

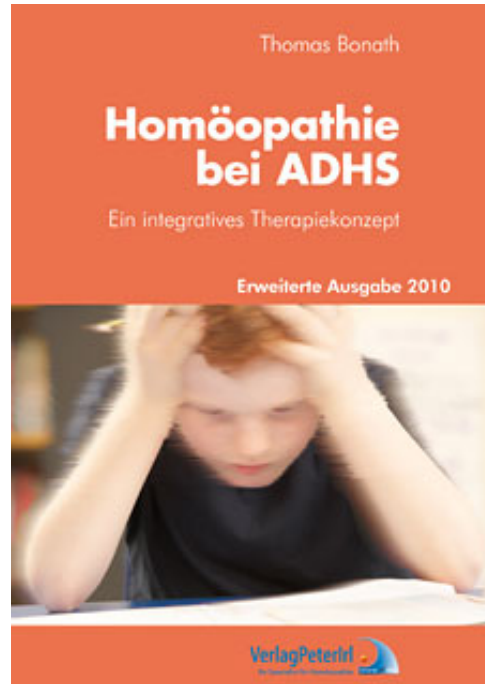
# Thomas Bonath

## Homöopathie bei ADHS

Leseprobe

[Homöopathie bei ADHS](#)

von [Thomas Bonath](#)



<http://www.narayana-verlag.de/b7497>

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.

Narayana Verlag GmbH

Blumenplatz 2

D-79400 Kandern

Tel. +49 7626 9749 700

Fax +49 7626 9749 709

Email [info@narayana-verlag.de](mailto:info@narayana-verlag.de)

<http://www.narayana-verlag.de>

In unserer [Online-Buchhandlung](#) werden alle deutschen und englischen Homöopathie Bücher vorgestellt.



# Vorwort

Mein Vater ist ein bekannter Tierarzt. Im Vorwort jedes seiner Bücher dankte er uns als seiner Familie für Geduld und Verständnis, die wir für seine mentale Abwesenheit während des kreativen Prozesses des Schreibens aufbrachten. Da ich weiß, dass wir dies teilweise nur zähneknirschend taten, hatte ich eigentlich vor, nie selber ein Buch zu schreiben und so die Notwendigkeit dieser "Entschuldigung" zu vermeiden. Warum also dennoch dieses Buch?

- Weil ADHS die häufigste psychische Erkrankung des Kindes- und Jugendalters ist und sehr viel Leidensdruck bei den betroffenen Kindern, Ihren Familien und dem sozialen Umfeld hervorruft.
- Weil die Folgen von ADHS Auswirkungen auf das gesamte Leben haben und weit bis in das Erwachsenenalter reichen.
- Und weil wir Therapeuten mit der Homöopathie bei dieser nur multimodal ausreichend wirksam therapierbaren Störung ein höchst effektives Instrument in der Hand halten.

Dieses Buch ist ein sehr persönliches geworden, es ist mehr Praxis- als Lehrbuch. Wichtig war mir:

- die Grundlagen der Störung und die sich aus der Definition ergebenden Schwierigkeiten zu verdeutlichen und zu diskutieren,
- praktische Hinweise zur Diagnostik zu geben,
- das Behandlungskonzept, das sich im Laufe der Jahre als effektiv herauskristallisiert hat, als "Baukasten" zur Verfügung zu stellen,
- wichtige Arzneimittel zu ADHS zu charakterisieren,
- die homöopathische Behandlung an realen Langzeitverläufen aufzuzeigen und so die Höhen und Tiefen im Patienten- und Therapeutenleben während dieser Zeit emphatisch "nacherlebbar" zu machen,
- Stellung zur Stimulanzientherapie zu beziehen und auch hier Tipps und Erfahrungen, positive wie negative, weiterzugeben.

Die Arbeit mit ADHS-Patienten ist aufregend und anregend, frustrierend und beglückend, fordernd, aber immer lebendig und belebend. Ich wünsche mir, dass dieses Buch dem Leser Hilfestellung gibt und Mut macht, sich auf die fruchtbare Arbeit mit diesen besonderen Menschen einzulassen.

Ich danke meiner Frau Martina Thielmann-Bonath für Ihre Mitarbeit, meinem Freund Dr. med. Nikolaus Hock für die freundliche Unterstützung und die immer wieder wertvollen Ratschläge, dem Verlag für die Bereitschaft, sich dieses Themas anzunehmen, hier besonders Frau Harth und Frau Regensburger, die freundlich, bestimmt und kompetent bei manchen "Geburtswehen" halfen und dem Buch viel "Feinschliff" gaben – und natürlich meiner Familie für ihre (zähneknirschende) Geduld und ihr Verständnis.

Karlsruhe, im Juli 2004

Thomas Bonath

## Vorwort zur 2. Auflage

„The same procedure...?“, etwas bang zitierte meine Familie das „Dinner for one“, als ich wieder zur „Feder“ griff.

Warum eine 2. und erweiterte Auflage?

Nun, die erste ist vergriffen und das Thema weiterhin mehr als aktuell.

Gesellschaftlich besteht einerseits die Gefahr durch eine Inflation der Diagnose unsere Kinder zunehmend zu psychopathologisieren. Dies macht eine differenzierte Auseinandersetzung mit der häufigsten psychischen Diagnose bei Kindern und Jugendlichen erforderlich. Andererseits haben Erfahrungen und Kenntnisse im Umgang mit dem Störungsbild auch in homöopathischen Kreisen zugenommen, ihre Weitervermittlung bedarf eines „updates“.

Was ist neu in der 2. Auflage?

1. Eine **erweiterte Diagnostik** geht insbesondere auf die Differenzierung verschiedener Ursachen der Störung ein. Speziell die Untersuchung von Wahrnehmungsfunktionen ist erweitert und ergänzt worden, wodurch eine präzisere Hilfestellung möglich wird. Dies erlaubt auch Rückschlüsse, ob eine Behandlung mit Stimulantien bei diesem Patienten überhaupt einen medizinisch sinnvollen Ansatzpunkt hat. Und sie ermöglicht, dies den Eltern nachvollziehbar zu erklären. (siehe 5.6.)
2. Modalitäten der Wahrnehmungsfunktionen können wichtige bestätigende oder differenzierende Hinweise für die Mittelfindung sein. Bisherige Erfahrungen wurden aktualisiert und in einem **neuen Repertorium** zusammengefasst. (siehe 3.5.2.)
3. Schon in der ersten Auflage sind wir auf die homöopathische Behandlung von **ADHS bei Erwachsenen** eingegangen. Diesem Thema wird in Wissenschaft und Öffentlichkeit immer mehr Aufmerksamkeit zuteil. Leider überwiegt im wissenschaftlichen Bereich das Interesse vor allem auf einer Indikationsausweitung der Therapie mit Stimulantien auf Erwachsene („Honi soit, qui mal y pense“). Da wir seit über 10 Jahren mit erwachsenen ADHS-Patienten arbeiten, nehmen wir in Anspruch, die hier dringend erforderliche Differenzierung und Stellungnahme aus homöopathischer Sicht bieten zu können. (2.6. und 3.6.5)
4. Es wurden neue Mittel aufgenommen, die ihren Wert in der Behandlung zeigen konnten. In der ersten Auflage war die Materia medica nach den Phänotypen der Störung systematisiert. Auf vielfältige Anregung (Leser, Lektor, Verleger) wurden zusätzlich hierzu, „**häufige homöopathische Arzneimittel bei ADHS**“ alphabetisch geordnet und charakterisiert. (6.1 - 6.39). Querverweise gestatten hierbei die Einordnung in den Phänotypus und erleichtern ein Nachschlagen bei den zugehörigen Kasuistiken. Dies erlaubt dem Leser eine schnellere Übersicht und Differenzierung und stärkt die „Desktop-Funktion“ dieses Lehrbuchs.

Meine Familie konnte diese Gründe als Rechtfertigung einer zweiten Auflage akzeptieren. Ich hoffe, die Leserschaft schließt sich ihr an.

Besonderer Dank gilt Lisa Harth, die mich in bewährter Art und Weise auch hier über die Untiefen des schreibenden Prozesses führte, den hilfreichen und unterstützenden Mitarbeitern des Verlages Peter Irl und vor allem Peter Irl selber, der mit großem Engagement, Beharrlichkeit und freundschaftlicher Zusammenarbeit diesem Buch den Weg ebnete.

Ach, und „**By the way.... I did my very best**”

Erckartswiller, im August 2010

Thomas Bonath

# Inhalt

1	Grundlagen.....	11
1.1	Definition und Diagnosekriterien .....	11
1.1.1	Einleitung.....	11
1.1.2	Definition .....	12
1.1.3	Diagnosekriterien.....	13
1.1.4	Anwendung der Kriterien – kritische Betrachtung.....	16
1.2	Krankheitsbild und Epidemiologie.....	16
1.2.1	Symptome .....	16
1.2.2	ADHS und die Folgen.....	19
1.2.3	Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung .....	20
1.2.4	Epidemiologie .....	23
1.3	Ursachen.....	23
1.3.1	Störungen in den Transmittersystemen .....	24
1.3.2	Genetische Faktoren.....	25
1.3.3	Umweltreize, allergische Reaktionen.....	27
1.3.4	Perinatale Komplikationen und ADHS .....	29
1.3.5	Psychogene Ursachen.....	31
2	Diagnostik .....	41
2.1	Auslösende und verstärkende Faktoren .....	41
2.2	Diagnostik von Wahrnehmungsstörungen.....	43
2.2.1	Globale Basishirnfunktionen.....	45
2.2.2	Störungskomplexe und Teilleistungsstörungen.....	47
2.2.3	Sinnesmodalitäten .....	47
2.3	Apparative Diagnostik.....	51
2.3.1	Bildgebende Verfahren .....	52
2.3.2	EEG.....	53
2.3.3	Labor .....	54
2.3.4	Weitere apparative Verfahren .....	54
2.3.5	Zusammenfassung.....	55
2.4	Bestandteile der individualisierten homöopathischen Diagnosestellung .....	56
2.4.1	Anamnese und körperliche Untersuchung .....	56
2.4.2	Verhaltensbeobachtung .....	56
2.4.3	Beurteilungsskala und Fragebögen .....	57
2.4.4	Psychologische Testuntersuchung.....	58
2.5	Diagnostik bei ADHS im Vorschulalter .....	59
2.6	Diagnostik bei ADHS im Erwachsenenalter .....	60
2.6.1	Symptomatik .....	61
2.6.2	Diagnosestellung.....	61

2.7	Vorschlag für einen Untersuchungsgang zur Eingangsdiagnostik.....	62
2.7.1	Vorgespräch .....	63
2.7.2	Eingangsdiagnostik .....	63
2.7.3	Körperliche Untersuchung .....	87
2.7.4	Neuropsychologisch-neuromotorischer Untersuchungsgang .....	93
2.7.5	Nachgespräche .....	106
2.8	Differentialdiagnostik .....	113
2.8.1	Entwicklungsbedingte Hyperaktivität .....	115
2.8.2	Psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten .....	115
2.8.3	Körperliche Ursachen.....	126
2.9	Begleiterkrankungen.....	126
3	Homöopathische Behandlung.....	129
3.1	Behandlungsziel .....	129
3.1.1	ADHS im Kinder- und Jugendalter .....	129
3.1.2	ADHS im Erwachsenenalter .....	130
3.2	Arzneimittelwahl .....	139
3.2.1	Bewertung der Symptome .....	139
3.2.2	Miasmen-Modell .....	142
3.3	Heilungshindernisse.....	143
3.3.1	Schwierige Symptomenauswahl.....	143
3.3.2	Vorbehalte gegen homöopathische Arzneimittel .....	144
3.3.3	Krankheitserhaltende Prozesse.....	145
3.4	Kombinationstherapie mit Methylphenidat .....	146
3.5	Repertorium.....	150
3.5.1	Auffällige und charakteristische Symptome .....	150
3.5.2	Repertorium nach wichtigen Modalitäten von Wahrnehmungs-, Steuerungs- und emotionaler Störung .....	153
3.6	Kasuistiken .....	155
3.6.1	Motorische Hyperaktivität.....	156
3.6.2	Oppositionelles Verhalten und Aggressivität.....	184
3.6.3	Aufmerksamkeitsdefizit und Entwicklungsverzögerung.....	197
3.6.4	Aufmerksamkeitsdefizit mit Angst und/oder Depression.....	218
3.6.5	ADHS im Erwachsenenalter .....	234
3.7	Follow-up und Verlaufskontrolle .....	255
4	Tipps zum Umgang mit ADHS-Kindern.....	257
4.1	Elternarbeit .....	257
4.2	Alltagsprobleme .....	259
4.2.1	„Hausaufgabenkrieg“ .....	260
4.2.2	Der „Mitteilungszwang“ .....	264
4.2.3	Die „Hörstörung“ .....	265
4.2.4	Das „Gedächtnissieb“ .....	266
4.2.5	Geschwisterrivalität.....	266

4.3	Konkrete Lösungsstrategien .....	268
4.3.1	Triple P.....	268
4.3.2	THOP .....	271
4.3.3	Aufgabenteilung.....	272
4.3.4	Lernen durch Erfolg.....	272
4.3.5	Goldene Regeln.....	273
4.3.6	Loben .....	274
4.4	Interventionen in der Schule.....	275
5	Ritalin® – die Pille für den Zappelphilipp .....	277
5.1	Geschichte .....	277
5.2	Ritalin® – eine Erfolgsstory.....	280
5.3	Wirkmechanismus und Wirkung .....	280
5.4	Nebenwirkungen und Gefährdungen durch Ritalin® .....	283
5.5	Diskussion .....	284
5.6	Eigene Erfahrungen mit Ritalin® .....	288
6	Häufige homöopathische Arzneimittel bei ADHS .....	293
6.1	Aconitum.....	293
6.2	Agaricus.....	294
6.3	Ambra grisea .....	295
6.4	Anacardium .....	296
6.5	Aranea ixobola .....	297
6.6	Arsenicum album.....	297
6.7	Barium carbonicum .....	298
6.8	Belladonna.....	300
6.9	Bismuthum .....	300
6.10	Bufo rana .....	300
6.11	Calcium-Salze .....	301
6.12	Calcium phosphoricum.....	301
6.13	Capsicum.....	302
6.14	Carcinosinum.....	302
6.15	Cina .....	304
6.16	Culex musca .....	305
6.17	Ferrum metallicum .....	305
6.18	Helleborus .....	306
6.19	Hyoscyamus .....	306
6.20	Kalium bromatum.....	307
6.21	Lycopodium.....	307
6.22	Lyssinum .....	308
6.23	Magnesium carbonicum .....	308
6.24	Medorrhinum.....	309
6.25	Musca domestica .....	309
6.26	Natrium sulphuricum.....	310

6.27	Opium.....	311
6.28	Ozonum .....	312
6.29	Phosphorus .....	312
6.30	Saccharum album/raffinatum.....	313
6.31	Stramonium .....	315
6.32	Sulphur .....	316
6.33	Tarentula hispanica.....	317
6.34	Thuja.....	318
6.35	Tuberculinum .....	319
6.36	Veratrum album.....	319
6.37	Zincum metallicum.....	320
7	Anhang.....	321
7.1	Serviceadressen .....	321
	7.1.1 Selbsthilfeorganisationen .....	321
	7.1.2 Fachseiten im Internet.....	322
	7.1.3 Elterntraining.....	323
	7.1.4 Homöopathie.....	324
7.2	Literaturverzeichnis .....	326
7.3	Stichwortverzeichnis .....	331
7.4	Arzneimittelverzeichnis.....	334
Tabelle	Phasen der Entwicklung .....	337

► **Abneigung gegen Bewegung:**

- *Acon., Ars., Bar-c., Cocc., Ign., Lyc., Nat-m., Nux-v.,*
- Calc., Sulph. Op.

► **Schreiben erschwert:**

- *Calc., Cocc., Lyc., Nat-m., Nux-v., Sep., Sil.,*
- *Agar., androc., ars., Bar-c, Calc-p., Carc., china., choc., germ.-met., hell.,*  
*hyos., lac-c., lac-h., mag.-c. med., Nat-Verbindungen, onos., OP., ozon.,*  
*stram., SULF., TUB., zinc.*

► **Einschlafen spät:**

- *Ars., Bell, Bry., Calc., Cham., Chin., Hep., Ign., Lach., Lyc., Merc.,*  
*Nux-v., Phos., Puls., Sep., Sil., Sulph.,*
- CARC.

► **Erwachen öfters:**

- *Ars., Calc., Cham., Caust., Chin., Hep., Ign., Lyc., M-arc., Merc., Nux-v.,*  
*Phos., Puls., Sep., Sil., Staph., Sulph.,*
- CARC., Sacch., sac-raf. (periodisch jede Stunde)

## 3.6 Kasuistiken

Wie bei jeder konstitutionellen Behandlung einer chronischen Störung muss auch beim ADHS jeder Krankheitsfall individuell behandelt und das jeweilige Mittel anhand der Besonderheiten gefunden werden (☞ 3.2.1 Bewertung der Symptome).

ADHS ist keine „bewährte“ Indikation. Dennoch gibt es Mittel, die nach unserer Erfahrung häufiger auftreten. Im Folgenden haben wir versucht, sie systematisch nach dem Thema darzustellen, das im Störungsbild im Vordergrund steht. Diese Darstellung soll ein Wegweiser sein, ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Um ein möglichst vollständiges Bild dieser vielschichtigen Störung zu vermitteln, liegt der Fokus der Fallbeispiele auf Patienten, die im Alter von etwa neun Jahren zur Erstanamnese kamen. In dieser Altersgruppe zeigt sich die ADHS-Störung besonders oft und ausgeprägt, da hier die schulischen Anforderungen deutlich ansteigen.

In den Kasuistiken wird in den Abschnitten „Anamnese“, „Verordnung“ und „Verlauf“ zunächst ausführlich der Fall dargestellt. Eine anschließende „Essenz“ fasst stichpunktartig die wesentlichen Merkmale zusammen. In der „Fallanalyse“ wird der Weg der Arzneimittelfindung nachgezeichnet. Das oder die jeweilige(n) Arzneimittelbild(er) und differentialdiagnostische Überlegungen runden den Fall ab.

Um das Patientengeheimnis zu wahren, wurden persönliche Angaben zu den Patienten anonymisiert. Die Eigennamen sind fiktiv.

Die „RADAR-Analysen“ geben die Erstanalysen wieder, die die jeweilige Untersuchungssituation widerspiegeln. Sie sind also eine Kopie des „Original-Notizblattes“ der Untersuchung mit einer Liste von Arzneimitteln, aus denen die Erstverordnung ausgewählt wurde. Mit Bedacht wurde nicht das hinterher verordnete Mittel an die erste Stelle gesetzt.

Tab. 3.1: ADHS-Störungsbilder mit wichtigen Mitteln

<b>Motorische Hyperaktivität</b> (☞ 3.6.1)	<i>Agaricus, Arsenicum album, Calcium-Salze v.a. mit Halogenverbindungen (calc-br, calc-f, calc-i), Carcinosinum, Kalium bromatum, Lycopodium, Medorrhinum, Sulphur, Tarentula, Tuberculinum, Veratrum album, Zincum</i>
<b>Oppositionelles Verhalten und Aggressivität</b> (☞ 3.6.2)	<i>Anacardium, Aranea ixobola, Belladonna, Calcium phosphoricum, Capsicum, Cina, Ferrum metallicum, Histaminum, Hyoscyamus, Lycopodium, Lyssinum, Magnesium carbonicum, Sulphur, Stramonium, Tarentula, Tuberculinum</i>
<b>Aufmerksamkeitsdefizit und Entwicklungsverzögerung</b> (☞ 3.6.3)	<i>Ambra grisea, Barium carbonicum, Bufo rana, Calcium carbonicum, Calcium phosphoricum, andere Calcium Salze (insbesondere Halogenverbindungen), Carcinosinum, Chocolate, Helleborus, Lycopodium, Phosphorus, Tuberculinum</i>
<b>Aufmerksamkeitsdefizit mit Angst und/oder Depression</b> (☞ 3.6.4)	<i>Aconitum, Arsenicum album, Bismuthum, Carcinosinum, Cro-talus horridus, Colocyntis, Natrium sulphurium, Phosphorus, Stramonium</i>

### 3.6.1 Motorische Hyperaktivität

Tab. 3.2: Wichtige Mittel bei motorischer Hyperaktivität

<b>Agaricus</b>	Störung der Fein- und Grobmotorik, Zuckungen, mangelnde Gefahreinschätzung, Entwicklungsverzögerung (☞ 6.2)
<b>Arsenicum album</b>	Unruhe mit Angst, zwanghafte Ordnung, nächtliche Panikattacken (☞ 6.6)
<b>Calcium-Salze</b>	Ängste, Schläffheit, Entwicklungsverzögerung, Eigensinn (☞ 6.11)
<b>Calcium phosphoricum</b>	Unzufriedenheit, Entwicklungsverzögerung, körperliche Symptome bei seelischen Belastungen (☞ 6.12)
<b>Carcinosinum</b>	Perfektionismus, Blockade bei Anforderungen, Typ 1: Überanpassung, überempfindlich gegen Tadel, Typ 2: Rebellion (☞ 6.14)
<b>Kalium bromatum</b>	Zupfen an Gegenständen und Kleidern, Zittern, Angstzustände, schlimmer nachts, hohe moralische Ansprüche (☞ 6.20)
<b>Lycopodium</b>	Angepasstes Verhalten in der Schule oder Gruppe, aber diktatorisches Verhalten gegenüber Familie oder Bekannten, Konzentrationsschwäche mit vielen Flüchtigkeitsfehlern, Legasthenie (☞ 6.21)
<b>Medorrhinum</b>	Überdrehtheit, immer in Eile, gegensätzliches Verhalten, Boshaftigkeit, Nägelbeißen (☞ 6.24)
<b>Sulphur</b>	Schwierigkeiten beim Akzeptieren von Regeln, kann sich nicht einordnen, Unordentlich (☞ 6.32) →

**Tab. 3.2: Wichtige Mittel bei motorischer Hyperaktivität**

<b>Tarentula hispanica</b>	Motorische Ruhelosigkeit, Musik und Rhythmus bessern, intrigantes Verhalten	(☞ 6.33)
<b>Tuberculinum</b>	Hohes Energiepotential mit starker motorischer Unruhe, ständig neue Beschäftigungen, Wutanfälle, Zähneknirschen im Schlaf	(☞ 6.35)
<b>Veratrum album</b>	Extreme innere Unruhe mit sich ständig wiederholenden Handlungen, Ehrgeiz	(☞ 6.36)
<b>Zincum metallicum</b>	Ständige motorische Unruhe, vor allem in den Beinen	(☞ 6.37)

## ■ Kasuistik 1: David

### Anamnese

#### Erstuntersuchung

David (neun Jahre) ist in der dritten Klasse Grundschule, als er zur Erstanamnese kommt: ein aufgeweckter Junge, rotblond, relativ klein für sein Alter, mit charmanthem Lächeln und dem Schalk im Auge. David ist sehr neugierig, fragt nach allen möglichen Gegenständen im Sprechzimmer, will wissen, wofür die vielen Bücher notwendig sind, ob mein Computer der billige von Aldi ist. Dabei ist er freundlich und umgänglich, aber auch in dieser Einzelsituation recht anstrengend.

Zunächst ist er sehr unruhig, rutscht auf dem Stuhl hin und her oder bewegt ständig mindestens ein Körperteil. Sobald man ihm jedoch eine Aufgabe gibt, wird er viel ruhiger, vertieft sich darin und ist nicht mehr zu stören.

Als er den Sitzplan der Klasse zeichnen soll (☞ Abb. 2.3), entwickelt er ein ganzes Soziogramm, in dem er die Beziehungen aller Klassenkameraden zu ihm dokumentiert. Es stellt sich heraus, dass er nur wenige Freunde, aber viele Gegner hat. Besonders zwei machen ihm zu schaffen, schlagen und ärgern ihn während der Pause oder auf dem Schulweg. Einer hat ihn einmal an ein Gitter gebunden und dort stehen gelassen. David wehrt sich in solchen Situationen nicht.

Beim Zeichentest „Baum/Haus/Familie“ (☞ 2.7 Untersuchungsgang zur Eingangsdiagnostik) entwirft er ein für seine Altersklasse erstaunliches Gemälde (☞ Abb. 2.4). Von meinem Lob beflügelt, ist er nicht mehr zu bremsen und entwirft aus dem Stegreif ein Labyrinth, durch das es tatsächlich nur einen Weg gibt (☞ Abb. 3.3), und eine „maritime Studie“ (☞ Abb. 3.4).

Beim Zeichnen ist er voll konzentriert, ruhig und bleibt bei der Sache. Wenn er beschäftigt ist, wirkt er vollkommen ausgeglichen, motiviert und zufrieden. Ist die Aufgabe erledigt, muss allerdings direkt die nächste kommen, sonst beginnen Unruhe und Zappeligkeit von neuem.

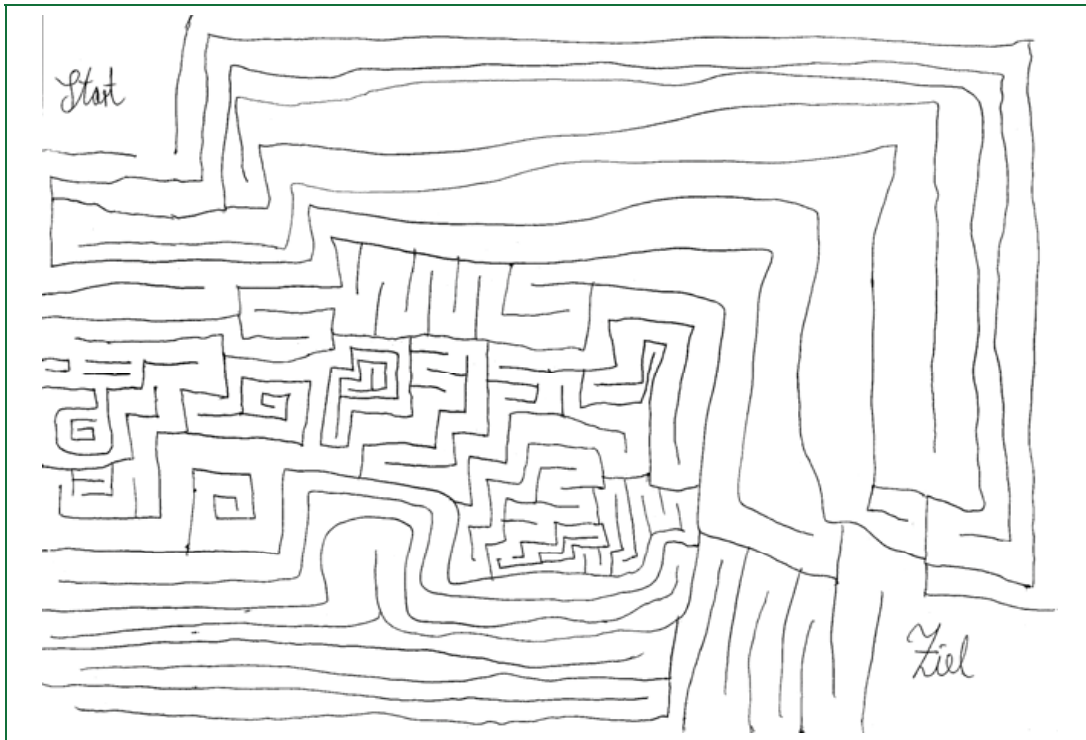


Abb. 3.3: Labyrinth (David, neun Jahre)

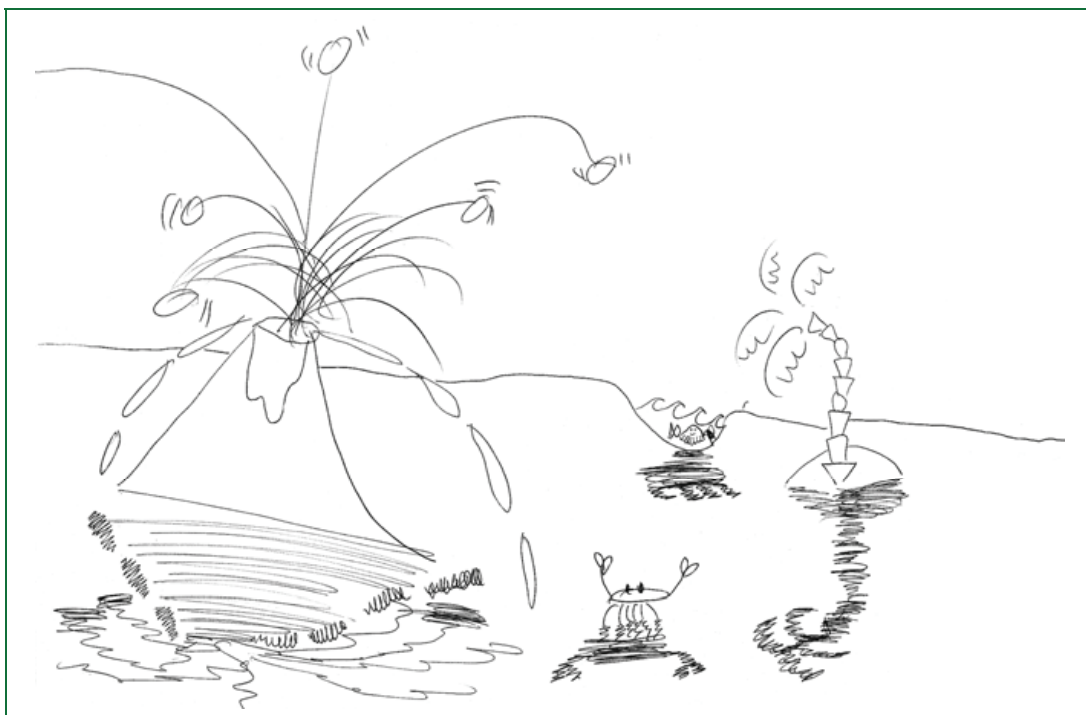


Abb. 3.4 Maritime Studie mit Einsiedlerkrebsen (David, neun Jahre)

### Schulsituation

Seine schulischen Leistungen sind sehr unterschiedlich, die meisten Schwierigkeiten hat er in Mathematik (Durchschnittsnote Fünf plus). Bei Mathetests hat er Schwie-

rigkeiten, sich die Zeit einzuteilen, er träumt vor sich hin, vergisst Gelerntes, wird bei Fehlern wütend auf sich und schlägt sich dann selber. In Heimat- und Sachkunde ist er sehr gut.

Wegen seiner Unruhe, seiner wechselnden Leistungen und seines Sozialverhaltens hat die Lehrerin mehrfach darauf gedrängt, David mit Ritalin<sup>®</sup> zu behandeln. Seine Mutter hat dies jedoch immer vehement abgelehnt.

### **Körperliche Untersuchung**

Bei der körperlichen Untersuchung zeigen sich wenig Auffälligkeiten. David hatte als Kleinkind an Neurodermitis gelitten, eine Krankheit, von der die Mutter ebenfalls betroffen war. Er hat ein extremes Verlangen nach Schokolade, die aber seine Unruhe verschlimmert. Das Gleiche gilt für Haferflocken. Er trinkt gerne kaltes Wasser, schwitzt viel, schläft gut und regelmäßig.

Auffällig ist noch seine Geräuschempfindlichkeit. Selbst Vogelstimmen können ihm zu laut sein.

### **Beobachtungen der Mutter**

Ich bat seine Mutter, einige Notizen zu Davids Verhalten zu machen:

„**Stimmung:** nervös, unruhig, kann nicht stillsitzen, zeitweise schwatzhaft, nur noch selten fröhlich, er ist traurig und resigniert. Häufig wirkt er abgeschlagen.

Er bringt nichts zu Ende, weint, wenn etwas nicht klappt, haut sich gegen den Kopf, wenn er einen Fehler macht. Er verzeiht sich selber nicht.

Er ist verzweifelt, hat Angst vor der Zukunft.

Er hat kaum noch Freunde, ist oft wochenlang allein und leidet unter der Einsamkeit. Andererseits reizt er seine Schulkameraden durch sein Benehmen.

Seine Intelligenz geht zurück.

Wenn er unbedingt etwas will, gibt er keine Ruhe, bis er es entweder hat oder ich mit ihm geschimpft habe.

Häufig zerreißt David seine Kleidung.

**Verhalten zu Hause:** sehr wechselhaft. Wenn es ihm gut geht, ist er höflich, zuvorkommend, hilfsbereit, lieb, voller Mitgefühl, umsichtig, hilft gelegentlich freiwillig im Haushalt. Er ist dann eigentlich so, wie es sein sollte, was aber nicht oft vorkommt. Dann bastelt er, malt mit Leidenschaft, erfindet Comics, schreibt Geschichten oder geht in den Keller und arbeitet mit Holz. Er sägt, hämmert und werkelt, hat schon eigene Erfindungen gemacht. Er stellt sich sehr geschickt an. Man merkt, dass es ihm Spaß macht. David hat sich schon einige Spielzeuge selber gemacht. Dabei kann er sich stundenlang ohne Probleme konzentrieren.

Wenn es ihm schlecht geht, dann neigt er zum Grabschen. Er hat schon fremde Leute begrabscht an Brust, Po oder Penis.

Ordnung ist für ihn ein Fremdwort. Wo er ist, ist auch Chaos. Sein Schulranzen fliegt in die Küche, Spielzeug wird im ganzen Haus verteilt usw.

**Verhalten in der Schule:** Oft ist er unkonzentriert, lässt sich von allem und jedem ablenken, hat schnell den Faden verloren, stört andere im Unterricht, macht nicht mit, holt seine Schulsachen nicht hervor, oder räumt sie nicht weg. Die ganze Klasse muss an der Tür warten, bis David nach mehrfacher Aufforderung seine Sachen eingeräumt hat. Vorher darf keiner gehen.

Er verdreht Zahlen, kann nicht zwei und zwei zusammenrechnen, stiert Löcher in die Luft, zimal muss man ihn auffordern, leichte Aufgaben zu erledigen. Er schreibt nicht mit, wenn er soll. Einmal hat er ein leeres Blatt beim Aufsatzschreiben abgegeben. Beim nächsten Aufsatz hat er dann eine Zwei plus geschrieben.

Er benimmt sich sehr kindlich, zieht Grimassen, wälzt sich auf dem Boden herum, lässt sich nicht anschieben oder zu schnellerer Arbeit bewegen, geht unbeirrt seinen negativen Weg weiter. Er schaukelt mit dem Stuhl, setzt sich verkehrt herum darauf, liegt auf dem Tisch oder auch darunter, spritzt ein Getränk anderen Kindern an den Kopf, auf Kleider und an die Klassenwand. Gelegentlich beißt er. Er kann rücksichtslos und ungeduldig sein. Manchmal hat er arrogante Züge an sich.

Weder gutes Zureden noch Strafen helfen. Bei der nächsten Gelegenheit ist alles wieder so wie vorher.

Die anderen Kinder stören sich hauptsächlich daran, dass er alles aufhält, stört und nicht mitmacht, dass er sich oft so kindisch benimmt, kichert und wirt wirkt. Er zeigt ein regelrecht idiotisches Verhalten, wie von einem anderen Stern. Deshalb gibt es viele Schwierigkeiten mit den Lehrern und Schulkameraden. Er wird öfters bedroht. Ein Schulkamerad setzte ihn auf die „Mega-Schlägerliste“. Er wurde gefesselt, getreten, mit der Sporttasche geschlagen, mit der Faust in den Bauch und in die Genitalien geboxt. David beteuert, nichts gemacht zu haben. Doch hängt er sich immer wieder an diese Jungen. Er wird von allen gemieden und ausgeschlossen. Dieses Jahr wird wohl niemand aus seiner Klasse zum Geburtstag kommen.

Körperlich ist er zwei Jahre zurück. Er ist der kleinste in der Klasse.

**Hausaufgaben** sind eine Tortur. Er sitzt vor den Aufgaben, windet sich wie ein Wurm, kann sich nicht konzentrieren und schon gar nicht dazu durchringen weiterzuarbeiten. Nur auf Verbote und Drohungen reagiert er gelegentlich noch. Wir finden das schrecklich. Doch alles andere führt bei ihm zu nichts.

**Essen** ist ein tägliches Drama. Wir sind schon fast fertig mit Essen, bevor er überhaupt eine Gabel im Mund hat. Zwischendurch muss er auf die Toilette oder Hände waschen, dann rührt er im Teller, bis das Essen auf dem Tisch oder der Teller auf der Hose liegt. Nur wenn er irgendetwas mit Schokolade bekommt, haut er rein und hat in Sekundenschnelle seinen Teller leer. Obst und Gemüse meidet er, wo er nur kann.

**Allergien:** Neurodermitis als Säugling, seit dem ersten Geburtstag beschwerdefrei. Er reagiert auf Kakao in jeder Form, auf gespritztes Obst und Gemüse, auf Spritzmittel in der Luft – wir wohnen in einer Obst- und Weinbaugegend. Er reagiert auf den Geruch von Kleber, der ihn wie betrunken macht.

Ausgeprägte **Unfallneigung:** Er fällt über die eigenen Füße oder vom Stuhl. Bei einem Sturz mit dem Fahrrad erlitt er beinahe einen Schädelbruch. Er fällt beim Hüpfen auf dem Sofa und bricht sich den Arm, er haut sich mit dem Beil in den Zeh.

**Empfindungen:** Er ist sehr schmerzempfindlich. Manchmal erträgt er es kaum, berührt zu werden. Er ist sehr geräuschempfindlich. Auch leise Musik im Radio oder das Ticken der Uhr stören ihn, zum Beispiel bei den Hausaufgaben. Der Lärm im Klassenzimmer ist oft unerträglich für ihn.

**Körperkraft:** im Sport ist er schnell und kraftvoll, jedoch nicht auf Dauer stark belastbar.“

## Verordnung

*Veratrum album* C 200.

## Verlauf

### Zwei Wochen später

Per Fax erhalte ich folgende Rückmeldung von Davids Mutter: „David wirkt sehr depressiv, verzweifelt schon beim kleinsten Fehler. Er leidet seit Beginn der Behandlung an Juckreiz, der gestern Abend so schlimm war, dass er um 23 Uhr weinte und fast verrückt wurde. Er konnte nicht schlafen. Auch heute ist er wieder sehr depressiv und weint viel. Andererseits erwachen seine tollen Ideen wieder. Er liest und malt, werkelt den ganzen Tag. Wie soll ich mich verhalten? Darf ich ihm etwas gegen den Juckreiz geben? Er hat blutig gekratzte Beine. Was kann ich wegen seiner Traurigkeit tun?“

Wir beschließen, zunächst abzuwarten.

### Sechs Wochen später

Bei der nächsten Vorstellung geht es David deutlich besser. Im Deutschaufsatz hat er als Einziger eine Eins geschrieben. Er ist sehr stolz. Er durfte vor der ganzen Klasse den Aufsatz vorlesen – und alle haben geklatscht. In Mathematik hat er sich auf eine Zwei verbessert.

Die Mutter berichtet, David sei ausgeglichener. Letzte Woche war sein Geburtstag. Entgegen aller Befürchtungen wären vier Klassenkameraden gekommen. Sie hätten den ganzen Tag Fußball gespielt und es sei ein rundum gelungenes Fest gewesen.

Zwischendurch hat es ein Schulfest gegeben. Davids Klasse hat bei einem Wettbewerb mitgemacht und gewonnen. Er hat sich für ein Rätsel folgende Frage ausgedacht: „Wie trennt man eine Mischung aus Salz und Pfeffer?“ Die soziale Integration funktioniert viel besser. Von der Lehrerin gab es ein sehr gutes Feedback. Er fährt jetzt mit dem Fahrrad zur Schule und ist dabei vorsichtig. Sein Appetit ist immer noch nicht sehr ausgeprägt. Bei den Hausaufgaben hat der Punkteplan (☞ Tab. 4.1) Wunder gewirkt. Der Juckreiz ist im Laufe der dritten Woche abgeklungen, die Haut wieder verheilt.

**Verordnung:** Fortsetzung der Behandlung mit *Veratrum album* LM III.

### Sechs Wochen später

In der letzten Zeit war David wieder unkonzentrierter, hat wieder mehr Schwierigkeiten in Mathematik und zieht sich in der Klasse zurück. Mit dafür verantwortlich ist eine Enttäuschung bei den Bundesjugendspielen: Er hat sich sehr angestrengt, aber für seine Mühe und Teilnahme noch nicht einmal eine Urkunde erhalten. Ein schönes Erlebnis war, dass er bei einem Freund übernachten durfte, mit dem er viel Zeit verbringt.

**Verordnung:** Ich lasse *Veratrum album* weiterlaufen und gebe als Ergänzungsmittel einmalig *Chocolade* in der C 30, das mir differentialdiagnostisch schon die ganze Zeit durch den Kopf gegangen war.

### Weitere sechs Wochen später

David geht es wieder besser, er hat sich kontinuierlich stabilisiert. Motorisch ist er sehr viel ruhiger geworden. Die soziale Einbindung macht weiter Fortschritte, er hat

zwei Einladungen zum Kindergeburtstag bekommen. Das Zeugnis fiel besser als erwartet aus, auch in Mathematik konnte er sich auf eine Vier retten.

### **Acht Wochen später**

Seit drei Wochen hat David kein *Veratrum* mehr genommen. Seit dieser Zeit ist es kontinuierlich schlechter geworden. Um die Mittelwirkung besser differenzieren zu können, gebe ich das Ergänzungsmittel *Chocolade* alleine in der C-200-Potenz.

Beim vereinbarten Telefontermin **zwei Wochen später** berichtet Davids Mutter, dass in der ersten Woche eine Verbesserung zu verzeichnen gewesen sei, die aber nicht anhalten würde. Nachdem wir zwei weitere Wochen ohne Besserung abgewartet haben, verordne ich wieder *Veratrum album* LM VI.

Beim Follow-up **sechs Wochen später** hat sich wieder eine Besserung eingestellt.

### **Ein Jahr später**

David hat es auf die Realschule geschafft. Er kommt gut mit, auch wenn er auf Anforderungen manchmal nicht schnell genug reagiert. Auch seinen Freund hat er behalten, mit dem er in dieselbe Klasse geht.

### **Epilog**

Obwohl sich Davids Verhalten deutlich stabilisiert hat, bekommt er auch auf der Realschule immer wieder Ärger. Wegen seines andersartigen Verhaltens wird er von seinen Mitschülern immer wieder verspottet, gehänselt und geärgert. Seine schulischen Leistungen sind zufrieden stellend, laufen aber Gefahr, unter dem wachsenden sozialen Leidensdruck abzufallen.

## **Essenz Kasuistik 1 (David)**

### **Ausgangssituation**

Der neunjährige David besucht die dritte Klasse Grundschule. Seine Noten sind schlecht, sein Verhalten ist hyperaktiv, kindisch und wird vom Klassenverband als störend empfunden. Die Klassenlehrerin hat eine Behandlung mit Ritalin® gefordert.

### **Aussehen und Kontakt**

Für sein Alter ist David zu klein. Er ist neugierig, freundlich und umgänglich; zugleich überaktiv und anstrengend.

### **Körperliche Symptome**

Als Kleinkind Neurodermitis, auch die Mutter leidet heute noch an Neurodermitis. Extreme Geräuschempfindlichkeit. Sportliche Statur, verträgt aber keine Dauerbelastung. Übermäßiges Verlangen nach Schokolade, die seine Unruhe verschlimmert (ebenso Haferflocken).

### **Gemütssymptome**

Ruhelosigkeit, besser durch Beschäftigung. Konzentrationsschwierigkeiten, Schwatzhaftigkeit. Hartnäckig in der Willensdurchsetzung; verzweifelt, wenn er Fehler macht. Wechselhafte Stimmungen: mitfühlend, höflich und hilfsbereit im Kontrast zu kindischem, ungeduldigem und auch rücksichtslosem Verhalten. Verlangen, Fremde zu „begrapschen“, wenn es ihm schlecht geht. Zerreißt seine Kleidung. In der Schule wird er von Mitschülern bedroht und geschlagen, wehrt sich aber nicht dagegen. Unfallneigung.

**Verordnung**

*Veratrum album* C 200, LM III – VI. *Chocolade* als Ergänzungs- (C 30) und als Einzelmittel (C 200).

**Beobachtungszeitraum**

Zwei Jahre

**Fallanalyse**

David's **Ruhelosigkeit** besserte sich, sobald man ihm etwas zu tun gab oder er sich selber beschäftigen konnte. Diese Besserung hing allerdings von der Motivation ab, mit der er die Aufgabe anging: keine eigene Motivation bei Hausaufgaben, erst als er durch den Punkteplan (☞ Tab. 4.1) einen Anreiz bekam, funktionierte das Erledigen der Hausaufgaben, und die Konzentrationsschwierigkeiten ließen nach. Leitmotiv für die Mittelwahl war die Unruhe, die sich durch Beschäftigung bessert.

David war sehr **hartnäckig**, beharrlich und **eigensinnig**. Gleichzeitig sprühte er vor Ideen und **guten Einfällen**. Zeitweise wirkte er hochmütig und arrogant.

Sein Verhalten konnte **kindisch** und **albern** sein mit **Grimassieren** und albernem Kichern. Er wirkte dann oft **idiotisch** oder „als ob er von einem anderen Stern käme“. Frei interpretierend habe ich dieses Symptom übersetzt in „Gemüt – Wahnideen – Ausland zu sein, im“.

In dieser Rubrik steht *Veratrum album* als einziges Mittel, das ich auch einem erwachsenen Patienten mit ähnlicher Symptomatik mit Erfolg gegeben hatte („Mein ganzes Leben lang hatte ich immer den Eindruck, ich würde nicht richtig verstanden, und zwar auf allen kommunikativen Ebenen. Ich hatte häufig den Eindruck, ich spreche eine andere Sprache, als ob ich in einem fremden Land oder auf einem fremden Stern wäre.“).

Auffallend war David's **Distanzlosigkeit**, vor allem wenn es ihm schlecht ging. Er überschritt dann Grenzen und drang in die Intimsphäre von fremden Personen ein. Übersetzt habe ich diese Auffälligkeit mit der Rubrik „Gemüt – küsst – jeden“.

Oft zerriss David seine Kleidung. Er zeigte eine große sowohl emotionale als auch **sensorische Empfindlichkeit**. Deutlich war auch sein **ausgeprägtes Verlangen nach Schokolade**, obwohl diese sein Befinden und Verhalten merklich verschlechterte. Im körperlichen Bereich fiel auf, dass er, obwohl eigentlich sportlich, sehr schnell erschöpfte.

Tab. 3.3: Ergebnis RADAR-Analyse Kasuistik 1

1.	Gemüt – Ruhelosigkeit	1
2.	Gemüt – Ruhelosigkeit – geistige Anstrengung amel.	1
3.	Gemüt – Ruhelosigkeit – geschäftig	2
4.	Gemüt – Beschäftigung – amel.	1
5.	Gemüt – Hartnäckigkeit, Beharrlichkeit	1
6.	Gemüt – eigensinnig, starrköpfig, dickköpfig	1
7.	Gemüt – Ideen, Einfälle – Reichtum an, Klarheit des Geistes	1
8.	Gemüt – hochmütig – arrogant	1
9.	Gemüt – Kichern	1
10.	Gemüt – Lächeln – albern	1
11.	Gemüt – Wahnideen – Ausland zu sein, im	1
12.	Gemüt – küsst jeden	1
13.	Gemüt – zerreißt – Gegenstände	1
14.	Gemüt – zerreißt – Gegenstände – Kleidung	1
15.	Gemüt – empfindlich	1
16.	Allgemeines – Speisen und Getränke – Schokolade – Verlangen	2
17.	Allgemeines – Speisen und Getränke – Schokolade – agg.	3
18.	Allgemeines – Schwäche – schnell zunehmend	2

	1 <i>verat</i>	2 <i>positr</i>	3 <i>lyc</i>	4 <i>puls</i>	5 <i>hyos</i>	6 <i>choc</i>	7 <i>nat-sil</i>	8 <i>nux-v</i>	9 <i>caust</i>
	15/24	13/13	11/28	11/20	11/16	11/11	11/11	10/18	10/15
1.	X	X	X	X	X		X	X	X
2.	–	–	–	–	–	–	–	–	–
3.	X	–	–	–	X	X	–	X	–
4.	X	X	X	X	–	–	X	X	–
5.	–	X	–	–	–	–	X	–	–
6.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8.	X	X	X	X	X	–	–	X	X
9.	–	X	–	–	–	X	–	–	–
10.	X	–	–	–	X	–	–	–	–
11.	X	–	–	–	–	–	–	–	–
12.	X	–	–	–	X	–	–	–	–
13.	X	–	–	–	X	–	–	X	–
14.	X	–	–	–	X	–	–	X	–
15.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16.	–	X	X	X	–	X	X	–	X
17.	–	X	X	X		X	X	–	X
18.	X	–	–	–	–	–	–	–	–

## Fazit

Durch die homöopathische Behandlung in Kombination mit Veränderungen im sozialen und vor allem schulischen Umfeld ließ sich eine deutliche Stabilisierung und Verbesserung der Situation erreichen. David ist mehr in seiner Mitte, wird aber eine auffällige Persönlichkeit bleiben – anstrengend und zugleich eine wertvolle Bereicherung für seine Mitmenschen. Das Behandlungsziel war nicht, eine andere Persönlichkeit aus ihm zu machen.

## Arzneimittelbild *Veratrum album* (☞ 6.36)

Charakteristisch für *Veratrum album* ist seine ausgeprägte **Überaktivität** und **Ruhelosigkeit**.

Sobald seine Tätigkeit Anerkennung fand, wiederholte David sie so lange wie möglich. Dabei erschöpfte er sich und vor allem seine Umgebung, von der er ständig Lob erwartete.

Neigung zur Ausbildung **manischer Züge** und von **Wahnideen** (religiöser Wahn oder Wahn, eine „hochgestellte Persönlichkeit“ zu sein). *Veratrum* ist **ehrgeizig** und leicht **beleidigt**. Herabgesetztes **Selbstwertgefühl**, was durch **Perfektionismus** und **anmaßendes Verhalten** kompensiert wird. **Obszönes Verhalten** mit nachfolgenden **Schuldgefühlen**, die wiederum Wut auslösen, die sich zu heftigen Anfällen bis hin zum **Delir** steigern kann. Danach fällt der Patient in **Depression**, **Hoffnungslosigkeit** und eine **kollapsartige Schwäche**.

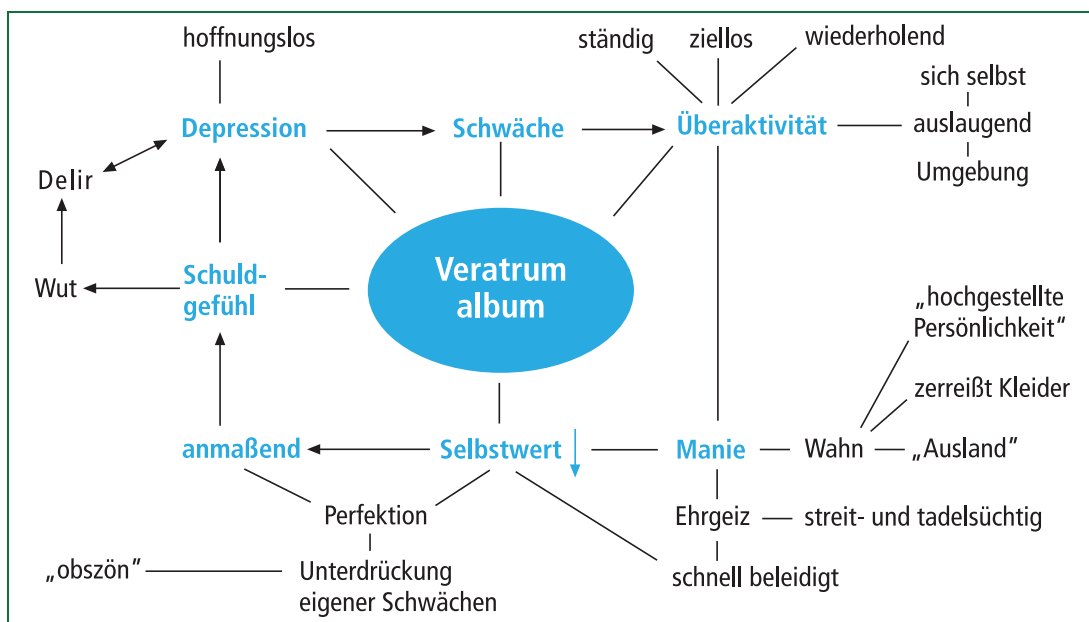


Abb. 3.5: *Veratrum album* bei ADHS

## Arzneimitteldifferenzierung

### Chocolade

Relativ neues und in den Repertorien noch nicht oft vertretenes Mittel. *Chocolade* hat ebenfalls eine geschäftige Unruhe, verhält sich kindisch, ist ideenreich und kann arrogant wirken. Es zeigt vor allem das ausgeprägte Verlangen nach Schokolade bei

gleichzeitiger Verschlimmerung der Beschwerden. Dieses „eigentümliche“ Symptom wurde durch *Veratrum album* nicht abgedeckt.

*Veratrum* erschien aufgrund der Symptomedichte wahrscheinlicher. Als die Wirkung von *Veratrum* nachließ, gab ich *Chocolade* als Ergänzungsmittel. Die darauf eintretende Besserung konnte nun keinem der beiden Mittel zugeschrieben werden. Deshalb gab ich *Chocolade* als Einzelmittel, und zwar in einer Phase, wo David zwar unruhig, aber die Situation in der Schule nicht durch einen anstehenden Zeugnistermin zusätzlich belastet war. Als Einzelmittel brachte *Chocolade* jedoch keine Verbesserung mehr.

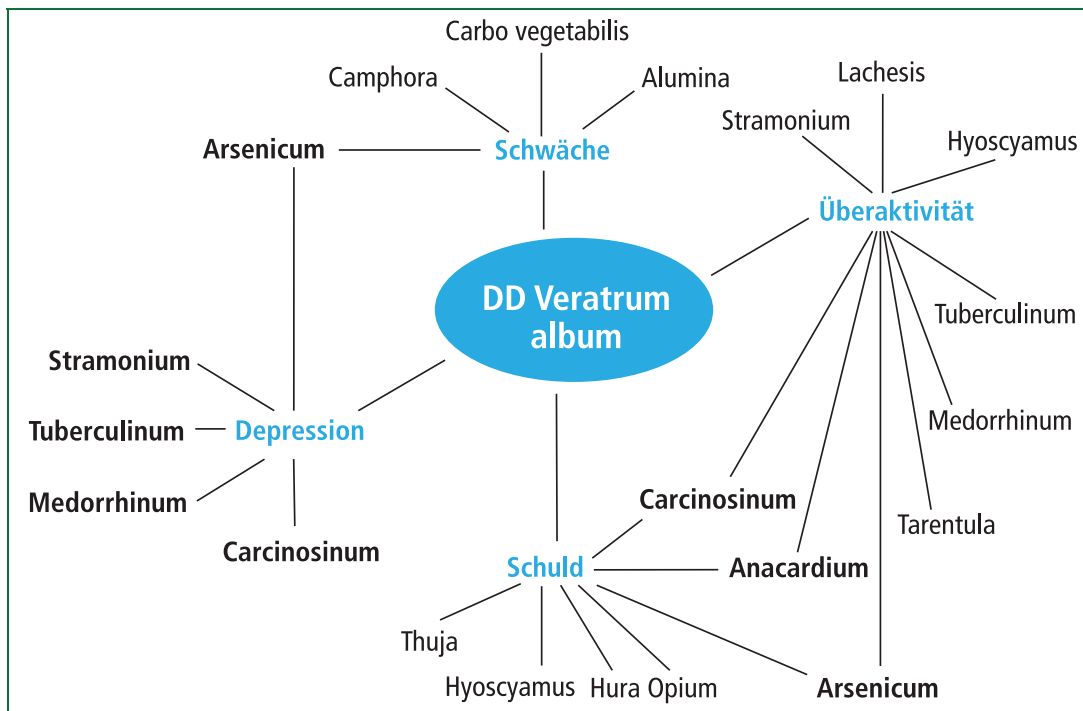


Abb. 3.6: Differentialdiagnose *Veratrum album*

### Hyoscyamus (☞ 6.19)

Für *Hyoscyamus* sprach das betont schamlose Verhalten mit „grapschenden“ Übergriffen auf fremde Personen. *Hyoscyamus* ist ebenfalls ruhelos, albern, eigensinnig, ideenreich und überempfindlich im sensorischen Bereich. Es zeigt aber meist eine Eifersucht, die sich bei David nicht finden ließ.

### Stramonium (☞ 6.31)

Deckt die gleichen Symptome ab wie *Hyoscyamus*, zeigt aber mehr Angst und Wut.

### Natrium carbonicum

Einziges Mittel in der Rubrik: „Gemüt – Ruhelosigkeit – geistige Anstrengung verbessert“. Auch *Natrium carbonicum* kann albern und dickköpfig sein. Die Ruhelosigkeit wurde bei David aber durch angenehme Beschäftigung und nicht nur durch geistige Tätigkeit gebessert.

## ■ Kasuistik 2: Severin

### Anamnese

#### Erstvorstellung

Severin (sechs Jahre) ist bei der Erstvorstellung in der ersten Klasse. Er ist ein kluger Junge, der ohne Probleme alleine mit ins Sprechzimmer kommt, sehr gut Kontakt zu mir aufbaut und alle Tests mit Bravour meistert, die in den kognitiven und sprachlichen Bereich hineingehen (§ 2.7.2 Eingangsdiagnostik). Im Lesen ist er sehr weit. Das Buch „Wer hat dem kleinen Maulwurf auf den Kopf gemacht?“, in dem Kinder seines Alters im Allgemeinen einzelne Wörter erkennen können, liest er mir von vorne bis hinten intoniert vor. Den Film mit der Geschichte von der Hexe Zilly (§ 2.7.2 Eingangsdiagnostik) schaut er sich mit Interesse an und kommentiert sofort: „Wenn da alles schwarz ist, und das Probleme macht, warum zaubert sie den Kater dann nicht einfach weiß?“

Severin hat eine Vorliebe für gekochte Eier, Milch und Milchprodukte und ein ausgeprägtes Süßigkeitsverlangen. Er ist selten durstig, trinkt aber gerne kaltes Wasser und mag keine Hitze. Vor Hunden hat er, wenn nicht Angst, so doch Respekt.

#### Körperliche Untersuchung

Auf der körperlichen Ebene zeigt Severin Defizite. Er hat zum Beispiel bei der Stiftführung Schwierigkeiten mit der Feinmotorik. Der Muskeltonus ist insgesamt hypoton, wodurch es zu Beeinträchtigungen im grobmotorischen Bereich kommt. Die sensorische Integration ist insgesamt gestört.

Bis auf gelegentliche Halsschmerzen ist Severin sonst völlig gesund.

#### Kindergarten

Die Problematik hatte schon im Kindergarten begonnen. Schriftlicher Bericht einer Kindergärtnerin: „Severin benötigt sehr viel Zuwendung und Kontakt zu Erziehern. Er übt zwar die Kontaktaufnahme mit den anderen Kindern, es fällt ihm jedoch schwer, sich in die Gruppe zu integrieren. Er braucht sehr viel Körpergefühl. Er kann sich minutenlang im Kreis drehen, um dabei seinen Körper zu spüren.“

Oft ist er so in Gedanken, dass er bestimmte Gegenstände oder Personen nicht wahrnimmt. Er rennt zum Beispiel gegen eine große Schachtel, wenn er durch das Zimmer läuft, obwohl er sie eigentlich registrieren müsste. Danach passiert ihm das meist noch ein zweites Mal.

Bei Konflikten, auch mit den Erziehern, legt er sich auf den Boden, fängt an zu wienen, und gegen Gegenstände zu treten. Wenn man ihn dann ganz fest umarmt und ihm sagt, dass er erst einmal zur Ruhe kommen soll, wird er langsam ruhiger. So verhält er sich auch, wenn es um etwas geht, was er im Moment gerade nicht haben kann.

Wenn man versucht, Severin etwas zu erklären, muss man ihn zunächst bitten, ruhig zu werden und den Gesprächspartner anzuschauen. Nur dann nimmt er das Gesprochene auf und registriert, was man sagt.

Im sprachlichen und kognitiven Bereich ist Severin sehr weit in seiner Entwicklung, möglicherweise zu weit. Die Entwicklung im Wahrnehmungsbereich weist dagegen Defizite auf.

Severin hat viele Probleme mit Ausdauer und Konzentration. Er kann keine fünf Minuten im Stuhlkreis oder bei einer Beschäftigung sitzen bleiben. Er malt gerne im Stehen oder im Liegen. Bei Bilderbuch-Betrachtungen steht er nach kurzer Zeit auf und kann das ganze Buch nacherzählen. Oder er stellt so viele Fragen, dass die anderen Kinder überhaupt keine Chance haben, etwas zu sagen. Bittet man ihn darum, doch etwas Rücksicht auf die anderen zu nehmen, hält er sich für eine Minute daran.“

Die Leiterin des Kindergartens berichtet vor der Einschulung an die Lehrerin: „Severin ist in unserer Gruppe sehr auffällig. Er beschlagnahmt den Erzieher oder andere erwachsene Personen sofort für sich und unterhält sich lieber mit ihnen, statt mit den Kindern zu spielen. Dies liegt aber nicht daran, dass ihm keine altersentsprechenden Spielmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden, sondern dass Severin die Spiele sofort begreift und sie ihm schnell zu langweilig werden. Er hilft stattdessen lieber den Erziehern. Severin hatte keinen richtigen Freund in der Gruppe. Er möchte gerne sofort die Regie übernehmen, aber seine Spiele sind zu erwachsen und für die kleinen sowie für die gleichaltrigen Kinder nicht nachzuvollziehen. Sein Verhalten macht ihn schnell zum Außenseiter der Gruppe.“

Den Eltern wird geraten, Severin in eine sonderpädagogische Förderschule einzuschulen.

#### **Schulsituation**

Severin: „Ich passe schon gut auf, die Lehrerin aber nicht. Sie sieht nicht, wenn ich mich melde. Dann klopfe ich mit dem Stift auf die Tafel hinter mir oder auf den Tisch. Neulich hat sie genau gesehen, dass ich mich melde, aber dann doch jemanden gefragt, der sich damit gar nicht gut auskannte. Ein anderes Mal hat sie mir den Rücken zgedreht, sodass sie nicht sehen konnte, dass ich mich melde. Als ich sie dann am Kleid zupfte, wurde sie sehr wütend. Dabei hatte ich doch nur gedacht, dass sie gar nicht wissen konnte, dass ich mich melde. Manchmal rufe ich einfach rein, wenn ich nicht drankomme, dann ist sie auch sauer.

Immer wieder fragt sie die anderen und fragt immer nach denselben Sachen. Wenn sie es nicht weiß, warum fragt sie mich dann nicht?“

Aus diesen Schilderungen lassen sich die Probleme gut ableiten. Severins soziale Integration ist nicht sehr gut, obwohl er auch kein ausgesprochener Außenseiter ist.

Auf die Rückseite des Fragebogens zur ADHS-Diagnostik (☞ 2.4.3 Beurteilungsskala und Fragebögen) schrieb die Lehrerin: „Severin ist durch das geschilderte Verhalten in einer Regelschule nicht tragbar. Mehrfach musste er von der Klasse getrennt werden, wenn er den Unterricht massiv störte. Vermutlich leidet Severin unter ADHS, worauf sein Lernverhalten hindeutet: Bewegungsunruhe, Konzentrationsschwäche, ungesteuerte Reaktionen bei Wut und Freude, Wahrnehmungsstörungen, Ablenkbarkeit, rasche Ermüdbarkeit und verminderte Belastbarkeit. Die notwendige Zuwendung, die Severin benötigt, kann eine Lehrerin in einer Regelklasse nicht leisten.“

#### **Verordnung**

*Sulphur* Q 1, im weiteren Verlauf *Calcium carbonicum* C 200 (zweimal Einmalgabe), *Sulphur* bis Q 6.

## Verlauf

### Vier Wochen später

Die Eltern geben Entwarnung: In der Schule läuft es viel besser. Die Lehrerin hat nach einem gemeinsamen Gespräch den Antrag auf Versetzung in eine Förderschule vor deren Augen zerrissen. Severin zeigt sich ordentlicher und selbstbewusster. In vielen kleinen Situationen hat es einen positiven Schub gegeben.

### Sechs Wochen später

Die schulische Situation hat sich weiter stabilisiert. Das Zahlenverdrehen beim Rechnen (z.B. 14 und 41) hat sich gebessert. Probleme gibt es noch mit den so genannten Hausaufgabenblättern. Die Lehrerin hat sie dreimal mit Kommentaren für die Mutter versehen. Severin hat sie zu Hause aber nicht abgegeben. Weiterhin verliert er viele seiner Sachen.

Eine leichte Besserung ist eingetreten bei der Regulierung des Muskeltonus, der Bewegungskoordination und den ADHS-typischen Wahrnehmungsstörungen.

### Weitere sechs Wochen später

Telefongespräch mit der Mutter. Severin ist wieder etwas unruhiger und ablehnender. Er ist gerade in einer Ferienfreizeit und hat Schwierigkeiten, sich auf die neue Situation einzustellen.

### Wiederum sechs Wochen später

In der Kinderfreizeit hat er sich nach den Anfangsschwierigkeiten sehr wohl gefühlt. In der Schule läuft es gut. Er hat eine neue Lehrerin, mit der er sich prima versteht.

Die Mutter bestätigt seine Angaben. Die Lehrerin bezeichnete der Mutter gegenüber Severins Leistungen und Verhalten als zufrieden stellend. Die soziale Integration wird langsam besser. Severin geht jetzt zur Heilpädagogin. Auch hier gab es anfängliche Schwierigkeiten, vor allem mit dem Sitzenbleiben. Jetzt, nach der dritten Stunde, geht es viel besser. Während des Gesprächs mit der Mutter zappelt Severin auf seinem Stuhl herum. Ich frage ihn, wie es die Heilpädagogin anstellt, dass er bei ihr sitzen bleibt. „Die lässt sich vorher von mir die Unruhe geben.“ – „Das ist eine gute Idee! Komm, gib sie mir. Ich stecke sie in die Tasche. Nachher, wenn Du gehst, bekommst Du sie wieder.“ Severin reicht mir die Unruhe herüber. Ich lege sie weg, und für den Rest des Gesprächs kann Severin ruhig auf dem Stuhl sitzen und zuhören.

### Eineinhalb Jahre später

Eineinhalb Jahre nach Therapiebeginn kommt Severin wieder in die Sprechstunde. Mittlerweile ist er in der dritten Klasse. Seine Klassenlehrerin, die ihn schon seit der ersten Klasse kennt, hat der Mutter gestanden: „Wir hätten damals nicht an so eine positive Entwicklung geglaubt. Severin hat sich ganz toll gemacht. Er hat für mich ein Gedicht aufgeschrieben:

*„Eigener Herd ist Goldes wert  
Doch nicht so ist's beim Krankheitsherd  
Da bringt der fremde Gold allein  
Dem Arzt und Apotheker ein.“*

## Epilog

Severin ist inzwischen erfolgreich auf dem Gymnasium. In den vergangenen drei Jahren waren nur vereinzelte Mittelgaben erforderlich.

### Essenz Kasuistik 2 (Severin)

#### Ausgangssituation

Severin ist zu Beginn der Behandlung sechs Jahre alt. In der Grundschule hat er Schwierigkeiten wegen seines Verhaltens, das die Symptome einer ADHS-Störung zeigt, sowie wegen seiner schlechten Noten. Die Schulleitung hat den Eltern geraten, Severin in einer sonderpädagogischen Förderschule unterzubringen.

#### Aussehen und Kontakt

Kontaktfreudig, intelligent.

#### Körperliche Symptome

Störung der Feinmotorik, hypotoner Muskeltonus mit Beeinträchtigungen im grobmotorischen Bereich. Gestörte sensorische Integration. Keine besondere Anfälligkeit für Infektionskrankheiten bis auf gelegentliche Halsschmerzen.

#### Gemütssymptome

Hohe Intelligenz und schnelle Auffassungsgabe. Ruhelos, kann nicht ruhig sitzen bleiben; Mangel an Ausdauer. Dominant, diktatorisch im Umgang mit Gleichaltrigen. Geltungsdrang. Konzentrationsschwäche. Kann nicht zuhören, registriert das Gesagte nicht.

#### Verordnung

*Sulphur* Q 1 – 6. *Calcium carbonicum* C 200 (zweimal Einmalgabe).

#### Beobachtungszeitraum

Vier Jahre.

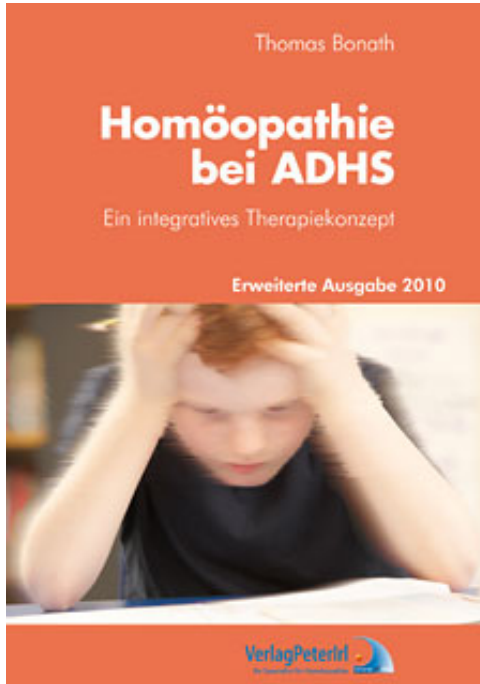
## Fallanalyse

Severin bot bis auf die **Störung der sensorischen Integration** wenig körperliche Symptome. Auch die **Essensmodalitäten** boten wenig Hinweise auf das Arzneimittel. Zwar mochte er gerne weich gekochte Eier, Milch und Milchprodukte und hatte ein ausgeprägtes Süßigkeitsverlangen, aber darauf allein wollte ich die Verschreibung nicht begründen. Er hatte **wenig Durst**, trank gerne **kaltes Wasser**, zeigte **Respekt vor Hunden**, mochte keine Hitze.

Die Verschreibung orientierte sich vor allem am Verhalten des Patienten. Es kamen zwei Mittel in Frage:

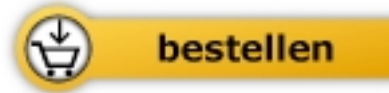
*Calcium carbonicum* wegen der bei diesem Mittel häufig anzutreffenden **Muskelhypotonie** und wegen der **motorischen Störungen**. *Sulphur* wegen des für dieses Mittel typischen Verhaltens: fordernd, dominant, braucht viel Beachtung, schnelle Auffassungsgabe. Ich entschied mich für *Sulphur*, da Severin nicht die typische *Calcium*-Ängstlichkeit zeigte.

Zwischendurch erhielt er zweimal eine jeweils einmalige *Calcium-carbonicum*-Gabe C 200, die jedes Mal die motorische Entwicklung förderte.



Thomas Bonath  
[Homöopathie bei ADHS](#)  
Erweiterte Ausgabe 2010

400 Seiten, geb.  
erschienen 2010



Mehr Homöopathie Bücher auf [www.narayana-verlag.de](http://www.narayana-verlag.de)