

INHALTSVERZEICHNIS

WAHRNEHMUNG – EINE SCHLÜSSELFUNKTION

MENSCHLICHEN LEBENS 9

1 WAHRNEHMUNGSSTÖRUNGEN 15

- 1.1 WAHRNEHMUNGSEBENEN UND IHRE STÖRUNGEN 15
- 1.2 SUBJEKTIVES ERLEBEN DER BETROFFENEN 16
- 1.3 EINZELNE WAHRNEHMUNGSSTÖRUNGEN 17
- 1.4 WAHRNEHMUNGSTHERAPIEN 20
- 1.5 QUIZ: WAHRNEHMUNGSSTÖRUNGEN 20

2 DAS HOMÖOPATHISCHE

BEHANDLUNGSKONZEPT 23

- 2.1 FALLAUFNAHME 23
- 2.2 PROBLEME DER ARNEIMITTELBESTIMMUNG – OPTIMIERUNGSSCHRITTE 24
- 2.3 POLARITÄTSANALYSE 25
- 2.4 THEA, EIN POLARITÄTSANALYSE-FALLBEISPIEL 27
- 2.5 WIRKUNG DER OPTIMIERUNGSSCHRITTE 30
- 2.6 BESTÄTIGUNGSSYMPTOME 31
- 2.7 DOSIERUNG 32
- 2.8 VERLAUFSBEURTEILUNG 33
 - 2.8.1 CONNERS GLOBAL INDEX 33
 - 2.8.2 ERSTVERSCHLIMMERUNGEN 34
 - 2.8.3 ÄUßERE EINFLÜSSE 34
- 2.9 INTERKURRENTE ERKANKUNGEN 35
- 2.10 DAUER DER BEHANDLUNG 35
- 2.11 STIMULANTIEN UND HOMÖOPATHIE 35
- 2.12 QUIZ: BEHANDLUNGSKONZEPT 36

3 FLANKIERENDE MAßNAHMEN 39

- 3.1 MEHRDIMENSIONALE BEHANDLUNG 39

- 3.1.1 PÄDAGOGISCH-THERAPEUTISCHE MAßNAHMEN 39
- 3.2 EMOTIONALE INTELLIGENZ 39
- 3.3 STRUKTURIERTER UMGANG UND REGELN 40
- 3.4 WEITERE MAßNAHMEN 41
 - 3.4.1 BEWEGUNG AN DER FREIEN LUFT VS. BILDSCHIRMPRÄSENZ 41
 - 3.4.2 ERNÄHRUNG 41
 - 3.4.3 ASIATISCHE KAMPFSPORTARTEN 42
 - 3.4.4 PROFESSIONELLE HILFE 42
 - 3.4.5 WAHRNEHMUNGSTRAINING 42
- 3.5 QUIZ: FLANKIERENDE MAßNAHMEN 43

4 ARBEITSINSTRUMENTE 45

- 4.1 POLARITY ANALYSIS SOFTWARE 45
 - 4.1.1 ZUVERLÄSSIGKEITSKRITERIEN 45
 - 4.1.2 DIGITALE CHECKLISTEN 49
- 4.2 ELTERNINFORMATION VOR BEHANDLUNGSBEGINN 51
- 4.3 ELTERNINFORMATION ZUM LANGZEITVERLAUF 52
- 4.4 CHECKLISTE FÜR WAHRNEHMUNGSSTÖRUNGEN 53
- 4.5 DIAGNOSEN UND HAUPTSYMPTOME 56
- 4.6 CHECKLISTE DER ZUVERLÄSSIGEN SYMPTOME 57
- 4.7 BEURTEILUNGSBLATT FÜR WAHRNEHMUNGSSTÖRUNGEN (CONNERS GLOBAL INDEX) 59
- 4.8 VERABREICHUNG VON Q-POTENZEN 60
- 4.9 EMPFEHLUNGEN FÜR KINDER MIT WAHRNEHMUNGSSTÖRUNGEN 61
- 4.10 WAS TUN, WAS LASSEN WÄHREND DER BEHANDLUNG? 62

4.11	BEZUGSQUELLEN FÜR DIE ARBEITSINSTRUMENTE	63	5.9.6	CATHERINE, EINE MULTIMORBIDE PATIENTIN.....	90
4.11.1	POLARITY ANALYSIS SOFTWARE	63	5.10	STUDIEN	96
4.11.2	CHECKLISTEN, FRAGEBÖGEN UND ANLEITUNGEN	63	5.10.1	DIE BERNER ADHS-DOPPELBLINDSTUDIE.....	96
4.12	QUIZ: ARBEITSINSTRUMENTE.....	63	5.10.2	AKTUELLER STAND DER ADHS- BEHANDLUNG IN UNSERER PRAXIS	103
5	ADHS	65	5.11	QUIZ: ADHS.....	105
5.1	EINFÜHRUNG.....	65	6	TEILLEISTUNGSSCHWÄCHEN	109
5.2	DIAGNOSE	65	6.1	EINLEITUNG.....	109
5.2.1	HYPERKINETISCHE STÖRUNGEN NACH DSM-5	66	6.2	SPRACHENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN.....	109
5.2.2	LEBENSPHASEN	68	6.3	LEGASTHENIE.....	110
5.3	URSACHEN	69	6.4	DYSKALKULIE	110
5.4	PATHOPHYSIOLOGIE.....	69	6.5	DYSPRAXIE.....	111
5.5	HÄUFIGKEIT	69	6.6	SEKUNDÄRSYMPTOME BEI TEILLEISTUNGSSCHWÄCHEN.....	111
5.6	DIFFERENTIALDIAGNOSE.....	70	6.7	FALLBEISPIELE	112
5.7	BEHANDLUNG	70	6.7.1	EVA, SPRACHENTWICKLUNGSVERZÖGERUNG UND VERHALTENS AUFFÄLLIGKEIT	112
5.7.1	KONVENTIONELLE MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG	70	6.7.2	SUSANNE, LEGASTHENIE	114
5.7.2	HOMÖOPATHIE	71	6.7.3	GINA, DYSKALKULIE	120
5.7.3	PHYTOTHERAPIE	72	6.7.4	KEVIN, DYSPRAXIE	124
5.7.4	ANDERE THERAPIEN	72	6.7.5	PABLO, AUDITIVE WAHRNEHMUNGSSTÖRUNG ...	129
5.8	PROGNOSE	73	6.8	QUIZ: TEILLEISTUNGSSCHWÄCHEN	135
5.9	FALLBEISPIELE	73	7	AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNGEN	137
5.9.1	BRIAN, ADHS IM SÄUGLINGSalTER.....	73	7.1	EINFÜHRUNG.....	137
5.9.2	LAURA, DAS REIZBARE KLEINKIND.....	77	7.2	DIAGNOSE	137
5.9.3	TRILOGIE 1. TEIL: MICHAEL, DER WUTENBRANNTTE	81	7.3	BEHANDLUNG	140
5.9.4	TRILOGIE 2. TEIL: BERTRAM, DER UNZUFRIEDENE.....	84	7.4	FALLBEISPIELE	140
5.9.5	TRILOGIE 3. TEIL: DIE GESCHICHTE VON NATHALIE.....	88	7.4.1	OMAR, SCHWERE AUTISMUS-SPEKTRUM- STÖRUNG	140
			7.4.2	LINDA, MITTELSCHWERE AUTISMUS- SPEKTRUM-STÖRUNG	147

7.4.3	SANDRO, HOCH-FUNKTIONELLE AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNG	151	9.1	HOMÖOPATHISCHE ARZNEIMITTEL BEI PATIENTEN MIT WAHRNEHMUNGSSTÖRUNGEN.....	171
7.4.4	IVEN, NORMALE SCHULLAUFBAHN BEI LEICHTERER AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNG.....	157	9.2	CHARAKTERISTISCHE WAHRNEHMUNGS- UND GEMÜTSSYMPTOME DER ARZNEIMITTEL	171
7.5	HOMÖOPATHIE BEI LEICHTEREN AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNGEN: EINE OUTCOME-STUDIE.....	163		ANHANG	200
7.6	QUIZ: AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNGEN	166		QUIZ-ANTWORTEN	201
8	WORAUF ES ANKOMMT	169		LITERATURVERZEICHNIS	210
9	MATERIA MEDICA	171		ARZNEIMITTELVERZEICHNIS	215
				SACHVERZEICHNIS	216
				ÜBER MICH	224

WAHRNEHMUNG – EINE SCHLÜSSEL- FUNKTION MENSCHLICHEN LEBENS

Die Wahrnehmung hat eine Schlüsselfunktion im menschlichen Leben. Sie ermöglicht dem heranwachsenden Kind, sich zu entwickeln, zu lernen und sich sozial in die Familie, später in die Gesellschaft einzufügen. Eine Beeinträchtigung derselben hat immer Folgen für die Betroffenen. Bei leichteren Störungen kommt es zu Teilleistungsschwächen der Sprache, des Lesens und Schreibens, des Rechnens und der Feinmotorik, die mittelschweren Pathologien betreffen Konzentration, Affektkontinenz und Ausdauer (ADS/ADHS), und bei den Autismus-Spektrum-Störungen ist neben der Wahrnehmung auch die Empathie betroffen, was besonders schwerwiegende Auswirkungen hat.

Als Folge einer gestörten Reizaufnahme und Verarbeitung kommt es bei den Patienten zu einer Reizüberflutung, die eine Fülle von Gemütssymptomen nach sich zieht. Versuchen wir, diese primär für die homöopathische Mittelbestimmung zu nutzen, so ergeben sich, wie unsere Studien mit ADHS-Patienten gezeigt haben, unbefriedigende Resultate.¹ Die moderne Hirnforschung hat mittlerweile geklärt, warum das so ist: Lange ist versucht worden, einzelne Emotionen (Gemütssymptome) spezifischen Hirnregionen zuzuordnen. Trotz grosser Anstrengungen ist dies nicht gelungen. Die Erfahrung zeigt: Werden verschiedenen Probanden die gleichen Bilder vorgelegt, die eine Emotion, z. B. Trauer, auslösen können, so reagiert bei jedem eine andere Hirnregion mit einer erhöhten Aktivität. Die bahnbrechenden Arbeiten von Lisa Feldmann-Barret ergeben, dass *gleich benannte Emotionen eine von Proband zu Proband unterschiedliche Bedeutung haben* und dass diese Bedeutung abhängig ist von der individuellen Prägung des Menschen, insbesondere seiner *affektiven Realität* (das, was in sein Weltbild passt), seinen *konstruierten Konzepten* (Konzepte, die sich in seinem Leben als wichtig erwiesen haben) und seiner *sozialen Herkunft*.²

Diese Erkenntnisse sind von enormer Bedeutung für die homöopaathische Behandlung. Wie können wir eine Übereinstimmung zwischen einem Patientensymptom und dem Prüfsymptom eines Arzneimittels erreichen, wenn Patient und Prüfer das Symptom zwar gleich benennen, diesem aber unterschiedliche Empfindungen und Wahrnehmungen zugrunde liegen? Eine verlässliche Ähnlichkeitsbeziehung herzustellen, ist hier offensichtlich schwierig.

Bei den Wahrnehmungsstörungen haben wir deshalb die sekundären Gemütssymptome von der Repertorisation ausschlossen und an deren Stelle primäre Wahrnehmungssymptome gesetzt, die einfach sind und nicht interpretiert werden können. Vielfach handelt es sich dabei um Modalitäten, die von allen Menschen gleich empfunden werden, unabhängig von deren individueller Prägung. In der Folge haben sich die Resultate deutlich verbessert. Hahnemann hat das bereits erkannt, indem er im Organon, Paragraph 133, die Modalitäten als das eigentlich Charakteristische eines Symptoms bezeichnet, nach dem die Mittelbestimmung besonders ausgerichtet werden muss.³

Die Wahrnehmungssymptome sind auch bei anderen Krankheiten zuverlässige Wegweiser zum richtigen Arzneimittel. Können wir bei einem Patienten nicht genügend Symptome für eine Mittelbestimmung eruieren, so hilft oft das Abfragen der Wahrnehmungssymptome weiter (siehe Checkliste für Wahrnehmungsstörungen, Kap. 4.4). In den Münsteraner Seminaren haben Rajan Sankaran, Andreas Holling und ich gemeinsam Mittelbestimmungen für mehrere Patienten durchgeführt und dabei die Sensation-Methode mit der Polaritätsanalyse der Wahrnehmungssymptome verglichen. Überraschenderweise kommen wir bei den Patienten, die ein Boenninghausen-Mittel brauchen, auf identische Ergebnisse. Der einzige große Unterschied liegt im Zeitaufwand für Fallaufnahme und -analyse, der für die Polaritätsanalyse deutlich geringer ist. Ursprung der Empfindungen, die in der Sensation-Methode eine große Bedeutung haben, ist die Wahrnehmung. Hier liegt die gemeinsame Basis beider Vorgehensweisen. Offenbar ist es ausreichend, die primären Wahrnehmungssymptome zu repertorisieren, um zum richtigen Arzneimittel zu gelangen. Die Unschärfe, die bei Rajan Sankaran durch die Subjektivität der Empfindun-

gen entsteht, scheint durch die Analyse der verschiedenen Ebenen, die er definiert hat, kompensiert zu werden. Und darum kommen wir mit beiden Methoden im Idealfall zum gleichen Resultat.

Teilleistungsschwächen und ADS/ADHS gehören heute zu den häufigsten Diagnosen in der kinderärztlichen Praxis. Da sie oft mit einem hohen Leidensdruck verbunden sind, beobachten wir in vielen westlichen Gesellschaften eine exponentielle Zunahme der Verschreibung von Methylphenidat, einem Amphetaminderivat, das unter das Betäubungsmittelgesetz fällt. Leider sind die Amphetamine mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden, u. a. einem verminderten Längenwachstum der Kinder und einem erhöhten Risiko, im späteren Leben am Parkinson-Syndrom zu erkranken. Die Homöopathie bietet sich hier als wirksame und nebenwirkungsarme Alternative zur konventionellen Behandlung an.

Warum nehmen Wahrnehmungsstörungen zu? Eine genetische Ursache kann die Zunahme nicht erklären. Durch die moderne Neonatologie kommt es viel seltener zu schweren zerebralen Bewegungsstörungen. An deren Stelle sind aber Teilleistungsschwächen, ADS/ADHS und Autismus-Spektrum-Störungen getreten. Zudem haben die Anforderungen an die Wahrnehmung der heutigen Menschen aufgrund des hektischen Lebensstils unserer Zeit massiv zugenommen. Eine hohe Bildschirmpräsenz und schlechte Ernährungsgewohnheiten, z. B. die häufige Einnahme schnell resorbierbarer Kohlenhydrate, wirken sich zusätzlich negativ aus.

In diesem Buch besprechen wir die homöopathische Behandlung von Wahrnehmungsstörungen. Das erste Kapitel stellt die drei *Ebenen der Wahrnehmung* und ihre Störungen sowie spezifische Wahrnehmungstherapien vor. In Kapitel zwei folgt das homöopathische *Behandlungskonzept für Wahrnehmungsstörungen*, das sich von der homöopathischen Behandlung anderer Erkrankungen unterscheidet. Vorgestellt werden Fallaufnahme, Repertorisation, Polaritätsanalyse, Dosierung und Verlaufsbeurteilung. Dann folgt Kapitel drei über flankierende Maßnahmen, Pädagogik, Ernährung, besonders geeignete Sportarten und Weiteres, das den Umgang mit den Patienten erleichtern kann.

Im Kapitel vier stellen wir die essentiellen Arbeitsinstrumente vor, und machen uns Gedanken über die Zuverlässigkeit der Symptome. Im Kapitel fünf werden ADS und ADHS, Ursachen, Diagnosestellung und homöopathische Behandlung besprochen. Anhand von sechs Fallbeispielen kann die Arbeitstechnik eingeübt werden. Ein kurzer Abriss über zwei wissenschaftliche Studien ist beigefügt. Weiter geht es im Kapitel sechs mit den isolierten Wahrnehmungsstörungen, die zu Teilleistungsschwächen und damit zu Schulproblemen führen. Wir analysieren hier Fälle von Legasthenie, Dyskalkulie, Spracherwerbsstörung, Dyspraxie sowie eine auditive Wahrnehmungsstörung. Das Kapitel sieben bespricht anhand von Fallbeispielen die verschiedenen Schweregrade der Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Eine kleine Outcome-Studie zeigt, welche Resultate die homöopathische Behandlung dabei erzielen kann. Abschließend folgt die *Materia medica* der häufigsten Arzneimittel, wobei die relevanten Symptome besonders herausgearbeitet werden.

Jedem größeren Kapitel sind Quizfragen beigefügt, die zur Kontrolle des Gelesenen anregen und das Selbststudium erleichtern sollen. Die Antworten dazu finden sich im Anhang. Ziel des Buches ist es, homöopathisch tätigen Kollegen die Arbeit mit wahrnehmungsgestörten Kindern zu erleichtern, ihnen zu helfen, Fehler zu vermeiden, und damit die Behandlung einer möglichst großen Zahl von Patienten erfolgreich zu gestalten. In ungefähr 80 % der Fälle führt die Homöopathie zu eindrucklichen und anhaltenden Besserungen. Oft ist es beglückend zu sehen, wie ein Kind seine Schwierigkeiten meistern und ein besseres Leben führen kann, oder, bei den schwereren Autismusformen, wie die Patienten weniger leiden, angemessener reagieren und ruhiger und verständiger werden.

Allen, die zu diesem Buch beigetragen haben, möchte ich meinen herzlichen Dank aussprechen. Zu ihnen gehören meine Freunde Dr. med. Dominik Müller, der das Manuskript kritisch durchsah, Dr. phil. Franz Kaufmann, der die neuropsychologischen Abschnitte auf ihre wissenschaftliche Korrektheit überprüfte, und Dr. Horst Kreikenbaum, der mich didaktisch unterstützte. Vielen Dank an Frau Marlis Kocher, Therapieexpertin für Kinder mit Wahrnehmungsstörungen, für ihre

wertvollen Anregungen und Tipps. Dem Team des Narayana-Verlags, allen voran Frau Dr. med. Katrin Sigwart, herzlichen Dank für die immer harmonische Zusammenarbeit. Last but not least möchte ich auch meiner Frau herzlichst danken. Sie hat den langen Entwicklungsweg der homöopathischen Behandlung von Patienten mit Wahrnehmungsstörungen mit all seinen Höhen und Tiefen aus der Nähe miterlebt. Ihre Geduld und Empathie haben mich bei dieser Arbeit immer wieder gestützt und sie überhaupt erst möglich gemacht.

Möge dieses Buch engagierten Therapeuten ein Wegweiser sein und damit die Homöopathie vielen betroffenen Patienten zugänglich machen.

Laupen, im Juli 2019

Dr. med. Heiner Frei

5 ADHS

5.1 EINFÜHRUNG Das ADS/ADHS ist eine Kombination von *Aufmerksamkeitsdefiziten* mit *Impulsivität, Hyperaktivität (ADHS)* oder *Passivität (ADS)*. Im weiteren Text werden wir der Einfachheit halber nicht von ADS/ADHS, sondern nur von ADHS sprechen, darunter aber beide Formen des Aufmerksamkeitsdefizits verstehen.

In der kinderärztlichen Praxis ist das ADHS heute die häufigste schwerwiegende psychosomatische Erkrankung. Da die Fähigkeit zu Aufmerksamkeit und Konzentration zu den grundlegendsten Voraussetzungen kindlicher Entwicklung gehören, ist der Leidensdruck der Betroffenen oft erheblich. Die Ausprägung des ADHS kann von einer leichten Störung bis zur schweren Behinderung reichen.

Der gängige Therapieansatz besteht in pädagogischen und psychotherapeutischen Maßnahmen, meist kombiniert mit Methylphenidat (MPD). In Notfällen ist MPD manchmal das einzige Mittel, um eine kritische Situation zu entschärfen. Weil es unter das Betäubungsmittelgesetz fällt, hat der starke Anstieg der Verordnungen in den letzten Jahren in weiten Kreisen Bedenken ausgelöst: Ist es richtig, Kinder mit so hochpotenten, häufig nebenwirkungsbehafteten psychotropen Substanzen zu behandeln? Welche Ziele sollen damit erreicht werden? Wo liegt die gesellschaftliche Ursache für diese Fehlentwicklung? Könnte das Problem nicht auch mit subtileren Methoden angegangen werden? Was sind die Spätfolgen?

Verunsicherte Eltern wenden sich oft der Komplementärmedizin zu, welche den Anspruch erhebt, Wesentliches zur Behandlung des ADHS beitragen zu können. Im letzten Abschnitt dieses Kapitels besprechen wir zwei wichtige Studien über die Wirkung der Homöopathie beim ADHS.

5.2 DIAGNOSE Grundsätzlich sollte vor jeder Behandlung eine exakte Diagnose gestellt werden. Die Verdachtsdiagnose eines ADHS ergibt sich aus *Anamnese und Beobachtung* des Kindes in der Sprechstunde. Die anschließende *körperliche Untersuchung* umfasst einen allgemeinen und einen neurologischen Status. Da das ADHS eine Ausschlussdiagnose ist, sind auch

neuropsychologische Testuntersuchungen erforderlich, insbesondere eine IQ-Bestimmung, z. B. mit dem K-ABC²¹ oder dem HAWIK-III Test²² sowie eine Aufmerksamkeitsprüfung (z. B. TAP).²³

Als Zusatzuntersuchung kann eine Ferritin- und eine TSH-Bestimmung sinnvoll sein, weil ein Eisenmangel oder eine Hyperthyreose ADHS-ähnliche Symptome verursachen kann. Weitere Laboruntersuchungen sind nur beim Verdacht auf Stoffwechselkrankheiten oder chronische Intoxikationen nötig. EEG oder MRI-Untersuchung des Gehirns sind selten indiziert.

Die Diagnosekriterien sind im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-5] 2013*²⁴ der American Psychiatric Association sowie in der *International Classification of Diseases der WHO [ICD-11] 2018*²⁵ festgelegt. Damit durch die Unterschiede der beiden Klassifikationen keine Verwirrung entsteht, beschränken wir uns nachfolgend auf die DSM-5 Kriterien.

5.2.1 HYPERKINETISCHE STÖRUNGEN NACH DSM-5

Von ADHS betroffene Patienten müssen entweder unaufmerksam oder hyperaktiv sein. Für beide Verhaltensmuster werden neun mögliche Symptome angegeben:

Unaufmerksamkeit

- Schafft es nicht, auf Einzelheiten zu achten, macht Flüchtigkeitsfehler bei Schularbeiten oder anderen Tätigkeiten
- Hat Mühe, die Aufmerksamkeit längere Zeit aufrechtzuerhalten
- Scheint oft nicht zuzuhören
- Folgt Anweisungen unvollständig und schafft es nicht, Arbeiten zu vollenden
- Hat Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
- Vermeidet Aufgaben, die geistige Anstrengung erfordern
- Verliert Gegenstände, die für seine Aufgaben nötig sind
- Ist von äußeren Reizen oder Gedanken leicht abgelenkt
- Ist vergesslich bei täglichen Aktivitäten

Hyperaktivität-Impulsivität

- Hampelt mit Händen oder Füßen, schlägt den Takt, windet sich auf dem Sitz

- Verlässt den Sitzplatz in Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird
- Lläuft in unpassenden Situationen herum
- Ist nicht in der Lage, ruhig zu spielen oder an Freizeitaktivitäten teilzunehmen
- Ist auf dem Sprung, handelt wie getrieben
- Redet übermäßig viel
- Platzt mit Antworten heraus, bevor die Frage fertig gestellt ist
- Kann nur schwer warten, bis er an der Reihe ist
- Unterbricht oder stört andere häufig

Weitere Bedingungen

Eine ADHS-Diagnose ist nur dann möglich, wenn sowohl ausreichend viele spezielle als auch allgemeine Bedingungen vorliegen.

Notwendige spezielle Bedingungen

Für jedes der beiden Verhaltensmuster muss eine Mindestzahl an Symptomen aus der obigen Liste vorliegen.

- Für Kinder und Jugendliche bis 16 Jahre: sechs von neun Symptomen.
- Für Jugendliche ab 17 Jahre und Erwachsene: fünf von neun Symptomen.

Diese Symptome sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand nicht zu vereinbarenden Ausmaß aufgetreten. Sie wirken sich negativ auf soziale, schulische oder berufliche Tätigkeiten aus. Und sie sind nicht ausschließlich ein Ausdruck von Trotz, Feindseligkeit oder Verständnisschwierigkeiten.

Notwendige allgemeine Bedingungen

- Es handelt sich um ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit und / oder Hyperaktivität / Impulsivität, welches das Funktionsniveau oder die Entwicklung beeinträchtigt
- Mehrere Symptome des Musters traten bereits vor dem Alter von 12 Jahren auf
- Mehrere Symptome des Musters bestehen in mindestens zwei verschiedenen Lebensbereichen, z. B. in Familie, Schule oder Arbeit; mit Freunden oder Verwandten; bei anderen Aktivitäten

- Es sind deutliche Hinweise dafür vorhanden, dass sich die Symptome störend auf die Qualität des sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsniveaus auswirken oder dieses reduzieren
- Die Symptome können nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z. B. psychotische Störung, affektive Störung, Angststörung, dissoziative Störung, Persönlichkeitsstörung, Substanzintoxikation oder Substanzentzug)

Schweregrad

- *Leicht*: Es treten wenige oder keine Symptome zusätzlich zu denjenigen auf, die zur Diagnosestellung erforderlich sind. Und die Symptome führen lediglich zu einer geringfügigen Beeinträchtigung in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionen.
- *Mittel*: Die Ausprägung der Symptome und die funktionellen Beeinträchtigungen liegen zwischen leicht und schwer.
- *Schwer*: Die Anzahl der Symptome übersteigt deutlich die zur Diagnosestellung erforderliche Mindestzahl, *oder* mehrere Symptome sind besonders stark ausgeprägt, *oder* sie beeinträchtigen die sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionen erheblich.

5.2.2 LEBENSPHASEN

Kinder: Intelligente ADHS-Kinder sind müsam, weil sie das Ziel erkennen, die Handlungsschritte dazu aber nicht erfassen können, retardierte Kinder hingegen oft ruhig, passiv und fallen deswegen weniger auf.

Adoleszenz: Die motorische Unruhe lässt nach, aber Impulsivität und Aufmerksamkeitsdefizit bleiben erhalten, evtl. in abgeschwächter Form, weil die Patienten gelernt haben, mit ihren Problemen besser umzugehen.

Erwachsenenalter: Das Syndrom persistiert bei 70–75 % der Betroffenen, und hat bei Erwachsenen eine Häufigkeit zwischen 2 % und 6 %. Die Symptome widerspiegeln diejenigen der Kinder, führen oft zu Ausbildungs- und Berufsproblemen sowie Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Zusammenleben (Weiss).²⁶

Hauptkrisenzeiten fallen ins *Kleinkindesalter*, wenn die Eltern realisieren, dass etwas nicht stimmt, in die Zeit der *Einschulung*, wo das Kind sich in einen fest strukturierten Rahmen einfügen sollte, und

in die Zeit der *Adoleszenz*, wo auch beim Gesunden besonders viele Konflikte entstehen.

5.3 URSACHEN

Als gesichert gelten:

- Genetische Faktoren
- Prä- und perinatale Probleme, Sauerstoffmangel, etc.
- Schädel-Hirntraumen oder Entzündungen des Zentralnervensystems
- Unterernährung bei Säuglingen

Nicht gesichert sind:

- Nikotin- und Alkoholabusus der Mutter in der Schwangerschaft
- Chronische Schwermetallvergiftungen (Blei, Quecksilber, etc.)
- Allergien (auf Phosphate, Zucker, Konservierungsmittel, etc.)

5.4 PATHO- PHYSIOLOGIE

Kernspintomographische Untersuchungen zeigen, dass der rechte Lobus frontalis und das Corpus callosum bei ADHS-Patienten im Vergleich zu Gesunden kleiner sind.^{27,28} In neurophysiologischen Messungen (RCBF, SPECT) konnte eine verminderte Durchblutung des Lobus frontalis und des Nucleus caudatus sowie eine überdurchschnittlich gute Blutversorgung der occipitalen Hirnregionen nachgewiesen werden.²⁹ Und in PET-Untersuchungen fand sich ein verminderter Glukose-Gesamtumsatz im prämotorischen und oberen präfrontalen Cortex.³⁰ Neurochemisch bleibt der physiologische Abfall der Monoaminoxidase-Aktivität (MAO) zwischen Kindheit und Adoleszenz bei hyperaktiven Kindern aus, in deren Thrombozyten ist sie sogar erhöht. Weil Methylphenidat ein MAO-Hemmer ist, wurde die Vermutung formuliert, dass die erhöhte MAO-Aktivität eine Ursache des Syndroms sein könnte. Diese Hypothese scheint von allen heute diskutierten Modellen am ehesten zuzutreffen.^{31,32,33} Der früher vermutete intrasynaptische Dopamin-Mangel ist unwahrscheinlich, weil Dopamin-Antagonisten in niedrigen Konzentrationen günstige Wirkungen bei ADHS-Patienten zeigen.³⁴

5.5 HÄUFIGKEIT

Prävalenzstudien zeigen weit divergierende Häufigkeitszahlen von Land zu Land, teils bedingt durch unterschiedliche Beurteilungskriterien, teils durch ethnische Unterschiede. In der Schweiz rechnen wir

Depressionen, Zwangsstörungen, Gilles de la Tourette Syndrom, Angst- und Zwangsstörungen, geistige Behinderung ohne Autismus, Störungen des Sozialverhaltens und andere psychiatrische Krankheiten ausgeschlossen werden.

7.3 BEHANDLUNG Die Behandlung der ASS ist komplex und sollte wie beim ADHS mehrdimensional erfolgen. Bei Kleinkindern spielt die heilpädagogische Früherziehung eine zentrale Rolle, später die Logopädie und die Psychomotoriktherapie. Im Schulalter brauchen die Patienten eine heilpädagogische Betreuung, in schweren Fällen kann auch eine sonderpädagogische Förderung nötig sein.

Mit Hilfe einer begleitenden homöopathischen Behandlung werden Kinder mit schweren Autismusformen ruhiger und besser führbar, was die Fördermaßnahmen stark erleichtert. Bei den leichteren Autismusformen ist es nicht selten möglich, dank der Homöopathie die Kinder in der Normalschule zu betreuen.

Da es sich bei den ASS ebenfalls um Wahrnehmungsstörungen handelt, können wir sie mit dem gleichen Prozedere angehen wie das ADHS und die Teilleistungsschwächen (siehe Kapitel 2).

7.4 FALLBEISPIELE 7.4.1 OMAR, SCHWERE AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNG

Omar kommt im Alter von 18 Monaten erstmals in unsere Sprechstunde. Schwangerschaft und Geburt verlaufen normal, aber als Säugling und Kleinkind fällt er auf durch häufiges Weinen, Schwierigkeiten bei der Einführung fester Speisen und durch die Gewohnheit, WC-Papier zu kauen und dann auszuspucken. Seit einem Monat spricht er ein Wort, *Mama*, und scheint auch zu verstehen, was man zu ihm sagt. Die Mutter ist irritiert wegen seiner Unruhe, Ungeduld und Unaufmerksamkeit und dadurch, dass er sie dauernd beansprucht. Mit Geschrei und Abwehr versucht er, sich meiner Untersuchung zu entziehen. Er ist groß, Länge und Gewicht liegen über der 90. Perzentile, die körperliche Entwicklung, Gehör und Sehen erscheinen, soweit beurteilbar, normal. Als einziger Befund besteht eine leichte atopische Dermatitis. Wegen der deutlich retardierten geistigen Entwicklung beginnen wir mit einer heilpädagogischen Frühförderung.

Ein Jahr später ist sein Entwicklungsrückstand immer augenfälliger, er spricht immer noch nur das eine Wort, *Mama*, kommuniziert

nicht mit fremden Menschen und vermeidet Blickkontakt. Sein Spiel ist sprunghaft und monoton und beschränkt sich auf die *Briobahn*. Die veranlassten neuropsychologischen, logopädischen und audiolologischen Abklärungen führen zur Diagnose einer schweren Sprachentwicklungsstörung und eines allgemeinen Entwicklungsrückstandes mit autistischen Zügen. Das Gehör ist normal.

Mit vier Jahren wird Omar im Kindergarten einer Sonderschule für autistische Kinder eingeschult. Kurz darauf erleidet er einen schweren Asthmaanfall. Ihn medizinisch zu untersuchen, ist ein Ding der Unmöglichkeit: Er rennt schreiend im Zimmer herum, versucht sich unter Stühlen zu verstecken und wehrt jede Berührung ab, als ginge es um sein Leben. Wegen der niedrigen Sauerstoffsättigung muss er hospitalisiert werden. Im Anschluss an den Spitalaufenthalt machen wir eine erste umfassende homöopathische Fallaufnahme. Der Fragebogen Diagnosen und Hauptsymptome und die Checklisten für zuverlässige Symptome und Wahrnehmungsstörungen kommen zum Einsatz. Dabei ergibt sich Folgendes:

Checkliste für Wahrnehmungsstörungen

Zuverlässige Symptome

- < Licht (helles)-**P**
- < Sehen angestrengt-**P**
- < Sprechen-**P**
- < Kälte-**P**
- < Entblößung-**P**
- < Einschlafen-**P**
- Bergreifen schweres-**P**
- Gereiztheit-**P**

Checkliste der zuverlässigen Symptome (Asthma und atopische Dermatitis)

- Atem schnell-**P**
- < Liegen auf Rücken-**P**
- > Sitzen-**P**
- < Anstrengung körperlich-**P**
- > Im Freien-**P**
- < Einatmen-**P**
- < Warmwerden im Bett-**P**

Für die Repertorisation verwenden wir nur die Autismussymptome und

das Asthma. Die Hautsymptome lassen wir weg, weil sie oberflächlich sind, auch in einem übertragenen Sinne (Tabelle 34).

Omar N

ASS, Atopie

			Phos.	Nux-v.	Bry.	Nat-m.	Nat-c.	Merc.	Borx.
Treffer			14	14	14	14	14	14	14
Summe			37	37	36	31	30	30	24
Polaritätsdifferenz			28	25	24	23	18	17	16
80	<Licht (helles) [agg.]	P	4	3	2	1	3	3	2
85	<Sehen angestrengt [agg.]	P	3	1	1	4	3	1	2
77	<Sprechen [agg.]	P	3	2	3	4	4	1	2
90	<Kälte [agg.]	P	2	4	2	1	2	1	3
56	<Entblößung [agg.]	P	1	3	1	2	2	1	1
99	<Einschlafen, beim [agg.]	P	4	2	5	2	2	5	2
74	Begreifen, schweres	P	1	2	1	2	4	3	1
64	Gereiztheit, Agressivität	P	3	4	3	3	1	2	1
92	Atem schnell	P	4	3	3	3	3	2	1
48	<Liegen auf Rücken [agg.]	P	4	4	1	1	1	2	1
101	>Sitzen [amel.]	P	2	4	4	2	1	3	2
70	<Anstrengung körperlich [agg.]	P	2	3	4	3	2	2	1
93	>Im Freien [amel.]	P	3	1	2	2	1	1	2
100	<Einatmen [agg.]	P	1	1	4	1	1	3	3
13	>Licht [amel.]								
5	>Sehen angestrengt [amel.]						3		
1	>Sprechen [amel.]								
73	>Kälte [amel.]		1	1	1	2	1	1	1
37	>Entblößung [amel.]		2	1	1			1	3/Cl
1	>Einschlafen, vor dem/beim [amel.]							3	
17	Begreifen, leichtes (ungewöhnlich)		1						
37	Sanftheit (ungewöhnlich)					1	1		
63	Atem langsam		2	2	3		1	1	
50	>Liegen auf Rücken [amel.]		1	2	4/Cl	2	1	3/Cl	1
126	<Sitzen [agg.]		1	1	1	1	3/Cl	1	2
6	>Anstrengung des Körpers [amel.]					1			
110	<Im Freien [agg.]		1	4/Cl	1	1	2	3/Cl	1
33	>Einatmen, beim [amel.]			1	1				

Tabelle 34: Erste Repertorisation von Omar

Interpretation

Neun Arzneimittel decken alles ab, nur zwei davon haben keine Kontraindikationen, *Phosphorus* und *Natrium muriaticum*. Aufgrund der Höhe der Polaritätsdifferenz ist Phosphor das angezeigte Arzneimittel. Kann *Phosphor*, das für seine Sensibilität und Empathie bekannt ist, hier wirklich ein Simile sein? Wir führen deshalb eine *Materia medica*-Recherche durch.

Materia medica-Vergleich für Phosphor (GS)⁵⁶

Zerstreuung der Gedanken, als könnte er nichts begreifen. Abneigung, sich zu unterhalten. Langsamer Ideengang, Gedankenleere. Gleichgültigkeit: beantwortet keine Fragen oder antwortet falsch; nimmt von nichts Notiz um ihn herum, wie dumm und verduzt, viele Tage lang. Trübe, verschlossen, nachdenkend.

Mittelgabe und Verlauf

Mit *Phosphor Q3* in täglicher Verabreichung kommt es zu einem kurzen Aufflackern der atopischen Dermatitis, danach zu einer schnellen Besserung der Asthmasymptome, und Omar wird ruhiger und umgänglicher. Mit weiteren *Phosphor Q*-Potenzen (*Q6, 9, 12, 15* etc.) beginnt er, sprachlich Fortschritte zu machen; Asthma und Dermatitis verschwinden vollständig.

Im Alter von sechs Jahren wird er in die heilpädagogische Schule aufgenommen. Dem Eintrittsbericht entnehmen wir Folgendes (stark gekürzte Fassung): *Omar bewegt sich schlaksig, verwandelt sich aber beim Spiel in einen quirligen Knaben, der Freude mit dem ganzen Körper ausdrückt, strahlt und mit den Armen rudert. Er ist ein guter Beobachter, bildet schnell Regeln und hat ein großes Interesse an technisch-elektronischen Geräten. Erfüllen diese seine Erwartungen nicht oder bei einem Nein legt er sich auf den Boden und schreit. Und wenn er traurig ist, zieht er sich zurück, versteckt sich und ist kaum zu trösten. Sein Essverhalten ist einseitig, er liebt Salz und starke Gewürze über alles, gebraucht aber das Besteck altersentsprechend. Kommunizieren kann man mit ihm sowohl nonverbal als auch verbal, die Kontakte müssen aber von anderen Personen eingeleitet werden. Beim Begrüßen und Handgeben schaut er weg und nimmt erst beim Spielen Blickkontakt auf. Meist spricht er in einer eigenen,*

unverständlichen Sprache, die sich wie Singen anhört, mit eingestreuten, verständlichen Worten. Omar kann sich selbst an- und auskleiden und ist tags und nachts trocken.

Mit Schulbeginn wird er wieder unruhig, schwierig zu steuern, weinerlich, und er hat viele Zornausbrüche. Im Frühling darauf kommt es erneut zu einer Hospitalisation wegen eines Asthmaanfalls. Offenbar hat die neue Lebensphase sowohl psychisch wie auch körperlich etwas Grundlegendes verändert, sodass wir zu einer neuen Fallaufnahme schreiten. Dabei findet sich Folgendes:

Checkliste für Wahrnehmungsstörungen

Zuverlässige Symptome

- < Licht-**P**
- < Sehen angestrengt-**P**
- < Sprechen-**P**
- < Berührung-**P**
- < Schreiben-**P**
- < Einschlafen-**P**

Begreifen schweres-**P**

Gereiztheit-**P**

Weniger zuverlässige Symptome

< Lärm

Unzuverlässige Symptome

Verlangen Salziges

Checkliste der zuverlässigen Symptome (Asthma)

Atem schnell-**P**

< Einatmen-**P**

< Trost

Für die Repertorisation verwenden wir nur die polaren Symptome (Tabelle 35).

Omar N

ASS/ Atopie

		Lyc.	Sep.	Calc.	Nat.-m.	Sulph.	Nux-v.	Cham.	
Treffer		10	10	10	10	10	10	10	
Summe		35	33	32	27	29	25	23	
Polaritätsdifferenz		30	29	25	25	22	22	22	
80	< Licht (helles) [agg.]	P	3	3	4	1	3	3	2
85	< Sehen angestrengt [agg.]	P	4	3	4	4	2	1	1
77	< Sprechen [agg.]	P	2	3	4	4	4	2	3
121	< Berührung [agg.]	P	4	4	1	2	4	4	4
76	< Schreiben [agg.]	P	3	3	4	5	2	3	1
99	< Einschlafen, beim [agg.]	P	5	4	5	2	3	2	1
74	Begreifen, schweres	P	4	4	3	2	2	2	2
64	Gereiztheit, Agressivität	P	3	3	2	3	3	4	4
92	Atem schnell	P	4	4	2	3	4	3	2
100	< Einatmen [agg.]	P	3	2	3	1	2	1	3
13	> Licht [amel.]			2					
5	> Sehen angestrengt [amel.]								
1	> Sprechen [amel.]								
42	> Berührung [amel.]		1	1	4/Cl	1	2		
2	> Schreiben [amel.]								
1	> Einschlafen, vor dem/beim [amel.]								
17	Begreifen, leichtes (ungewöhnlich)		1	1			1		
37	Sanftheit (ungewöhnlich)		3			1	3		
63	Atem langsam				1		1	2	1
33	> Einatmen, beim [amel.]			2				1	

Tabelle 35: Zweite Repertorisierung von Omar

Interpretation

19 Arzneimittel decken alles ab, sechs davon mit Kontraindikationen. *Lycopodium* hat die höchste Polaritätsdifferenz, darauf folgen *Sepia* und *Natrium muriaticum*. Fügen wir die Verschlimmerung durch Trost ein, entfällt *Lycopodium*. Aber ist er nun resigniert (*Sepia*), leidet er unter Kummer (*Natrium muriaticum*) oder ist er gestresst (*Nux vomica*)? Schwer zu sagen

Materia medica-Vergleich für Sepia (GS)⁵⁶

Sehr traurig, trübe Vorstellungen über seine Krankheit, auf die Zukunft. Schwerer Gedankenfluss. Gefühl, schreien zu müssen, außer er hält sich irgendwo fest. Unfähigkeit zu geistigen Arbeiten. Die Sprache kommt nur sehr langsam, muss sich abmühen, um seine Gedanken in Worte zu fassen. Keine Lust zu arbeiten, unaufmerksam, zerstreut. Große Gleichgültigkeit gegen alles, kein rechtes Lebensgefühl. Eine Kleinigkeit kann heftige Zornaufwallung hervorbringen. Gleichgültigkeit gegen die Seinen.

Mittelgabe und weiterer Verlauf

Mit *Sepia Q 3* täglich wird Omar ruhiger, weint weniger, und sein Conners Global Index (CGI) sinkt von 20 auf 15 Punkte. Wir fahren weiter mit Q-Potenzen, womit sich eine gewisse Harmonie einstellt. Die atopische Dermatitis, die nach dem Asthmaanfall erneut aufgetreten ist, verschwindet, aber das Asthma meldet sich noch bei besonders aufregenden Situationen, sodass er ab und zu inhalieren muss. Hospitalisationen sind keine mehr nötig. Über die Jahre sinkt der CGI auf 4 Punkte und pendelt sich da stabil ein. In der Pubertät stellen wir auf *Sepia-Einzeldosen* um, die er auch heute noch in monatlichen Abständen erhält. Gibt man eine Dosis zu spät, so wird Omar wieder unruhig und irritabel.

Mit 18 Jahren kann er in eine geschützte Werkstatt über-treten. Dem Austrittsbericht der heilpädagogischen Schule entnehmen wir Folgendes: *Omar ist ein großer, junger Mann von schlanker Statur, dessen Behinderung nicht sichtbar ist. Er bewegt sich flink und sicher durch seine ihm bekannte Welt, wirkt in freien Situationen aber oft etwas träge und müde. Ist er auf seine Arbeit ausgerichtet, beschäftigt er sich selbständig, aufmerksam und konzentriert. Für alltägliche Verrichtungen hat er ein Repertoire, mit dem er viele Situationen bewältigen kann. Von sich aus erzählt er nichts spontan, spricht aber oft mit sich selbst und macht dabei ganze Sätze. Nach wie vor geht er kaum auf andere Menschen zu, und wenn man etwas von ihm wissen will, muss man mehrmals nachfragen. Bittet man ihn, so ist er sehr hilfsbereit. Durch unerwartete Berührungen wird er erschreckt, quittiert sie mit einem Schrei und anschließendem Fluchen. Einfache Aufträge kann man*

ihm verbal erteilen, aber wenn ihm etwas nicht schnell genug gelingt, gibt er auf und läuft weg. Auch bezüglich seiner Frustrationstoleranz hat Omar große Fortschritte gemacht.

Auch jetzt, mit 21 Jahren, wohnt Omar immer noch zuhause. Vor der Niederschrift dieses Berichtes bitte ich die Mutter, den Beitrag der Homöopathie an der Entwicklung Omars zu schildern. Sie sagt: *Abgesehen von den körperlichen Beschwerden, die fast völlig geheilt sind, hat die Homöopathie den Umgang mit ihm enorm erleichtert. Omar wurde ruhiger und umgänglicher und hat große Entwicklungsschritte gemacht, die wir auf die Behandlung zurückführen.*

Kommentar

Omar ist der ASS-Patient, den wir am längsten homöopathisch begleitet haben. Natürlich gibt es bei ihm auch viele andere therapeutische Beiträge, seitens der Eltern, der Früherzieherin, der Logopädin und der heilpädagogischen Schule, die alle zu seiner Entwicklung beigetragen haben. Die zwei Punkte, die die Mutter erwähnt, sind wohl der entscheidende Beitrag der Homöopathie: Die Patienten werden ruhiger, ausgeglichener und umgänglicher, was das Zusammenleben mit ihnen deutlich erleichtert. Das Auffallendste bei Omar ist, dass *Sepia* über so viele Jahre das beste Mittel ist. Der Wirkungsabfall bei zu später Gabe zeigt, dass er es immer noch braucht.

7.4.2 LINDA, MITTELSCHWERE AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNG

In der 30. Schwangerschaftswoche kommt es bei Lindas Mutter, die an einem Schwangerschaftsdiabetes und einer substituierten Hypothyreose leidet, zu einem Amnioninfekt mit vorzeitigen Wehen, und Linda wird wegen Bradycardieanfällen per Notfall-Sectio zur Welt gebracht. Sie ist 41 cm lang und 1525 g schwer, hat einen Apgar Score von 1/5/10 und leidet an einer neonatalen Sepsis mit Atemnotsyndrom, Apnoen, Blutdruckabfällen und Hypoglykämien. Sie wird intubiert, beatmet und kommt auf die Neugeborenen-Intensivstation.

Ich sehe sie erstmals im Alter von sieben Wochen, zwei Tage nach der Spitalentlassung, und Linda macht einen guten Eindruck. Auffällig sind lediglich ein leises, funktionelles Systolikum über der Pulmonalarterie und der leicht erhöhte Tonus der Streckmuskulatur. Da sich

SACHVERZEICHNIS

A

Achtsamkeit 15–16
 ADHS-Doppelblindstudie 25, 51, 104, 106, 206
 ADS/ADHS 9, 11, 16, 23, 55, 65, 163, 165–166, 209
 Affolter, Félicie 20
 Anamnese 24, 65, 73, 151
 Angst 18, 19, 27, 32, 55, 70, 111, 140, 161, 172, 175, 179, 180–181, 183, 185, 188, 190–192, 195
 allein gelassen zu werden 176
 Einsamkeit, vor 188
 Herzklopfen, mit 180
 intensive 176
 Räumen, in dunklen 181
 Seelenheil, um sein 198
 Sterben, vor dem 179
 Unglück, vor 180
 untröstliche 183
 Zukunft, vor der 179, 193
 Arzneimittel 6, 10, 26, 29–31, 33, 35, 46, 50, 53, 60, 71, 76, 78, 80, 82, 84, 86–87, 89, 92, 94–95, 97, 98, 113–114, 116, 118, 121, 123–124, 126–129, 131, 133, 143, 145, 149, 151, 153, 156, 158–159, 162–163, 171, 213
 häufigstes 12
 homöopathisches 26, 62, 105, 171, 205
 individuell gewähltes 109
 nächstähnliches 34, 169
 nicht vollständig passendes 202
 optimales 99
 richtiges 24, 34, 114
 richtig gewähltes 33
 suboptimales 99

Arzneizuordnungen, genügend große
 Anzahl an 46
 Asperger-Syndrom 62, 137, 138, 163
 Ataxie 90, 94–95, 157
 Atomoxetin 71, 103
 Aufmerksamkeit 41, 65, 66, 71, 84, 98, 100, 101, 114, 169, 196, 206
 geteilte 99
 Aufmerksamkeitsdefizit 65
 Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom 15
 Aufmerksamkeitsprüfung 66, 211
 Autism Diagnostic Evaluation Schedule 139
 Autismus-Spektrum-Störung 70, 115, 137, 138, 140, 147–148, 151, 157, 205
 frühkindliche 148
 hoch-funktionelle 151
 hochfunktionelle 154
 Autogenes Training 62, 73
 Ayres, Jean 20

B

Bedingungen 63, 67, 203
 allgemeine 67
 familiäre 110
 notwendige allgemeine 67
 notwendige spezielle 67
 Behandlung 9, 11–13, 23–24, 27, 34–36, 39, 49, 51–53, 60, 65, 70–72, 84, 99, 100–101, 103, 104, 106, 109–111, 114, 140, 147, 151, 152, 157, 163, 169, 202, 206
 ADHS-Behandlung 206
 Beginn der 88
 Beginn, zu 169
 Behandlungseffekt 99
 homöopathische 74, 80, 94, 97–99, 120, 129, 135, 140, 151–152, 166, 209
 kinderpsychiatrische 83

- langjährige 70
- Langzeitbehandlung 52
- logopädische 125, 148
- mehrdimensionale 39
- mehrfährige 165
- MPD-Behandlung 73, 90, 154, 206
- optimale 71
- was tun, während der 62
- Beobachtung 27, 71, 78
 - Beobachtungsgabe, Eltern der 104
 - Kindes, des 65
 - Langzeitbeobachtung 97
- Beschwerden, somatisierte 111
- Betäubungsmittelgesetz 11, 65, 70, 71
- Betreuung, heilpädagogische 140
- Beurteilungsblatt 23, 51, 59, 158
 - Wahrnehmungsstörungen, für 23, 51, 59, 158
- Bewegungen 138, 178
 - Handbewegungen, ataktische 125
 - krampfhaft 173
 - Mitbewegungen 125
 - sonderbare 187
 - verkrampfte 124
- Bewegungssteuerung 125
- Bewegungsstörung, cerebrale 152, 157
- Beziehungen, Umgang mit 40
- Bezugsquellen 63
 - Anleitungen 63
 - Arbeitsinstrumente, für die 63
 - Checklisten 63
 - Fragebögen 63
- Bildschirmpräsenz 11, 41, 43, 203
 - übermäßige 41
- Bischofberger, Walter 20
- Blickkontakt, kein 148
- Bobath-Therapie 76, 148, 152, 157
- Böninghausens Therapeutisches Taschenbuch 24, 27, 45, 171, 211
- C
- Checkliste 23–24, 30, 49, 73, 77, 112, 120, 125, 130, 141
 - digitale 49
 - Symptome, der zuverlässigen 49, 50, 127, 144, 149, 152
 - Symptome, zuverlässigen, der 56–57
 - Wahrnehmungsstörungen, für 24, 49, 50, 53, 77, 79, 91, 127, 141, 144, 148, 152, 154, 158, 161, 169, 171
 - zuverlässigen Symptome, der 23, 28, 141
- Conners Global Index 33, 51, 53, 106, 146, 152, 158, 160, 163, 205–206
- Conners Parent Rating Scale 99
- Conners Teacher Rating Scale 99
- Corpus callosum 69, 212
- Crossover-Phase 97
- D
- Dauer, Behandlung der 33, 35
- Depression 27, 30, 70, 99, 111, 154, 175, 193
- Dezember 34, 72
- Diagnose 15, 24, 57, 65, 67, 77, 81, 85, 90, 100, 105, 109, 120, 125, 130, 137, 141, 148, 154, 157, 163, 166, 208, 214
 - ADHS-Diagnose 204
 - DSM-IV-Diagnose 138
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 66
- Differentialdiagnose 50, 70, 126, 139, 152
- Dopaminmangel 69
- Doppelblindstudie 96, 101
- Dosierung 11, 32, 72, 90
 - homöopathische 76

Dropout-Gründe 99

Dyskalkulie 12, 109–110–120, 121, 135,
206–207

Dyspraxie 12, 27, 109, 111, 124, 125, 135, 157,
206–207

E

Eheprobleme 35

Einflüsse 35

äußere 34

toxische 137

Umwelteinflüsse 137

Einzeldosen 32–35, 92, 124, 146, 154, 163, 205

Eisenmangel 42, 66

Elterninformation, Behandlungsbeginn, vor
51

Emotionen, Verwandeln von 40

Empathie 9, 13, 16, 40, 143

Entwicklung 15, 17, 20, 39, 67, 76, 80, 111,
124–125, 129, 140, 147–148

Entwicklungsrückstand 148

Entwicklungsstörung

desintegrative 137

pervasiv 137

Entwicklungsverzögerung 109

geistige 39

kindliche 65

kognitive 129

psychomotorische 15, 18, 129

verzögerte 74, 207

verzögerte cerebral-motorische 74

Ergotherapie 111, 125

Erkrankungen, interkurrente 35

Erkennen, ganzheitliches visuelles 99

Ernährung 62

ausgewogene 42

Erstverschlimmerung 34

Erwartungsspannung 31, 72, 156

Erziehungshinweise 61

Erziehungsverhalten 39

F

Fallaufnahme 4, 10–11, 23–24, 30, 34, 74, 77,
79, 83, 85–86, 88, 91, 93–94, 105, 112, 115,
117, 120, 122, 127, 132–133, 144, 148, 154,
160, 201, 206

homöopathische 23, 36, 77, 125, 130, 141,
158, 166, 209

offene 24

Fehlsichtigkeit 110

Feldmann-Barret, Lisa 9

Fernsehkonzum 110

Fettsäuren 42

Omega-3 42

Omega-6 42

Fieberkrämpfe 152

Förderprogramme 110

Förderung, sonderpädagogische 140

Fragebogen 23–24, 28, 141

Diagnosen und Hauptsymptome, für 23

Frostig, Marianne 20

Früherziehung, heilpädagogische 42, 77, 140

Frühförderung, heilpädagogische 110, 140, 148

G

Gedächtnis 25, 174–175, 191, 198, 199

enormes 111

Gedächtnisleistung 19

Kurzzeitgedächtnis 130

Langzeitgedächtnis 130

mangelhaftes 192

schwach 54

schwaches 189, 195

Gegenpole 26, 28–29

Gleichgewicht 15, 19, 125
 Glucose Gesamtumsatz 69
 Goleman, Daniel 39

H

Handlungen 19, 148
 Erlernen von 111
 Handlungsplanung 111
 Häufigkeit 39, 68, 69
 Teilleistungsschwächen, von 109
 Verordnung der 98
 Hauptkrisenzeiten 68, 105, 205
 Heilung 26, 27, 35
 Heilungsimpulse 33
 Heilungsverlauf 33
 partielle 35, 53, 101, 165
 Herkunft, soziale 9
 Hochbegabung 154
 Homöopathie 11–12, 13, 35, 52–53, 63, 65,
 71–72, 96, 101–104, 106, 109, 115, 124, 135,
 140, 147, 157, 163, 165, 205–206, 213
 Wirksamkeit der 97
 Wirkung der 102
 Hörstörung 110
 Hyperaktivität 15, 65–67, 100, 204
 Hyperkinetische Störungen nach DSM-5 66
 Hypersensibilität, orale 74, 76
 Hypoglykämie 41

I

Impulsivität 31, 65–68, 73, 84, 98–101, 204,
 206
 Intelligenz, emotionale 39, 43, 62, 210
 Intention-to-treat-Prinzip 99
 International Classification of Diseases 66,
 211
 Interpretationsspielraum, kein 46, 204

IQ-Bestimmung 66
 ITT-Prinzip (Intention-to-treat) 163

K

Kampfsportarten, asiatische 42, 61, 203
 Kent-Repertorium 121, 156
 Kohlenhydrate, schnell resorbierbare 11, 41, 62
 Kommunikation, nonverbale 137, 208
 Kompensationsstrategien 112
 Komplementärmedizin 65
 Kontakte, soziale 137
 Kontraindikationen 26, 29, 30, 45, 76, 78, 80,
 82, 84, 86–87, 89, 92, 94–95, 113, 116, 118,
 121, 123, 127–128, 131, 133–134, 143, 145,
 149, 153, 156, 159, 162, 202
 Konzepte, konstruierte 9
 Koordination 125
 feinmotorische 111
 motorische 125
 Kraftdosierung 18, 124
 ungenügende 201
 Kreativität, verminderte 137

L

Lebensphase 68
 Adoleszenz 68
 Erwachsenenalter 68
 Kindheit 68
 Legasthenie 12, 18, 109–110, 114, 118, 135,
 206–207, 214
 Leistungen, akademische 39
 Lernstörungen 109, 111, 214
 Lerntherapie, mathematische 111
 Lese-Rechtschreib-Schwäche.
 Siehe Legasthenie
 Lob, berechtigtes 41
 Lobus frontalis 69

M

- MAO-Aktivität 69
- Maßnahmen 11, 30, 41, 211
 - flankierende 39, 43, 203
 - Fördermaßnahmen 109, 140
 - pädagogische 65
 - pädagogisch-therapeutische 39
 - psychotherapeutische 65
- Materia medica 12, 23, 82, 122, 128, 143, 146, 151, 154, 156, 160, 162, 171, 214
- Methylphenidat 11, 33, 52–53, 65, 69, 103–104, 205
- Mittelfindung, Säuglingen, bei 76
- Modalitäten 10, 46, 56, 121
 - Gemüts, des 55
- Motorik 19, 109, 125, 127
 - schwerfällige 27
- Münsteraner Seminare 10
- Muskelhypotonie 74, 124

N

- Naville 42, 211
- Neurofeedback 72, 213
- Non-Responder 34, 52, 104
- Notfälle 65, 71
- Nucleus caudatus 69

O

- Optimierungsschritte 24, 30, 210
- Ordnung 40
- Outcome-Studie, prospektiven 48

P

- Passivität 65, 85, 100, 204
- Pathophysiologie 69
- Pestalozzi, Johann Heinrich 39
- Physiotherapie 111

- Phytotherapie 72, 205, 212
- Placebo 96, 97, 99, 101, 104
- Plausibilität 103
- Polaritätsanalyse 10–11, 25, 27, 30, 36, 169, 202, 210–211, 214
- Polaritätsdifferenz 26–28, 36, 45, 78, 80, 82, 87, 89, 92, 94–95, 113, 116, 118, 127–128, 143, 145, 149, 153, 156, 159, 162, 202
 - hohe 169
- Polarity Analysis Software 29, 45, 46, 49, 51, 63
- Potenzen 95
 - aufsteigende 82–84, 90, 118, 134
 - höhere 78, 80, 86, 133
 - Q-Potenzen 32,–34, 35, 82, 97, 120, 123, 143, 146, 154, 160, 162, 169, 205–206
 - tiefere 33
- Potenzstufe 33
- Präeklampsie 129
- Prognose 73

R

- Realität, affektive 9
- Rebound-Phänomen 35
- Regeln 40, 62, 143
 - Einhalten von 203
- Reizüberflutung 9, 15, 61, 201
- Repertorisation 10–11, 23–25, 28–30, 48–50, 63, 75, 78–79, 81–83, 86–87, 89, 91–94, 113, 116–118, 123, 126, 128, 130–135, 141, 142, 144–145, 149, 150, 153, 155, 158–159, 161, 169, 172, 202, 204, 207
 - Nebensymptome, der 25
- Resignation 112
- Responder 34, 104
- Rett-Syndrom 137
- Reziprozität, sozial-emotionale 137

S

Schlafstörung 74
interkurrente 120
Schriftprobe 118
Schulmüdigkeit 34
Schulsysteme 39
Schweregrad 68, 139
leicht 68
mittel 68
schwer 68
Screening-Phase 97
Sektio 129
Selbstmotivation 40
Selbstregulierung 40
Selbstvertrauen 41, 111, 177
fehlendes 176, 207
Mangel an 189
Selbstwahrnehmung 40
Selektion, Reize der 15
Sensory Integration Therapie 20
Sommerferien 34, 82, 116
Sprachentwicklungsstörung 70, 109
schwere 141
Sprachentwicklungsverzögerung 27, 109, 112,
139, 152, 207–208
Sprachstörung 110, 139, 207
Sprachwahrnehmung 110
Sprachwiedergabe 110
Spürdefizite 109, 112
Stimulantien 35, 71
Süßigkeiten 41
Symptome 10–11, 24–26, 30–31, 33–36, 39,
45, 46–47, 49–51, 54–57, 60, 63, 66, 67,
68, 72, 75–78, 80, 81, 83, 85, 86, 89, 92,
93, 101, 104, 113, 115, 118, 121, 123, 127, 130,
135, 138–139, 141, 159, 161, 169, 171–199,
201–202, 204, 207

charakteristische 26, 46

Gemütssymptome 9, 30, 46, 55, 169,
171, 172, 202
sekundäre 10

Geniussymptom 26

Hauptsymptome 28, 54, 56, 141
inaktivierte 47

Nebensymptome 115, 125
polare 26, 28–29, 46, 79, 94, 117,
144, 149

Sekundärsymptome 135, 207

unzuverlässige 25, 46, 47, 91, 120,
122, 144, 161
weniger zuverlässige 46, 47, 54, 74,
91, 115, 130, 132, 144, 155, 158
zuverlässige 45, 46, 47, 48, 54, 63,
74, 77, 79, 91, 93, 94, 112, 115,
120, 122, 125, 127, 130, 132, 141,
144, 148, 152, 154, 158, 159, 161,
169, 203

T

Teilleistungsschwäche 2, 5, 9, 11, 12, 16, 23, 51,
55, 109, 125, 135, 140, 206, 207, 213

Tic-Störung 156

Time out 41, 61

U

Umgang, strukturierter 40, 203

Umgebung 129, 138, 185

reizarme 40

warme 54

Unaufmerksamkeit 15, 66, 67, 140, 177

Untersuchung 24, 74, 99, 110, 112, 125, 140, 152

kinderneurologische 77

körperliche 65

Laboruntersuchung 66

- Untersuchung ...
- MRI- Untersuchung 66
 - neuropsychologische 98
 - PET-Untersuchung 69
 - somatische 23
 - Testuntersuchungen, neuropsychologische 66
 - Untersuchungsbefunde 75
 - Zusatzuntersuchung 66
- Urlaub 34, 116
- Ursachen 11, 69, 101, 105, 205
- V
- Verabreichung 60
- regelmäßige 33
 - tägliche 32, 82, 97, 143
- Veränderungen, Mühe mit 115, 156
- Verarbeitungsstörungen 19
- Verhaltensauffälligkeiten 77, 81, 112, 115, 157
- Verhaltensweisen, repetitive 138
- Verlaufskontrollen 33
- Verlaufsschwankungen 164, 209
- klinische 165
- Vermeidensstrategien 112
- Verschreibung 11, 71
- ungenau 33
- Vineland Adaptive Behaviour Scales 139
- Vorankündigungen 40
- Vorbild, Eltern und Lehrer, der 40
- W
- Wachstumsschmerzen 113
- Wahrnehmung 9–11, 15, 19, 57, 124, 172–198, 201, 210
- auditive 20, 110
 - emotionale 15
 - Gefühle, der eigenen 15
 - kognitive 15, 20, 201
 - somato-sensorische 15, 20
 - taktile 207
 - visuelle 18, 90, 101, 206
- Wahrnehmungsstörungen 2, 10–12, 15–17, 20, 23–24, 33, 36, 39–40, 42, 43, 55, 61, 80, 85, 119, 129, 134–135, 140–141, 151, 156, 160, 171, 201–203, 207–208, 210
- auditive 110
 - auditive (Hören) 18
 - Behandlung von 36, 49, 169
 - Behandlung, von 52
 - Checkliste für 28
 - Empfehlungen für Kinder mit 61
 - gustatorische (Geschmackssinn) 19
 - multiple 74, 77
 - olfaktorische (Geruchssinn) 19
 - propriozeptorische (Tiefensensibilität) 18
 - taktile 20, 114, 201
 - taktile (Tastsinn) 18
 - vestibuläre (Gleichgewicht) 19
 - visuelle (Sehen) 18
- Wahrnehmungssymptome 10, 17, 24–25, 28, 41, 46, 119, 121, 126, 130, 152, 158–159, 171, 202–203
- hochzuverlässige 25, 151
 - primäre 10
- Wahrnehmungstherapien 20, 42
- Warnsignale, Kleinkind, beim 139
- Weißmehl 41, 203
- Wilks, Frances 39
- Windpocken 127
- Wochen-Intervalle 33
- 2-Wochen-Intervalle 84
 - 3-Wochen-Intervalle 32, 124
 - 4-Wochen-Intervalle 32
- Wohnsituation 110

Z

Zahlenverständnis 120

Zahnung, späte 31, 113–114, 180

Zeitbedarf 52, 98

 durchschnittlicher 71

Zentralnervensystem, Reifung des 109

Zerebralparesen, minimale 125

Zucker 41, 62, 69, 203

Zuverlässigkeit 11, 24, 75

 hohe 85, 89, 171

Mittelbestimmung, für die 45

 mittlere 25, 74, 85, 89, 204

Symptome, der 45, 47

Zuverlässigkeitskriterien 45

Zuverlässigkeitsverteilung 47