

# **Kinder-Seele in Not**

## **ADS und andere „Ver-Störungen“**

**Verhaltensauffälligkeiten des Kinder- und Jugendalters**  
**Von Dr. med. Thomas Bonath**

**Immer mehr Kinder und Jugendliche scheinen mit den Anforderungen des Alltags, insbesondere des schulischen, nicht mehr zurecht zu kommen und reagieren mit Ruhelosigkeit, Aufmerksamkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten. Alleine zwischen der ersten und der vierten Klasse der Grundschule verdreifacht sich der Anteil an behandlungspflichtigen psychischen Störungen.**

### **1. ADS - Erscheinungsformen**

ADS wird mittlerweile als häufigste psychische Störung des Kinder- und Jugendalters diagnostiziert.

Betroffene Kinder haben massive Probleme sich zu konzentrieren, vor allem bei Aufgaben, die außerhalb des selbstgewählten Interessenbereichs liegen.

Sie haben Schwierigkeiten, eingehende Informationen nach ihrer Bedeutung zu gewichten. So ist der Gesang der Amsel vor dem Fenster oder das Knistern des Butterbrotapiers des Klassenkameraden drei Bänke weiter hinten genauso wichtig, wie die Erläuterungen der Klassenlehrerin zu den Matheaufgaben.

Aufgrund der verminderten Impulskontrolle ecken diese Kinder überall an, da sie oft sofort handeln – und dann „eventuell“ denken. Ihr Verhalten wird dann als ungezogen, aggressiv oder provozierend missverstanden.

Das häufigste Fremdurteil über ADS-Kinder lautet also: „kann sich nicht konzentrieren – ist sofort ablenkbar – ist unbeherrscht.“

Diese Einschätzung ist aber von der Sichtweise des Betrachters abhängig, eine etwas „gelassener Natur“ urteilt vielleicht über das gleiche Kind „ist offen – flexibel – spontan“, also Eigenschaften, die bei Kindern ja durchaus willkommen sein sollten.

Bei anderen Kindern ist die Unruhe gar nicht von außen sichtbar, sie schweben scheinbar ganz entspannt im Irgendwo, unberührt von der jeweiligen Aufgabenstellung träumen sie vor sich hin, kommen bei Ansprache scheinbar nur widerwillig mit einem erstaunten „Was ist? – Ääh...“ zurück. Dieser Zustand ist aber alles andere als angenehm, da die Kinder dadurch ihre Aufgaben nicht erfüllen können – und immer mehr verzweifeln.

### **2. ADS – eine klare Diagnose?**

Erstaunlicherweise wird nun bei so entgegengesetzten Verhaltensweisen die gleiche Diagnose „ADS“ gestellt. Erklärt wird dies dadurch, dass man für beide Störungen die gleiche Ursache vermutet – eine „Störung der Aufmerksamkeit“.

So wird der Eindruck erweckt, als ob es sich bei dem Begriff „Aufmerksamkeit“ um etwas genau Definiertes, Eindeutiges handelt.

Ist das wirklich so? Meine „Aufmerksamkeit“ z.B. ist sehr groß, wenn ich ein Fachbuch oder einen spannenden Krimi lese, muss ich allerdings die Steuererklärung bearbeiten – oh je, zumindest dann habe ich ein ausgeprägtes „Teilzeit-ADS“.

Wie ist es bei Ihnen? Warum erwarten wir dann von unseren Kindern, dass sie für Textaufgaben,

zusammengesetzte Adjektive, die Groß- und Kleinschreibregeln (oder ein Mörkegedicht, dessen Sprache Kindern genauso nah ist, wie mir die Lyrik vom Steuergesetz x, Paragraph

y, Absatz z), dass sie dafür die gleiche Aufmerksamkeit von sich aus aufbringen wie für Gameboy, Lego oder andere Hobbies?

Und tun wir genug, um ihnen die Lerninhalte und ihre Wichtigkeit richtig zu vermitteln?

Als Arzt, der einen Schwerpunkt auf die Behandlung verhaltensauffälliger Kinder legt, bin ich in einer merkwürdigen Situation. Musste ich in früheren Jahren noch Eltern, Lehrer und Patienten über die bloße Existenz von ADS aufklären, warne ich heute teilweise davor, diese Diagnose zu oft und zu schnell zu stellen: **„Nicht jeder, der zappelt oder träumt, hat ADS!“**

Die „zu großzügig“ gestellte Diagnose kann nämlich weitreichende Folgen haben, von der Stigmatisierung der Kinder durch Unkenntnis im sozialen Umfeld („wenn das Kind doch „geistig behindert“ ist – ja, dann muss es halt auf eine andere Schule“) bis zum massiven Druck, endlich eine Behandlung mit Psychopharmaka einzuleiten („seit der Franz Ritalin nimmt, ist er viel ruhiger in der Schule – machen Sie das doch bei Ihrem Kind auch“).

Eine „Inflation“ der Diagnose würde aber auch bedeuten, dass die Störung wieder wie früher aus Unverständnis bagatellisiert wird – „So, so – Ihr Kind hat ADS, nun, das haben die meisten hier“ – und weiterhin auf die Besonderheiten, Bedürfnisse und Nöte der wirklich Betroffenen nicht eingegangen wird.

Dies ist umso fataler in einer gesellschaftlichen Situation, in der in der Schule die Leistungshürden durch politischen Willen immer höher gehängt werden – ohne Lehrern, Schülern und Eltern die Fördermaßnahmen zu bieten, um sich den gestiegenen Anforderungen anpassen zu können. Viele eigentlich intelligente Kinder fallen dann durchs Raster.

### **3. ADS – keine Schweregrade? Ist ADS gleich ADS?**

Derzeit gibt es keine Einteilung des Störungsbildes nach Ausprägungsgrad. Sie wäre sehr wichtig, um einen Stufenplan für die Behandlung zu entwickeln – ist aber schwierig. Der Ausprägungsgrad ist nämlich stark abhängig von den äußeren Umständen, er ist nicht gleichbleibend. Das heißt, je mehr gefühlsmäßigem Stress ein Kind ausgesetzt ist, desto stärker werden die Krankheitszeichen.

Häufig wird bei der Diagnosestellung mit einer Psychopharmaka-Behandlung als Grundbehandlung begonnen, obwohl andere Maßnahmen vielleicht ausreichen. Eine solche Behandlung ist aber nur symptomreduzierend, so wie ein Fieberzäpfchen bei Fieber die Temperatur senkt, nicht aber die Ursache heilt. Es stellt sich dabei die Frage, ob ohne weitere therapeutische Maßnahmen wirklich der Betroffene lernt, irgendwann - auch ohne Pille - mit sich und seiner Umwelt klar zu kommen.

Die Symptome von ADS können teilweise auch durch andere psychische Störungen hervorgerufen werden, wie Angst, Depression oder oppositionelle Störungen des Sozialverhaltens. Eine genaue Unterscheidung ist hier wichtig. Auch äußere Faktoren wie Mobbing oder Überforderung rufen Unruhe und Unkonzentriertheit hervor.

Häufig werden die genannten anderen Störungen zusätzlich als Reaktion bei ADS hervorgerufen. Die Kinder merken ihr Anders-sein, nehmen die Reaktionen der Umwelt wahr und werden ängstlich, traurig, aufsässig.

Obwohl es immer wieder Versuche gibt, durch apparative Methoden eine „gesicherte“ Diagnose zu stellen, waren die bisherigen Ergebnisse durch das heterogene Krankheitsbild nicht zufriedenstellend. Die Diagnose muss sich deshalb aus fünf Bestandteilen zusammensetzen:

1. Anamnese:

Sie ist das Herzstück der Diagnostik. Ein Großteil der erforderlichen Anamnese ist über die übliche klassisch-homöopathische Technik abgedeckt.

Neben Eigen- und Familienanamnese ist besonderes Augenmerk auf die spezifische Symptomatik zu richten, eventuelle Situationsabhängigkeit, Beginn und Auslöser, sowie den Modalitäten der Symptome.

Eine große Schwierigkeit bei der homöopathischen Mittelfindung ist, wenn die Kinder neben der Verhaltensstörung keine körperlichen Symptome oder Eigenheiten aufweisen. Dies ist nicht selten der Fall. Hier sind gerade die pathognomonischen Symptome wegweisend.

2. Verhaltensbeobachtung

ist selbstverständlich schon Bestandteil der homöopathischen Anamnese. Neben der direkten Interaktion mit Eltern, Arzt, Praxispersonal, ist auch das Verhalten bei standardisierten Aufgaben wie psychologischen Tests aufschlussreich. Bei altersadaptierten Intelligenztests sind neben dem eigentlichen Testergebnis Problemlösungsstrategie, Arbeitstempo, Ausdauer, Sorgfalt, Vermeidungsverhalten sowohl von diagnostischer Bedeutung, als auch Hinweise auf das homöopathische Mittel.

3. Beurteilungsskala und Fragebögen

Hierdurch kann standardisiert situationsübergreifend die Symptomatik abgefragt werden, z.B. in Elternhaus und Schule. Problematisch ist, dass es sich ausschließlich um subjektive Fremdbeurteilungen handelt, die stark durch die persönliche Bewertung geprägt werden. Erst ab dem 11. Lebensjahr werden auch die Patienten mitbefragt. Nach unserer Erfahrung korreliert deren Beurteilung kaum mit dem Fremdurteil. Dennoch sind die Fragebögen oft sehr hilfreich, da sie eine Fokussierung und eine Beurteilung des Ausmaßes der Problematik erlauben, zur Verlaufsbeobachtung geeignet sind und die Möglichkeit bieten, eventuelle emotionale Spannungen zwischen Beurteiler und Patienten zu thematisieren.

4. Psychologische Testuntersuchung

Entgegen der Erwartungshaltung vieler Eltern (und mancher Therapeuten) gibt es keine definierten Testverfahren, um die Diagnose sicher zu bejahen. Dies ist in Anbetracht der Heterogenität der Erkrankung auch nicht möglich.

5. Körperliche Untersuchung

**Differentialdiagnose**

Die wichtigste und häufigste Differentialdiagnose ist eine entwicklungsbedingte Hyperaktivität, eine, wenn auch im Extrembereich der Normalverteilung, liegende Reifungsvariante.

Hierbei sind auch gesellschaftliche Entwicklungen und die Verschiebung der als „normal“ empfundenen Verhaltensweisen zu berücksichtigen.

Dies trifft insbesondere zu auf das Kleinkind- und Vorschulalter. In Anbetracht der bisher nur unzureichend validierten Untersuchungsmöglichkeiten und des in diesem Alter „normalen“ expansiven Verhaltens, sollte die Diagnose AD/HS nur äußerst zurückhaltend gestellt werden.

Weitere differentialdiagnostische Störungen sind:

- Angst- oder Affektstörungen
- Störungen des Sozialverhaltens. Sie können aber häufig als Begleitstörung oder – noch wichtiger – als Folgeerscheinungen von AD/HS auftreten, da sie die Grundsymptomatik begünstigen und verstärken.
- Bei akuter emotionaler Belastung oder chronisch anhaltenden Konflikten, auch im Umfeld, kann es zu einer psychisch ausgelösten Hyperaktivitätsstörung kommen. Diese Störungen werden leider häufiger als zu erwarten, nicht erkannt und häufig medikamentös mit Psychostimulantien behandelt, die hierbei verstärkt Nebenwirkungen haben, bis hin zur Auslösung akuter Psychosen.
- Organische Psychosynndrome,
  - akut bei Infektionen, Traumata, Intoxikationen oder Tumoren;
  - chronisch bei Residualsymptomen oder Intoxikationen sind ebenfalls auszuschließen
- Bindungsstörungen des Kindesalters gehen mit ähnlicher Symptomatik in Bezug auf Aufmerksamkeit und Impulskontrolle einher.
- Erethismus bei geistiger Behinderung sollte nicht gleichgesetzt werden mit einem AD/HS bei normaler Intelligenz, obwohl phänomenologische Ähnlichkeit besteht.
- Frühkindlicher Autismus, Psychosen oder Schizophrenien lassen sich durch weitere diagnosespezifische Symptome von AD/HS abgrenzen.

Keine Krankheit, aber differentialdiagnostisch einzubeziehen, ist eine Hochbegabung. Vor allem in der Schule kommt es situationsspezifisch durch Unterforderung und Langeweile zu auffälligem Verhalten, das dem von AD/HS ähneln kann.

#### **4. Epidemiologie**

Die Häufigkeitsangaben variieren beträchtlich, auch in neueren epidemiologischen Studien mit relativ differenzierter Forschungsmethodik. Sie liegen je nach Studie und Kulturkreis zwischen 2 und 9,5%, in der Mehrzahl der Studien bei 5%. Eindeutig überwiegt hierbei der Anteil der Jungen, vor allem in Verbindung mit Hyperaktivität. Mädchen weisen allerdings eher „einfache Aufmerksamkeitsstörungen“ auf. Die „Traumsusen“ werden aber weniger häufig erkannt. So ist hier von einer hohen Dunkelziffer auszugehen.

AD/HS als Störung „wächst“ sich nicht wie früher vermutet mit höherem Lebensalter aus, sondern verlagert sich häufig zu einer Art innerer Unruhe. Durch bessere Kompensationsmechanismen wird es bei einem Drittel der erwachsenen Patienten wahrscheinlich vollständig kompensiert, bei 2/3 bleibt es bis hin zur Therapiewürdigkeit bestehen.

#### **5. Ursachen**

AD/HS ist ein sehr breit gefächertes Krankheitsbild, das nicht durch eine einzige spezifische und allgemeingültige Ursache hervorgerufen wird. Die Symptomatik stellt vielmehr eine gemeinsame Wegstrecke unterschiedlichster Auslöser dar.

Im Vordergrund der wissenschaftlichen Diskussion steht derzeit die Vermutung, dass AD/HS durch eine **neurobiologische Störung unterschiedlicher Transmittersysteme** hervorgerufen wird.

In neueren Untersuchungen wird davon ausgegangen, dass durch eine erhöhte Dichte praesynaptischer Wiederaufnahmerezeptoren eine relative postsynaptische Dopamin-Armut entsteht. Diese These hat einen besonderen Reiz, da sie hypothetisch die Wirksamkeit von Stimulantien wie Methylphenidat erklären könnte. Durch eine vermutete selektive Blockade überzähliger praesynaptischer Rezeptoren würde das Ungleichgewicht medikamentös ausgeglichen.

Bei den bisher publizierten Studien zeigte sich jedoch, dass auch Patienten ohne AD/HS-Symptome eine hohe praesynaptische Rezeptordichte aufweisen können.

Als weitere Ursache wird **ein genetischer Faktor** diskutiert. In Adoptions-, in Zwillings- und in Familienstudien ließen sich Hinweise auf eine genetische Komponente bei der Entstehung von AD/HS finden. Ein spezifischer Erbgang ist allerdings nicht feststellbar, so dass wahrscheinlich mehrere Gene beteiligt sind.

Der genetische Faktor sollte allerdings nicht überbewertet werden. Häufig lassen sich bei den Eltern und ihren Familien weder AD/HS-Symptome noch andere bedeutsame psychische Störungen finden.

**Umwelttoxine** und allergische Reaktionen auf Umweltreize sind ebenfalls mögliche Ursachen für AD/HS. Nach unserer Erfahrung wird durch bestimmte Stoffe die Symptomatik einer AD/HS-Störung bei praedisponierten Patienten verstärkt. Hier sind insbesondere Zucker, Weizen, Nahrungsmittelzusätze und Kuhmilch zu erwähnen.

Bei vielen Patienten, bei denen sich sonst keine mögliche Ursache verzeichnen ließ, waren anamnestisch **perinatale Komplikationen** zu erheben.

Bei der derzeitigen Forschung werden biologische Aspekte in den Vordergrund gestellt. Auf die Entstehung und die Ausprägung von AD/HS haben häufig aber auch **psychosoziale Faktoren** einen entscheidenden Einfluss. Häufig verstärken auch bei biologisch bedingten Störungen diese Faktoren die Symptomatik so stark, dass es zu einer Dekompensation kommt. Besondere Bedeutung haben hierbei:

- ein gestörtes Mutter-Kind-Verhältnis.
- familiäre Probleme
- die schulische Situation

#### **4. ADS - Therapie**

Wichtig ist, dass die Behandlung auf jedes Kind und seine Probleme individuell zugeschnitten wird. Zu den Bausteinen gehören z.B. Ergotherapie, Heilpädagogik oder Psychomotologie. Bestehende Teilleistungsstörungen wie Lese-, Rechtschreib- oder Rechenschwäche müssen spezifisch behandelt werden.

Erforderlich ist in vielen Fällen auch ein Eltern-Training, da wir Eltern häufig einem Wechselbad aus Wut, Trauer und Schuldgefühlen beim Umgang mit den Kindern ausgesetzt sind.

„Triple-P“ z.B. kann hier Ursachen für Problemverhalten verdeutlichen und positive Strategien vermitteln, die den Alltag deutlich „friedlicher“ machen.

Bei der **medikamentösen Behandlung** können vor; neben oder ggf. an Stelle der Psychopharmaka auch **homöopathische Arzneimittel** eingesetzt werden, mit dem Ziel, Anwendungsdauer und Menge der Psychopharmaka zu reduzieren, bzw. zu vermeiden.

Was durch homöopathische Behandlung erreicht werden kann, soll exemplarisch der folgende Fall verdeutlichen:

### **Thorsten - Der Engel mit dem "B" davor**

Thorsten war sieben Jahre alt, als er das erste Mal zu mir in die Sprechstunde kam. Auch bei ihm war durch den Kinderarzt ein ADS festgestellt worden, das mit Ritalin behandelt wurde. Er habe vom Januar bis zum Sommer eine Tablette morgens eingenommen und mittags eine bei Bedarf. Die Familie ist aber insgesamt recht lebhaft und kann mit Thorstens Verhalten umgehen, so daß die mittägliche Gabe selten erforderlich war. Thorsten habe sich aber geweigert, die Tabletten weiter einzunehmen, da er davon starke Kopfschmerzen bekäme, die sich auch nicht im Laufe der Behandlung besserten.

Thorsten kam ins Sprechzimmer, das sofort ihm gehörte. Er kletterte auf die Liege, sprang herunter, fuhr Karussell auf dem Drehhocker und war wenig beeindruckt von meiner Autorität. Zu den Testaufgaben ließ er sich zunächst ganz gerne überreden, aber wehe, es klappte nicht. Dann sagte sehr lautstark seine Meinung und schimpfte sehr ausdrucksvoll los.

Auf Grund meines Eindrucks von ihm tat ich etwas, was ich sonst sehr selten tue: ich gab schon bei der ersten Untersuchung ein homöopathisches Mittel. (Hyoscyamus C 30). Das Elterngespräch war für den nächsten Tag vereinbart.

Die Mutter eröffnete das Gespräch mit der Bemerkung: „Haben Sie dem Schlafmittel gegeben? Der ist mir ja im Auto eingeschlafen, was er sonst nie tut! Seit sieben Jahren hat er noch nie im Auto geschlafen!“

Sie berichtete weiter: „Das Hauptproblem zu Hause ist eigentlich die Eifersucht auf den kleinen Bruder. Thorsten muß immer im Mittelpunkt sein. Mit der Einschulung sind die Probleme richtig eskaliert. Die Lehrerin berichtet, daß er Schwierigkeiten habe, nach der Pause wieder auf den Boden zu kommen. Die soziale Einordnung bereitet ihm ebenfalls große Probleme. Thorsten spielt permanent den Klassen-Clown.

Außerdem ist er äußerst explosiv. Wo er hinkommt, gibt es Streit. Dabei ist er recht gewalttätig und impulsiv. Bei der kleinsten Meinungsverschiedenheit haut er zu. Aus Wut kann er auch Sachen kaputt machen.“

Die Mutter berichtet weiter: Thorsten könne Gefahren nicht richtig einschätzen. Teilweise verhalte er sich selbstgefährdend, im Schwimmbad oder wenn er auf Bäume klettert. In anderen Situationen habe er allerdings ausgeprägte Ängste, zum Beispiel vor dem Alleinesein oder vor Hunden. Thorsten beißt Nägel, sogar Fußnägel. Früher habe er vor Wut sogar seine Mutter gebissen.

Am Ende eines Tages sei Thorsten fertig. Er schlafe innerhalb fünf Minuten ein. Allerdings habe er häufig Alpträume. Als kleines Kind hatte er oft Husten. Der Kinderarzt habe jetzt eine asthmatische Bronchitis festgestellt, die kurzfristig mit Medikamenten behandelt wurde.

Auf Grund der Informationen und der Reaktion setzte ich die homöopathische Behandlung mit dem gleichen Medikament fort. Thorsten bekam allerdings Tropfen, die er jeden Tag einnehmen mußte.

Nach sechs Wochen kam Thorsten wieder in die Praxis zusammen mit seiner Mutter. Thorsten setzte sich ruhig in eine Ecke und beschäftigte sich mit Bauklötzen aus der Spielzeugkiste.

Die Mutter berichtete: „In der Schule läuft es gut, Thorsten hat drei Freunde gefunden. Auch die Lehrerin ist sehr positiv überrascht. Die Klasse sei insgesamt sehr anstrengend, aber Thorsten sei nicht mehr der Schlimmste. Zwar hat er noch einmal auf den Boden gepinkelt. Das hat er aber aufwischen müssen und seitdem ist es deutlich besser. Er kapiert jetzt, wo Grenzen sind. Die schulische Leistung ist in Ordnung. Der Gebrauch der Schimpfwörter hat sich deutlich reduziert. Auch rastet er nicht mehr so leicht aus. Bei Streit fragt er erst freundlich und haut dann zu.“

Sicherlich müssen Sie als Leser bei einer solchen Schilderung ebenfalls grinsen und fragen sich, wo die Verbesserung steckt.

Ich möchte dies gern beantworten: Sie steckt in der Entwicklung! Es ist nicht so, daß ein Schalter umgelegt wurde und Thorsten ein ganz anderer ist, aber er macht sich auf den Weg.

Wiedervorstellung nach drei Monaten.

Die Tropfen werden weiter gegeben. Thorsten kommt in der Schule ganz gut mit. Im Rechnen ist er bis zum Zehnerraum gut. Bei Deutsch habe er Schwierigkeiten, da Schreibweise und Dialekt differieren. Ein Problem sei jetzt, daß Thorsten seelisch sehr viel empfindsamer geworden ist. Die Mutter wertet dies aber positiv. Sie meint, er nimmt sich und andere jetzt besser wahr. Er sei immer noch eifersüchtig auf seinen kleinen Bruder, könne es aber zeigen und besser damit umgehen. Insgesamt sei er sehr viel offener. Die Zappeligkeit habe sich sehr deutlich gebessert. (Dies zeigt sich auch beim Zeichnen in der Praxis. Siehe Abbildungen. Abbildung 1 bei Erstbesuch, Abbildung 2 vier Monate später). Er beiße immer noch Nägel. Aber das sei sehr viel besser geworden. Thorsten malt jetzt von sich aus, was er früher nie getan habe. Er verwende viel Farbe. Auch das sei neu. Die Ängste seien sehr viel weniger geworden. Auch sein Jähzorn und seine Zerstörungswut hätten abgenommen. Neulich habe er Krach mit seinem Vater gehabt. Er schloß sich wütend in sein Zimmer ein, sei dabei aber über zwei Stunden ruhig geblieben ohne irgendwelche Sachen durch die Gegend zu pfeffern. Einmal sei es noch zu einem Zwischenfall gekommen. Da habe er dem kleinen Bruder mit dem Hammer auf's Ohr gehauen. Dies war aber ein Versehen, weil der Kleine hinter ihm stand, als er ausholte.

Ich setzte die Behandlung in gleicher Dosierung fort.

Wiedervorstellung nach zwei Monaten.

Thorsten kam herein, schnappte sich den Drehhocker, fuhr erst einmal Karussell. Die Mutter berichtete: Thorsten ist heute sauer, weil er mitkommen mußte. Alles, was regelmäßig ist, paßt ihm nicht. Er schimpft wieder mehr. Aber im Rahmen der Schule ist insgesamt alles weiter okay. Gefühlsmäßig ist er etwas stabiler. Zu Hause geht's ganz gut. Er hilft gerne, wenn er technische Apparate benutzen darf. Rasenmähen tut er wie ein Besessener. Das Größte ist aber Bulldogfahren mit dem Papa.

Auch sonst sei die Entwicklung positiv. Die Ängste beim Alleinsein oder vor Hunden seien weg. Der Schlaf ist gut und ohne Alpträume. Der Jähzorn ist weiterhin deutlich besser. Asthma sei nicht mehr aufgetreten.

Mir fiel auf, daß Thorsten motorisch wieder sehr viel unruhiger geworden war. Deshalb gab ich ihm zusätzlich zu den täglichen Tropfen eine Einmalgabe des gleichen homöopathischen Medikaments. Allerdings in einer anderen Wirkstärke (C200).

#### Vier Monate später.

Die Mutter eröffnet das Gespräch: Haben Sie ihm wieder das Schlafmittel gegeben? Er ist direkt nach dem Medikament im Auto eingeschlafen. Das Zeugnis sei jetzt da. Sie habe ein Gespräch mit der Lehrerin geführt, die bestätigt, daß Thorsten insgesamt viel kontrollierter und lenkbarer als zu Beginn der Schule sei. Sie beschreibt das am Beispiel eines "Zwischenfalls". Die Kinder haben neue Schulbücher bekommen. Darin ist ein nackiges Mädchen abgebildet. Zusammen mit den anderen Buben aus seiner Klasse, hat dies Thorsten sehr interessiert. Sie haben sich darüber totgelacht. Eine Mitschülerin fühlte sich in ihrer weiblichen Ehre gekränkt und intervenierte. Bei der darauffolgenden Rangelei, wurde das Buch zerrissen. Die hinzukommende Lehrerin habe natürlich geschimpft. Die Mutter betont: „Und jetzt kommt's! Obwohl Thorsten sich ungerecht behandelt fühlte - da er es ja nicht allein gewesen ist - flippte er in der Situation nicht aus.“ Erst nach der Stunde ging er zur Lehrerin und klärte mit ihr die Sache. Zu Hause sei auffällig, daß er leichter weine und insgesamt viel weicher wäre. Er käme jetzt von sich aus um zu schmusen. Die Eifersuchtsproblematik mit dem Bruder habe sich deutlich gebessert.

Mir fiel auf, daß sich bei diesem Besuch die gesteigerte Zappeligkeit des vorherigen Treffens wieder deutlich gelegt hatte.

#### **Besprechung**

Thorstens Mutter meint, er werde immer ein Engel mit einem B davor sein. Vermutlich hat sie Recht. Die Entwicklung zeigt aber, daß Thorsten Strategien entwickelt, trotz ADS mit sich und seiner Umwelt zu Rande zu kommen. Hierbei hilft ihm die Homöopathie. Das zeigt sich in den prompten Akutmittelreaktionen und der Änderung der Fahrtrichtung, die seit der Behandlung eingetreten ist.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Thomas Bonath  
Rheinstrasse 41  
76185 Karlsruhe

Tel:0721/ 5312370