Kick“, den das Kind womöglich kaum merkt, da es sowieso schon bis zur Grenze des Erträglichen stimuliert ist, kommt die Phase, in der die Speicher leer sind und das Kind für einige Stunden erlebt, wenn ihrem überentwickelten Nervensystem sozusagen die Puste ausgeht. Nach 4-6 Stunden ist dann der Dopaminvorrat wieder rückresorbiert und die Thematik beginnt von Neuem. Zeit für die nächste Pille (2).“ Interessanterweise beschreibt Pennekamp in seinem Kinderepertoire unabhängig von Hüther die Ritalinwirkung mit folgendem Bild: „Wie ein

hypernervöses Rennpferd, dem man ständig die Peitsche gibt und es so lange antreibt, bis es vor Erschöpfung zusammenbricht. Dann ist von der Hypernervosität auch nichts mehr zu spüren, bis es sich wieder erholt hat.“ (5)

Laut Hüther wird behauptet, dass die kontinuierliche Verabreichung von Ritalin dazu führt, dass sich das dopaminerge System auch teilweise wieder rückentwickelt. Wer die Ritalinbehandlung übertreibt bzw. wer Kinder mit Ritalin behandelt, die gar kein überausgebildetes dopaminerges System besitzen, schafft die Grundlage für eine Folgekrankheit, die durch ein unzureichendes dopaminerges System gekennzeichnet ist, nämlich Parkinson-Syndrom. Allerdings gibt es auch hierzu noch keine Studie, sodass das weiterhin eine Behauptung bleibt.

Welcher Theorie wir auch immer Glauben schenken, wirkliche Langzeitstudien existieren noch nicht. Abgesehen davon ist es meiner Meinung nach sowieso äußerst bedenklich, Kinder und Jugendliche in diesem Maße mit einem Psychopharmaka sozusagen routinemäßig zu behandeln.

2.2.2 Homöopathie

Die Homöopathie hat sich als eine alternative medikamentöse Therapie für AD(H)S-Kinder erwiesen. Die Kinder lernen, besser mit den Reizen, denen ihr Nervensystem ausgesetzt ist, umzugehen. Dadurch vermindern sich auch die sekundären Symptome wie Impulsivität, Hyperaktivität und mangelnde Aufmerksamkeit. Machen homöopathisch behandelte Kinder auf lange Sicht angenehmere Wahrnehmungserfahrungen, so besteht die Möglichkeit einer teilweisen Heilung der Wahrnehmungssymptome. Gleichzeitig werden diese Kinder authentischer und leiden nicht unter Nebenwirkungen.

Allerdings ist der durchschnittliche Zeitbedarf bis zu einer optimalen Therapiewirkung mit 5-6 Monaten relativ hoch. Diese Zeit wird benötigt, um das wirklich langfristig passende Mittel herauszufinden. Die Homöopathie eignet sich also nicht für eine Akutbehandlung auf diesem Gebiet in extremen Krisensituationen. Um stabile Besserungen zu erzielen, muss sie als Dauertherapie durchgeführt werden. Vorbedingung ist auch eine optimale Beobachtung der Patientensymptome durch die Eltern, um sich zusätzliche Umwege zu ersparen. (1)

2.3 Andere Therapien

Auch hier können alle Therapien wirkungsvoll sein, die auf die Primärsymptomatik Einfluss haben. Besonders hilfreich scheinen körpertherapeutische Ansätze zu sein. Meiner Information nach gibt es gute Erfolge mit „Sensorischer Integration“, d.h. über bewussten Umgang mit Reizen auf die Sinnesorgane.

3.) Die homöopathische Behandlung des AD(H)S mit der Bönninghausen-Methode nach H.Frei

3.1 Probleme der konventionellen homöopathischen Behandlung von AD(H)S-Kindern

Da hyperaktive Kinder sehr häufig auf körperlicher Ebene recht gesund sind, liegen dem Behandler neben den ohnehin sehr unspezifischen AD(H)S-Symptomen nur wenige weitere Hinweise oder Symptome vor. Dies ist eine große Schwierigkeit in der Wahl des passenden Mittels. So liegt bei „konventioneller homöopathischer Verordnung“ die Trefferquote beim AD(H)S tiefer als bei anderen kindlichen Krankheiten und Störungen. Der Autor und sein Team haben in den 90er Jahren bei 86 hyperaktiven Kindern die Trefferquoten bei einer freien Fallaufnahme und „herkömmlicher Repertorisation“ festgehalten. Als Treffer galt dabei eine subjektive Verbesserung von 50% oder mehr, zwei Monate nach der Vergabe eines Arzneimittels in der Potenzhöhe C200. Dabei war die Trefferquote bei der Erstverordnung lediglich 21%. Bei der 4. Verordnung knapp 60% und erst bei der 5. Verordnung ca. 68%. Der Autor verglich dieses Ergebnis mit einer eigenen Studie der Trefferquote bei Symptomengewichtung nach Hahnemann, Bönninghausen, Hering und Kent an 175 Patienten (Kinder und Erwachsene mit verschiedenen Krankheiten). Dabei zeigte sich, dass bei der Symptomengewichtung nach Bönninghausen und Hering mit jeweils 76% die höchsten Trefferquoten bei der Erstverordnung erreicht wurden.

Ist das richtige Mittel trotz Schwierigkeiten einmal gefunden, so entfaltet eine Einzeldosis (C200) in der Regel eine gute Wirkung. Leider ist die Dauer der Wirkung nicht unbegrenzt, die ursprünglichen Beschwerden kommen nach einer gewissen Zeit wieder zum Vorschein. Mit weiteren Gaben in höheren Potenzen wiederholt sich dieser Ablauf, sodass diese Instabilität nicht selten zu einem Problem wird. Dauernde Wirkungsschwankungen sind für die Kinder und ihre Umgebung belastend und vermindern die Motivation für eine nötige Langzeitbehandlung.

Beurteilt wurde der Verlauf mit Hilfe eines sogenannten Conners Global Index (siehe 3.3.1), in dem die Eltern und/oder Lehrer 10 AD(H)S-Schlüsselsymptome mit einer Werteskala von 0=gar nicht vorhanden, 1=ein wenig vorhanden, 2=ziemlich stark vorhanden, 3=sehr stark vorhanden bewerten mussten.

Folgende Probleme bei der Mittelfindung treten somit auf:

1.) Zuverlässigkeit der Symptome:

Eine große Schwierigkeit besteht darin, welche Symptome des Kindes zur Mittelfindung herangezogen werden können. Diese Symptome sind dann unsere zuverlässigen Symptome. Für Hahnemann sind Symptome Veränderungen bei Krankheit. Die üblichen Persönlichkeitsmerkmale und Charaktereigenschaften stellen keine Symptome dar. Laut Hering sind von höchster Wichtigkeit die jüngsten charakteristischen Symptome. Bei AD(H)S-Patienten liegt das größte Problem in der Variabilität ihrer Symptome. Eltern fällt es daher auch schwer, präzise Aussagen zu machen. Oft ändern sich die Angaben von einer Konsultation zur nächsten. H.Frei hat im Laufe seiner langjährigen Beschäftigung mit AD(H)S-Patienten

herausgefunden, dass es Symptome gibt, die bei anderen Leiden hilfreich für die Mittelfindung sind, bei AD(H)S-Kindern zu Fehlverordnungen führen. Besonders die Gemütsymptome sind einem großen Interpretationsspielraum unterworfen und oft wenig zuverlässig, ebenso wie Empfindungen und „Als-ob-Symptome“. Für Causa und Modalitäten wird gefordert, dass sie nicht nur einmalig beobachtet werden. Eine Gewichtung des Zuverlässigkeitsgrades der Symptome folgt unter der Beschreibung der Methode H.Freis.

2.) Schwierigkeiten bei der Verlaufsbeurteilung:

Diese Verlaufsbeurteilung gilt für Einzeldosen der Potenzhöhe C200. Auf eine nicht absolut präzise Mittelfgabe reagiert ein Kind häufig auch schon mit einer Besserung. Bei längerer Verabreichung (d.h. Wiederholungen) führt sie wieder zu einer Verschlechterung (d.h. Zunahme des CGI). Das richtige Mittel führt bei weiteren Gaben zu einer kontinuierlichen Verbesserung (Abnahme des CGI). Daher ist die Beurteilung, ob das gegebene Mittel stimmt, bei einer Behandlung mit Einzeldosen frühestens 4-6 Wochen nach der 2. Gabe erkennbar. Dies ist ein langwieriges Ermitteln der korrekten Verordnung und fordert von allen sehr viel Geduld.

3.) Äußere Einflüsse:

Sie überlagern häufig die Mittelwirkung und erschweren damit die Beurteilbarkeit. Äußere Einflüsse können dabei sein familiäre und soziale Probleme, Schulumüdigkeit, Schulferien, übliche Verschlimmerungszeiten wie Dezember (zu viel Aufregendes vor Weihnachten) und Juni (vor den Schulferien mit entweder Zeugnisdruck oder Übermüdung vom Schulbetrieb).

4.) Zeitbedarf für eine homöopathische Behandlung:

Der Leidensdruck von Familien mit AD(H)S-Kindern ist häufig sehr hoch. Meist addieren sich mehrere Problemkreise. Häufig leiden Geschwister oder Elternteile ebenfalls in variabler Ausprägung unter dem Syndrom, das häufig auch genetisch vererbt ist. Dadurch entsteht zusätzliche Unruhe zwischen den betroffenen Familienmitgliedern. Weiterhin sind die öffentlichen Schulen mit mehreren betroffenen Kindern in einer Klasse überfordert und üben so einen gesellschaftlichen Druck auf die Familie aus. So entsteht ein Wunsch nach schnellen Therapieerfolgen, der die Homöopathie mit ihrem hohen Zeitbedarf zur Ermittlung des besten Medikamentes nur schwer nachkommt.

3.2 Ein neues systematisches Therapiekonzept zur AD(H)S-Behandlung

Aus den genannten Gründen ist eine Effizienzsteigerung der homöopathischen AD(H)S-Behandlung wünschenswert. Dies war Motivation für H.Frei, mit verschiedenen Ansätzen zu experimentieren. Die hier vorgestellte Vorgehensweise ist Ergebnis dieser Experimente. Aus homöopathischer Sicht sind zwei Hauptprobleme zu lösen:

1. Niedere Trefferquote
2. Instabilität der Mittelwirkung

Für die Verbesserung von Punkt 1.) müssen die Symptome herausgefiltert werden, die zu einer zuverlässigen Mittelwahl führen. In diesem Zusammenhang klärt sich dann auch, mit welcher Methode am sinnvollsten repertorisiert wird. H.Frei und sein Team haben viele Symptome auf

ihre Zuverlässigkeit geprüft und herausgefunden, dass gerade die sog. pathognomonischen Symptome im Bereich der Wahrnehmung bei AD(H)S-Patienten besonders sicher zum passenden Mittel führen. Gemütssymptome und auch einige andere begleitende Symptome, die mehr als Auswirkungen der Wahrnehmungsproblematik gesehen werden können, dagegen sind eher unsicher und führen häufig auf eine falsche Spur. In diesem Zusammenhang hat sich gezeigt, dass die Methode nach Bönninghausen am geeignetsten und sichersten zu einem passenden Mittel führt. So wurden Fragebögen erarbeitet, die speziell die mittelweisenden Symptome abfragen direkt in der Sprache der dazugehörigen Rubriken (siehe 3.3.1). Um unter den mehreren in Frage kommenden Mitteln zu hierarchisieren, hat sich die Polaritätsanalyse als hilfreicher Materia Medica-Vergleich erwiesen.

Für Punkt 2.) zeigte sich die Dosierung mit Q-Potenzen als geeignete Lösung.

3.2.1 Identifikation unzuverlässiger Symptome

„Um unzuverlässige Symptome zu identifizieren, wurde bei 100 erfolgreich behandelten Kindern eine Analyse der vorausgegangenen Fehlverordnungen durchgeführt und eruiert, welche Angaben eine falsche Mittelwahl verursacht hatten (siehe Auflistung unten). Analysiert man diese Liste, so zeigt sich, dass fast alles, was die Eltern von ADS-Patienten üblicherweise übermitteln, eine Fehlerquelle sein kann.“ (1)

Symptome, die bei AD(H)S-Kindern zu Fehlverordnungen führen können:

Gemütssymptome:

Schüchtern	Unentschlossen
Angst vor Ereignissen	Unglücklich
Ängstlichkeit	Unzufrieden
Angst vor Gewittern/Gewitter verschlimmert	Introvertiert
Ernsthaft, pingelig	Abneigung, sich zu waschen
Mitgefühl	
Tagträume	Modalitäten des Gemüts:
Illusionen	<Alleinsein
Geschwätzigkeit	<Gesellschaft
Eigensinn, Sturheit	<Menschenmengen
Diktatorisch	<Fremde Menschen
Hochmütig, stolz	<bei Dunkelheit
Streitsucht	<Kummer
Fluchen	<durch Trost
Eifersucht	<durch Tadel
Habsucht/Geiz	<Ärger
Dreist/frech/unhöflich	<Zorn
Gewaltbereitschaft	<Denken an sein Leiden

<durch Musik
>durch Musik

Gemütsabhängige motorische Phänomene:

Tics
Zähneknirschen
Stottern
Nägelkauen

Verstandessymptome:

Gedächtnis schwach
<Anstrengung geistig

Wahrnehmungssymptome:

>Berührung
>leise Berührung

<Berühren Haare

<Kleiderdruck
Reisekrankheit
Ekel

Bewegungsapparat:

Bedürfnis zu bewegen (!)
Muskelverspannungen
Bewegungen stereotyp
Schwerfällige Motorik
Fallen leicht, oft
<durch Schreiben

Allgemeine Modalitäten und Bedürfnisse:

<Zeit mittags
>frische Luft
>Gehen im Freien
>nach Schlafen
<Schlafmangel
<Vollmond
>Massieren
>Anstrengung körperlich
Bedürfnis frische Luft
Bedürfnis, sich einzuhüllen
Bedürfnis, sich zu entblößen

Ernährung:

<durch verschiedene Nahrungsmittel
Bedürfnis nach verschiedenen
Nahrungsmitteln
Abneigung gegen verschiedene
Nahrungsmittel
<Hunger
>Essen
>Trinken

Wetter und Klimaeinflüsse:

<nass-kaltes Wetter
<Herbst
<Winter
<windiges Wetter/Brise
<Wetterwechsel
<heißes Wetter

3.2.2 Die Bedeutung pathognomonischer Symptome

In einer mehrstufigen Analyse haben der Autor und sein Team herausgefunden, dass die ausschließliche Betrachtung der im Folgenden aufgeführten pathognomonischen Symptome zum schnellsten Erfolg führt, nämlich durchschnittlich 3 Mittel bis zum Treffer (Def. Treffer siehe 3.1). Wurden alle Haupt- und Nebensymptome (d.h. incl. pathognomonischer Symptome) verwertet oder wurden die pathognomonischen Wahrnehmungssymptome weggelassen, so blieb der Erfolg niedrig bei einer durchschnittlichen Trefferquote von 5.

Für das AD(H)S charakteristische und für die Arzneimittelbestimmung verwendbare Symptome:
Bedürfnis zu bewegen (dieses Symptom muss von einer einfachen körperlichen

Unruhe/Zappeligkeit unterschieden werden)
Bewegung bessert
Abneigung gegen Bewegung
Unruhe körperlich/Zappeligkeit
Abneigung gegen Berührung
Gehör überempfindlich/Lärm von anderen verschlimmert
Überempfindlichkeit auf helles Licht
Angestregtes Sehen verschlimmert (z.B. Unruhe nach Fernsehen oder Computerspielen)
Überempfindlichkeit auf Gerüche
Geschmackssinn vermindert
Denken verlangsamt
Zerstreuung, Konzentrationsmangel
Gedächtnis schwach
Schreiben erschwert, verschlimmert (dieses Symptom darf nur mit Vorsicht verwendet werden)
Hat schnell zu heiß, Bedürfnis zu entblößen
Wärme verschlimmert (warmes Wetter, überheizte Räume machen unruhig/nervös)
Kälte bessert
Hat schnell zu kalt, Bedürfnis einzuhüllen
Kälte verschlimmert
Einschlafen spät
Erwachen öfters nachts
Verschlimmerung nach dem Erwachen
Gereiztheit, aggressiv, Zornausbrüche
Traurigkeit

Grundsätzliche Erwägung zum Dogma der pathognomonischen Symptome (1):

„Wenn das Ähnlichkeitsgesetz vom homöopathischen Arzt fordert, dass das zu heilende Arzneimittel die charakteristischen Symptome des Patienten abdeckt, so können nicht einfach genau diese einem missverstandenen Lehrsatz geopfert werden, mit der Begründung, sie seien nicht individuell, da sie das schulmedizinisch Gemeinsame eines Syndroms ausmachen. Im Gegenteil: diese müssen unbedingt vom Arzneimittel abgedeckt werden, wenn dieses heilen soll. Jede andere Vorgehensweise bedeutet eine Missachtung des Ähnlichkeitsgesetzes. Unter den Begriff „pathognomonisch“ im ursprünglichen Sinne von Dunham fallen z.B. alle Laborbefunde, welche bis heute keinen Symptomwert im homöopathischen Sinne aufweisen. Sie können deshalb nicht berücksichtigt werden.“

3.2.3 Gewichtung der Symptome nach Bönninghausen

Aus den bisherigen Untersuchungen von H.Frei und seinem Team hat sich die Gewichtung der Symptome nach Bönninghausen als bei ADS-Kindern zu bevorzugendes Vorgehen herauskristallisiert.

Bönninghausen gewichtete die Symptome in der folgenden Reihenfolge:

- Causa des Hauptsymptoms
- charakteristische Merkmale des Hauptleidens wie Modalitäten
- Nebensymptome mit ihren Eigenheiten
- Gemütssymptome (v.a. Veränderungen bei Krankheit; können nach Würdigung des Vorausgegangenen manchmal das wahlentscheidende Kriterium bilden)

Abschließend überprüfte Bönninghausen seine Mittelwahl, indem er Arzneien mit Kontraindikationen ausschloss (siehe 3.2.4).

„Als Besonderheit beim AD(H)S repertorisieren wir nun aufgrund der oben aufgeführten Analyse der Fehlverordnungen v.a. das Hauptsymptom mit seinen Eigenheiten, das heißt insbesondere die unter 3.2.2 aufgeführten Symptome und nur diejenigen Nebensymptome, die als zuverlässig erachtet werden können. Die Causa entfällt, da es sich fast immer um ein angeborenes, vermutlich genetisch bedingtes Leiden handelt. Auch die Gemütssymptome spielen aufgrund der Analyse der Fehlverordnungen eine völlig untergeordnete Rolle.“ (1)

3.2.4 Polaritätsanalyse

Fast bei allen homöopathischen Arzneimitteln, vor allem bei den Polychresten, kommen polare Symptome vor. Das bedeutet, dass ein Symptom ebenfalls in seinem Gegenteil bei dem Mittel vorkommen kann (Bsp. Durst/Durstlosigkeit). Meist werden jedoch beide Pole von einem Arzneimittel in jeweils unterschiedlichen Wertigkeiten auftreten, d.h. ein Pol ist eher charakteristisch (Ausnahmen gibt es natürlich).

„Nach Bönninghausen entsprechen hochwertige Symptome (Grade drei und vier) dem Genius des Arzneimittels, also dem, was für dieses individuell und charakteristisch ist. Alle charakteristischen Patientensymptome sollten vom richtig gewählten Arzneimittel möglichst hochwertig abgedeckt werden.

Ist nun ein polares Symptom, das beim Patienten erscheint, in seinem Gegenteil für das Arzneimittel charakteristisch (d.h. im Gegenpol hochwertiger vertreten), so stellt dies eine Kontraindikation für dieses Mittel dar, welches – nach Bönninghausen – den Patienten deshalb nicht heilen kann. Bei Nux vomica ist z.B. die Abneigung gegen Bewegung dreiwertig, also charakteristisch, das Bedürfnis zu bewegen nur einwertig. Nux vomica wird deshalb einen Patienten, der ein Bedürfnis zu bewegen aufweist, nicht heilen, obschon es dieses Symptom abdeckt.“ (1)

Nach einer Repertorisation nach Bönninghausen kommen immer noch mehrere Mittel in Frage. Um die Mittelwahl einzugrenzen, wurden dabei zwei Größen berücksichtigt. Zum einen wurden aufgrund von Kontraindikationen nicht in Frage kommende Mittel ausgeschlossen. Zum anderen wurde eine zusätzliche Größe, die sog. Polaritätsdifferenz bestimmt. Die Polaritätsdifferenz berechnet sich wie folgt:

„Addiert man bei jedem in Frage kommenden Mittel die Wertigkeiten der polaren Patientensymptome und subtrahiert davon die Wertigkeiten der entsprechenden Gegenpolysymptome, so erhält man für jedes Arzneimittel eine Polaritätsdifferenz. Je höher diese ist, umso eher

entspricht ein Arzneimittel dem Genius der Patientensymptomatik, vorausgesetzt dass keine Kontraindikationen vorliegen.“ (1)

Der große Vorteil der Polaritätsanalyse liegt darin, dass bereits mit relativ wenigen Symptomen die Bestimmung des zur Patientensymptomatik bestpassenden Mittels gelingt. Erst sie erlaubt eine Beschränkung der zur Repertorisation verwendeten Symptome auf das, was bisher als zuverlässig identifiziert wurde.

Mit dieser Vorgehensweise konnte die Trefferquote im Durchschnitt auf 2 Mittel gesenkt werden.

3.2.5 Optimierung der Dosierung mit Q-Potenzen und Dosierungsanweisungen

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass homöopathische Mittel (wie übrigens Psychopharmaka auch) nur eine Weile wirken und zu einem späteren Zeitpunkt die ursprüngliche Symptomatik wieder auftritt, möglicherweise auch in einer abgeschwächten Form. Insofern ist die medikamentöse Behandlung ev. nur palliativ. Es gibt jedoch auch Beispiele von Heilung oder zumindest Teilheilung nach Absetzen des homöopathischen Mittels. Dies hängt möglicherweise damit zusammen, dass die Kinder sich in der Zeit der Behandlung weiterentwickeln, auch ihr Gehirn, und sie normale Wahrnehmungserfahrungen machen. Dies kann zu einem Lerneffekt führen.

Bei der Behandlung mit Einzeldosen in Form von C-Potenzen gibt es ohnehin immer wieder einen Wirkungsabfall, bevor das Mittel wiederholt wird. Bei der Behandlung mit flüssigen Q-Potenzen ist die beste stabile Besserung möglich, da die Mittel kontinuierlich in die Besserung hinein gegeben werden können. Es gibt bei weitem weniger Schwankungen im Befinden. Dadurch ist diese Dosierung häufig auch die einzige, die von allen Beteiligten langfristig unterstützt wird.

H. Frei schlägt vor, mit der flüssigen Q3 zu beginnen und das Mittel jeden 2. Tag einzunehmen. Wenn die Eltern feststellen, dass es dem Kind an den einnahmefreien Tagen schlechter geht, so wird auf eine tägliche Einnahme übergegangen. Nach 4 Wochen erfolgt eine Mittelbeurteilung. Bei einer Besserung durch das Mittel wird dieses dann in der Q6 wieder für 4 Wochen verordnet. So wird die Potenz bei erfolgreicher Mittelwirkung immer in 3er Schritten bis zur Q42 erhöht, dann wird unten wieder angefangen, und zwar mit der Q4, Q7, Q10 usw. Pausen zwischen den Potenzstufen sollten nur kurz sein, max. 1 Woche bei befriedigender Mittelwirkung, sonst kürzer.

3.2.6 Verlaufsbeurteilung und Verlaufprobleme

Wie schon erwähnt führt die erste Verordnung häufig zu einer Besserung, sodass nach 4 Wochen auf die Q6 gewechselt wird. Ob das gegebene Mittel wirklich ein langfristig besserndes Mittel ist, merkt man dann erst bei der Q6, also nach der zweiten Therapietappe. Nur partiell passende Mittel führen dann wieder zu einer Verschlechterung, das wirklich passende Mittel führt auch dann zu einer weiteren Besserung. Maßgebend für die Beurteilung ist der Connors Global Index (CGI), der bei jeder Verlaufskontrolle abgefragt wird und das wichtigste

Beurteilungskriterium darstellt.

Allgemein gilt die Überzeugung, Q-Potenzen produzieren keine **Erstverschlimmerungen**. Gerade bei AD(H)S-Kindern werden aber auch hier häufiger Erstverschlimmerungen beobachtet, was sehr belastend sein kann. Diese sollten jedoch nach wenigen Tagen bis max. 2 Wochen wieder abklingen, ansonsten passt das Mittel nicht. Bei einer Potenzsteigerung treten diese Erstverschlimmerungen seltener und weniger ausgeprägt auf. Verläufe, bei denen in den ersten Tagen der Mittelgabe eine dramatische Besserung eintritt, die nach 10-14 Tagen wieder in sich zusammenfällt, liegen praktisch immer an einem nur oberflächlich passenden Mittel. Eine weitere Verordnung dieses Mittel ist sinnlos, da diese Wirkung nicht wieder reproduzierbar ist. Mittelwechsel können selbstverständlich auch angezeigt sein, wenn durch deutliche Veränderungen, möglicherweise in den Lebensbedingungen, Krankheiten, Schocks etc. eine neue Situation entsteht oder auch nur die alte überlagert (dann Zwischenmittel). Psychische Stresssituationen, belastende Ereignisse können allerdings auch zu einer Antidotierung führen, weshalb auch das gegebene Mittel in einer höheren Potenz nochmal versucht werden kann. Es ist wichtig, zu betonen, dass die Besserung durch das passende Mittel kontinuierlich verläuft und nicht gleich zu Beginn das volle Ausmaß annimmt, dennoch ist über eine Therapiedauer von ca. einem halben Jahr mit dem passenden Mittel eine Minderung des CGI-Wertes von ca. 20 auf unter 10 Ziel und auch häufig. Bei vielen fällt er auf 7 oder niedriger ab. Gelegentlich können auch sogenannte **Spätverschlimmerungen** auftreten. Ein Mittel hat über einen längeren Zeitraum zu einer Besserung geführt und nun kommt ein „Wirkungsabfall“ vor. Dann muss laut H.Frei auf größere Einnahmeintervalle übergegangen werden, z.B. auf alle 2 oder 3 Tage. Erfolgt dann keine Besserung, so hat das Mittel „ausgedient“ und es steht ein auf die aktuelle Situation passenderes Mittel an. Diese Verschlimmerungen sind allerdings abzugrenzen von leichten saisonalen Verschlimmerungen durch Aufregungen, Schulwechsel, Lehrerwechsel und andere bevorstehende Ereignisse. So sollte man nicht vorschnell ein Mittel wechseln, was längere Zeit zu einer Besserung geführt hat. Auch das seltene Vorkommen von unwirksamen Potenzen sollte beachtet werden. Dann klärt eine Einmalgabe des Mittels in einer C200, ob das Mittel noch passt, die Potenz nur unwirksam war.

3.3 Material für die Praxis

1. Conners Global Index (1)
2. Fragebogen ADHS und Wahrnehmungssymptome (1)
3. Fragebogen zur homöopathischen Fallaufnahme (1)

Conners Global Index

Name _____ Geburtsdatum _____ Geschlecht _____ Datum _____

ausgefüllt von

Mutter

Vater

Lehrer

Andere (wer?) _____

Markieren Sie die Spalte, die dieses Kind am besten beschreibt:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark

- 1.) Unruhig oder übermäßig aktiv
- 2.) Stört andere Kinder
- 3.) Erregbar, impulsiv
- 4.) Bringt angefangene Dinge nicht zu Ende, kurze Aufmerksamkeitsspanne
- 5.) Ständig zappelig
- 6.) Unaufmerksam, leicht abgelenkt
- 7.) Erwartungen müssen umgehend erfüllt werden, leicht frustriert
- 8.) Weint leicht und häufig
- 9.) Schneller und ausgeprägter Stimmungswechsel
- 10.) Wutausbrüche, explosives, unvorhersagbares Verhalten

Seiten 21 - 24 (Fragebögen) aus urheberrechtlichen Gründen herausgenommen

zur gründlicheren Erarbeitung des Themas verweisen wir auf die
Original-Veröffentlichungen von Heiner Frei

4.) Eigene Erfahrungen mit der Mittelwahl durch diese Methode

4.1 Mädchen, 11 Jahre:

Dies ist kein AD(H)S-Fall, jedoch konnte diese Methode die Mittelfindung bestätigen. Es handelt sich um den Fall eines Mädchens, das schon seit zwei Jahren bei mir in Behandlung wegen „häufigem Kränkeln“ (Hals, Bauch, früher Ohren) war. Begleitend zu ihren körperlichen Anfälligkeiten war sie auch immer wieder sehr unausgeglichen. Sie wurde von mir überwiegend mit Sulfur behandelt, was auch anfangs erfolgreich war. Doch ab Anfang 2007 zeichnete sich ab, dass eine gewisse Art von fieberlosen Infekten mit Bauchschmerzen immer wiederkehrte, ebenso nun auch vermehrt Probleme in der Schule durch Gefühl von Gedächtnisschwund und zum Teil auch tatsächliche Problemen in der Aufmerksamkeit (bekommt entweder vieles nicht mit oder kann es sich nicht merken). Diese Themen traten jetzt auf dem Gymnasium auf, während sie die Grundschulzeit sozusagen mit links bewältigt hatte.

Es war zu dem Zeitpunkt klar, dass ein Mittelwechsel anstand. Neben meiner ganz normalen Gesamtanamnese, die sämtliche Problembereiche beinhaltet habe ich die Eltern gebeten, zusätzlich den Fragebogen zu den Wahrnehmungssymptomen auszufüllen. Dies sollte neben meiner herkömmlichen Mittelfindung weitere Hinweise geben. Wie schon vorab erwartet, zeigten sich dort viele Symptome. Die Mutter (selbst pädagogisch tätig) hatte bei ihr auch schon mal an Ansätze im Bereich AD(H)S gedacht. Da sie nun schon lange in homöopathischer Behandlung ist und ich die Eltern für sehr klar und kompetent halte, hat sich möglicherweise auch nicht mehr an Folgesymptomen bei ihr entwickelt.

Folgende Symptome wurden von den Eltern bei ihr in dem Fragebogen angekreuzt und gemeinsam durchgesprochen:

1. Zerstreuung, Konzentrationsschwäche
2. Gereiztheit, ärgerlich, Zornausbrüche
3. Überempfindlichkeit gegen helles Licht
4. Geruchssinn überempfindlich
5. Kälte bessert
6. Begreifen, verstehen, Denken langsam
7. Schreiben verkrampft, ermüdend
8. < morgens nach dem Erwachen

Ich habe eine Repertorisation mit Polaritätsdifferenz nach dieser Methode bei ihr durchgeführt. Dabei habe ich ausschließlich die Symptome aus dem Fragebogen verwendet. Dies war ein Experiment, inwieweit ich eine neue Mittelidee durch diese Methode erhalte oder einfach eine Mitteleinschränkung. Letztlich muss natürlich die Symptomengesamtheit gesehen werden, nicht nur die Wahrnehmungssymptome. Die Repertorisation führte zu dem in der folgenden Tabelle ersichtlichen Ergebnis. Höchste Polaritätsdifferenz hatten demnach Chamomilla und Lycopodium, Sulphur schied ja aus wegen Mittelwechsel. Nux-vomica wurde in einer früheren akuten Situation schon mal erfolgreich gegeben und gehörte auch zu den möglichen Mitteln.

Tab. 1: Repertorisation Wahrnehmungssymptome Mädchen, 11 Jahre, mit Jrep:

8 Rubriken ausgewertet:	SEP	LYC	NUX-V	SULPH	CALC	CHAM	PHOS	PULS	IGN	Bar-c	CHIN	HEP
Position	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Anzahl der Treffer	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Summe der Wertigkeiten	34	33	31	29	28	28	28	28	28	25	24	24
Summe der PolartätsGradienten	14	17	15	16	14	19	12	8	13	13	15	14
BTT1 1-002-011 ZERSTREUTHEIT verträumt geistesabwesend	5	4	4	3	2	5	2	5	4	4	3	2
BTT1 1-001_007 GEREIZTHEIT ärgerlich zornig aggressiv heftig	4	4	5	4	3	5	4	2	3	3	2	3
P*BTT1 1-001_013 SANFTHEIT milde P[37]	-	{4}	-	{3}	-	-	-	{5}	{3}	-	-	-
BTT1 6-002_287 VON LICHT IM ALLGEMEINEN IM HELLEN	4	4	4	4	5	3	5	4	4	4	4	4
P*BTT1 6-003_107 VON LICHT. amel P[13]	-	-	-	-	{3}	-	-	-	-	{2}	-	-
BTT1 2-008_001 Geruch EMPFINDLICHER P[49]	5	5	5	4	3	4	5	3	2	3	4	3
P*BTT1 2-008_003 Geruch SCHWACHER VERMINDERTER	{5}	{4}	{3}	{3}	{5}	-	{4}	{5}	-	-	-	{3}
BTT1 6-003_089 IN DER KÄLTE amel P[71]	2	3	2	3	2	3	2	5	2	2	2	2
P*BTT1 6-002_256 VON KÄLTE ÜBERHAUPT. agg P[90]	{3}	{2}	{5}	{2}	{2}	{3}	{2}	{4}	{4}	{3}	{5}	{5}
BTT1 1-002_004 BEGREIFEN SCHWERES Intelligenzminder	5	5	3	3	3	3	2	2	4	3	2	2
P*BTT1 1-002_003 BEGREIFEN LEICHTES P[17]	{2}	{2}	-	{2}	-	-	{2}	-	-	{2}	-	-
BTT1 6-002_369 BEIM SCHREIBEN. agg P[75]	4	4	4	3	5	2	3	2	3	3	3	3
P*BTT1 6-003_133 VON SCHREIBEN. amel P[2]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BTT1 6-002_098 BEIM ERWACHEN. agg P[107]	5	4	4	5	5	3	5	5	4	3	4	5
P*BTT1 6-003_053 BEIM ERWACHEN. amel P[28]	{5}	-	{4}	-	{2}	{2}	{5}	{3}	{2}	-	{3}	-

Ein relativ plötzlicher Infekt führte dann zu Handlungsbedarf. Folgende Symptome mit recht klar beschriebenen Modalitäten lagen in diesem akuten Fall vor:

- starker Schnupfen führte zu Husten
- dann tauchten Bauchschmerzen in der Nabelgegend auf, krampfartig, mit Übelkeit
- < Druck, Wärme, Liegen (!)
- > aufrecht sitzen, Kälte
- jetzt: Husten und Schnupfen >
- erst blass, jetzt rote Wangen
- kein Fieber, kein Frösteln
- leidet, jammert sehr
- wenig essen/trinken (eher kalt)

Aufgrund der akuten Situation habe ich eine weitere Repertorisation mit Bönninghausen (Jrep) durchgeführt (Tabelle siehe nächste Seite).

Tab. 2: Repertorisation akuter Infekt, Mädchen, 11 Jahre, mit JRep

5 Rubriken ausgewertet:	LYC	SEP	CARB-V	Verat	PULS	RHUS-T	Mosch	PHOS	Plat	SULPH
Position	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Anzahl der Treffer	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Summe der Wertigkeiten	24	19	18	18	17	17	16	16	16	16
Summe der Polaritätsgradienten	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BTT1 6-002-291_P IM LIEGEN agg [83]	5	4	3	3	5	5	4	2	5	3
BTT1 6-003-051 VON ENTBLÖSSUNG Abdecken Aufdecken	5	2	2	4	3	2	2	3	3	3
BTT1 2-015-016 ÜBELKEIT IM ALLGEMEINEN [121]	4	4	4	5	5	5	4	4	2	5
BTT1 6-002-077 VON ÄUSSEREM DRUCKE agg [91]	5	4	4	2	2	2	4	3	4	2
BTT1 2-016-011 Innerer UNTERBAUCH [113]	5	5	5	4	2	3	2	4	2	3

Die Entscheidung fiel auf Lycopodium. Dazu gehörten allerdings noch weitere bestätigende Eindrücke/Symptome, die hier noch nicht erwähnt waren. So z.B. Angst vor kleinen Krabbeltieren wie Ameisen, Insekten, Spinnen etc., die mit Sulphur nicht verschwunden ist, immer mal wieder Verstopfung und die Beschäftigung mit ihrer sozialen Stellung in der Schulklasse, ein Kernthema von Lycopodium. Dann kommt hinzu, dass beide Elternteile schon erfolgreich mit Lycopodium bei mir behandelt wurden, vor allem ihr Vater, dem sie sehr ähnlich wirkt.

Sie wurde mit Lycopodium LM3 behandelt, da diese Potenz in der Familie gerade griffbereit war. Die ersten 2 Gaben führten direkt zu Fieber bis zu 39 °C und Erbrechen. Nach der 3 Gabe ging es ihr schon so viel besser, dass sie wieder raus gehen konnte und am nächsten Tag wieder in die Schule. Erstaunlich war, dass sie zum ersten mal, seit sie bei mir in Behandlung war, Fieber entwickelt hat, da ihre Infekte sich vorher immer fieberfrei „dahingeschleppt“ hatten, also auch länger als 3 Tage gingen. Dieses mal war sie sehr viel schneller wieder bei Kräften. Lycopodium wurde in der LM3 über diesen akuten Infekt hinweg noch 2 Wochen weitergegeben und dann abgesetzt. Ihr geht es seitdem gut. Es tauchten noch einmal Magenschmerzen auf mit Erbrechen, danach war sie am nächsten Tag wieder fit. Auch in der Schule haben sich ihre Konzentrationsschwierigkeiten gebessert, dass derzeit kein Behandlungsbedarf besteht, das ist jetzt ca. ½ Jahr. Möglicherweise wäre ein Wechsel von Sulphur zu Lycopodium schon zu einem früheren Zeitpunkt der Behandlung hilfreich gewesen, im Nachhinein aber nicht überprüfbar.

Die Methode von H.Frei in Bezug auf die Mittelwahl diente also hier natürlich nur als zusätzliche Information, sozusagen bestätigend. Und dies war auch nur möglich, weil auf dem Gebiet der Wahrnehmung wirklich auch Symptome vorhanden waren. Auch wenn diese nicht zu einem ADHS geführt haben, möglicherweise wegen günstiger Rahmenbedingungen durch das Elternhaus oder auch wegen nicht zu starker Ausprägung.

4.2. Eigene Einschätzung der Methode

Die Methode ist sehr klar strukturiert und scheint wie ein Kochrezept. Das kann in der schwierigen Situation mit AD(H)S-Patienten eine große Stütze sein. Als Anfängerin und besonders auch Anfängerin mit dieser Methode sehe ich einige Gefahren.

Grundsätzlich gilt die Symptomengesamtheit. Auch Frei weist in seinem Buch immer wieder darauf hin, dass die Nebensymptome auch auf das Mittel passen sollten, auch wenn sie nicht repertorisiert wurden. Für mich bedeutet das zur Zeit, diese Methode als zusätzliche Hilfestellung zu verstehen. Eine zusätzliche Repertorisation mit der Frei-Methode kann ein Mittel bestätigen oder eine neue Mittelidee bringen. Ich bleibe allerdings, wie von Frei empfohlen, dabei, diese Repertorisation nicht mit anderen Allgemein- oder Nebensymptomen zu mischen, wie in obigem Fall beschrieben. Dennoch würde ich mich nicht alleine auf diese Methode verlassen, sondern mit anderen Methoden und meinem Gesamteindruck vergleichen. Eine Problematik liegt für mich in der Auskunft der Eltern bezüglich der Wahrnehmungssymptome. Die Beurteilung, ob z.B. Lärmempfindlichkeit vorliegt oder nicht, ist doch sehr subjektiv. Wenn ich das in der Praxis am Kind nicht beurteilen kann, bin ich auf die Einschätzung der Eltern angewiesen und muss mich darauf verlassen. Jedes Symptom, das ich auf diesem Gebiet zur Repertorisation nutze, sollte gut nachgeprüft werden, sonst ist die Repertorisation sofort hinfällig. In diesem Fall würden dann auch durch die harten Vorgaben der Kontraindikation Mittel wegfallen, die möglicherweise doch in Frage kämen. Lieber weniger gesicherte Symptome, als mit einem unsicheren Symptom in die falsche Richtung laufen.

Weiterhin bin ich mit der Methode ausschließlich auf Mittel angewiesen, die bei Bönninghausen vorkommen. Vielleicht sind doch auch Nosoden mal sinnvoll oder Calc-p z.B. Wenn alles danach aussieht, dann würde ich mich von der Methode lösen.

Die Methode funktioniert natürlich auch nur, wenn nachweisbare Symptome im Bereich der Wahrnehmung vorhanden sind. Ein Fehlen solcher Symptome kann dennoch ähnliche Verhaltensprobleme zeigen. Allerdings gibt es dann andere Gründe für die Verhaltensthematik, die dann nicht mit der Frei-Methode behandelbar sind. Ob sie homöopathisch behandelbar sind, ist für mich dann auch grundsätzlich eine Frage. Möglicherweise sind familiäre Themen da vorrangig. Therapeuten anderer Fachrichtungen, z.B. Heilpädagogen mit sensorischer Integration, deren Ansatz auch im Wahrnehmungsbereich liegt, machen ähnliche Erfahrungen.

Letztendlich sehe ich die Forschungen von Frei und seinem Team als eine sehr wertvolle Hilfe, die wieder ein zusätzliches Handwerkszeug darstellt.

Literaturverzeichnis

- (1) Heiner Frei: „Die homöopathische Behandlung von Kindern mit ADS/ADHS – Ein systematisches Therapiekonzept“; Haug-Verlag; 2005
- (2) Hans-Reinhard Schmidt: „ Die Hüther-Studie“; www.ads-kritik.de/HuetherStudie.htm
- (3) Thomas Bonath: „Homöopathie bei ADHS“; Urban&Fischer-Verlag; 2004
- (4) Judyth Reichenberg-Ullmann e.a.: „Das verschlossene Kind“; Narayana-Verlag; 2006
- (5) Heinrich Pennekamp: „Kinderrepertorium“; Pennekamp MDT-Verlag; 3.Auflage; 2002