

Optimierung der homöopathischen Behandlungskonzepts bei Kindern mit ADS/ADHS

Heiner Frei¹, Klaus von Ammon², André Thurneysen²
EHK 2006; 55: 177-185

¹ Schweizerische Ärztesgesellschaft für Homöopathie (SAHP), Luzern

² Kollegiale Instanz für Komplementärmedizin (KIKOM), Universität Bern

Korrespondenz

Dr. med. Heiner Frei

Kreuzplatz 6, CH-3177 Laupen

Tel 0041 31 747 94 93, Fax 0041 31 747 94 92

e-mail: heiner.frei@hin.ch

Schlüsselwörter: ADS/ADHS, homöopathische Behandlung, unzuverlässige Symptome, Polaritätsanalyse, Wahrnehmungssymptome

Zusammenfassung

Die rigorose Prüfung, der die Homöopathie in der Berner ADS/ADHS-Doppelblindstudie unterworfen wurde, machte eine Optimierung des Behandlungskonzepts nötig, damit dieses auch höchsten Anforderungen zu genügen vermochte. Diese erfolgte in drei Schritten: 1. Identifikation unzuverlässiger Symptome mit Hilfe eines Fragebogens, und Ausschluss derselben von der Repertorisation. 2. Einführung der Polaritätsanalyse, welche erlaubt mit relativ wenigen, aber spezifischen Symptomen dasjenige Arzneimittels zu bestimmen, dessen Genius am ehesten der charakteristischen Symptomatik des Patienten entspricht. 3. Einschluss der primären Wahrnehmungssymptome in die Repertorisierung. Durch die Verwendung von Q-Potenzen konnte zudem die Stabilität der Behandlungseffekte verbessert werden. - Diese Massnahmen ermöglichten schliesslich ein positives Resultat der Doppelblindstudie zu Gunsten der Homöopathie.

Abstract

In order to cope with the rigorous scientific testing of homeopathy in the Bernese ADHD-doubleblind-study, modifications of the homeopathic diagnostic procedure were introduced to rise the efficiency of homeopathic prescriptions. 1. Unreliable symptoms were identified by means of a general questionnaire, and then consequently excluded from the repertorisation. 2. The analysis of polar symptoms was developed to cope with the frequent problem of unilateral symptomatology. 3. The inclusion of the symptoms and modalities of perception led to a further rise in the precision of prescription. In addition, the change from single doses to Q-potencies enhanced the stability of the treatment effect further. Only due to these

modifications it was possible to reach a positive result in favour of homeopathy in the doubleblind study.

Key words: ADHD, homeopathic-treatment, unreliable symptoms, analysis of polar symptoms, symptoms of perception

Einführung

Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS/ADHS) ist eine bei 3-5 % aller Kinder vorkommende Kombination von verschiedenen kognitiven Störungen mit Hyperaktivität/Impulsivität oder Passivität [1,2]. (Im Folgenden wird für beide Formen der Einfachheit halber nur der Überbegriff ADS verwendet). Die 10 häufigsten ADS-Symptome sind im Conners Global Index (CGI), der auch zur schulmedizinischen Evaluation von ADS-Behandlungen dient, zusammengefasst: Die Patienten sind erregbar, impulsiv; weinen leicht und häufig; unruhig im Sinne von zappelig; oder unruhig, immer auf dem Sprung; zerstörerisch; bringen angefangene Dinge nicht zu einem Ende; leicht ablenkbar; neigen zu schnellen und ausgeprägten Stimmungswechseln; bei Bemühungen leicht frustriert; und stören andere Kinder. (Die Intensität der Symptome wird nach einer Skala von 0=gar nicht bis 3=sehr stark bewertet) [3].

Die homöopathische Behandlung des ADS gehört zu den schwierigsten Aufgaben in der Pädiatrie. Aufgabe des homöopathischen Arztes ist es, aufgrund der individuellen, charakteristischen Symptomatik das für den Patienten bestpassende Arzneimittel zu finden. Die Trefferquote der Mittelfindung bei konventioneller Fallaufnahme (d.h. nach Organon § 82-95) [4] liegt jedoch ungewöhnlich tief, nämlich lediglich bei 21% [5], währenddem die durchschnittliche Trefferquote bei andern Leiden in einer homöopathischen Praxis durchaus 65-75% erreichen kann [6]. Grund dafür ist die Tatsache, dass das ADS nicht selten ein einseitiges Leiden ist, also neben den ADS-Symptomen nichts weiteres vorliegt, und diese manchmal sehr stereotyp geschildert werden. So haben die Eltern oft grosse Mühe, neben den im CGI erfassten Symptomen auch noch etwas Individuelles zu übermitteln. Auffallend ist auch, dass viele Eltern in der Beobachtung der Symptome ihres Kindes unsicher sind, ein Umstand, der wahrscheinlich mit der extremen Variabilität des Verhaltens der ADS-Patienten zusammenhängt. Ist trotz dieser Schwierigkeiten einmal ein gut wirkendes Arzneimittel gefunden, so bewirkt eine Einzeldosis in der Potenz C-200 in der Regel eine deutliche Besserung, die durchschnittlich zwei bis fünf Monate anhalten kann [5]. Allerdings können Einzeldosen zu starken Verlaufsschwankungen führen, da es schwierig ist, den

richtigen Zeitpunkt für die Verabreichung der nächst höheren Potenz zu finden. Im Hinblick auf die Durchführung der Berner ADS-Doppelblindstudie [7], in welcher die Wirkung der Homöopathie einer rigorosen wissenschaftlichen Prüfung unterzogen wurde, musste deswegen das homöopathische Behandlungskonzept optimiert werden. Ziele dieser Arbeit waren einerseits eine Erhöhung der Trefferquote der Verschreibungen, andererseits sollte die Stabilität der Besserungen erhöht werden. Diese hatte sich bisher als anfällig auf äussere Einflüsse, wie Schulschwierigkeiten und Spannungen in der Familie erwiesen. Die Optimierung der Verschreibung umfasste drei Stufen, welche zeitlich aufeinander folgten, so dass auf Erfahrungen des vorausgehenden Optimierungsschrittes jeweils im nächsten Schritt reagiert werden konnte (Tabelle 1). Bereits ab Beginn wurden parallel Q-Potenzen eingesetzt, um eine stabilere Besserung zu erreichen.

Methoden

Die vorliegende Arbeit ist als Erfahrungsbericht konzipiert, in dem die Daten prospektiv dokumentiert wurden. Es handelt sich nicht um eine strenge wissenschaftliche Studie.

Einschlusskriterien: Aufgenommen in die Untersuchung wurden Patienten einer pädiatrisch-homöopathischen Praxis im Alter von 2 bis 16 Jahren, bei denen die ADS-Diagnose nach den DSM-IV Kriterien [1] gestellt worden war, und die als einzige Behandlung homöopathische Medikamente erhielten.

Outcome-Parameter: Als Outcome-Parameter diente ein Conners Global Index-Rating durch die Eltern nach jedem Behandlungsabschnitt, also in 4-wöchentlichen Abständen. Eine Verschreibung wurde als „Treffer“ betrachtet, wenn sie im weiteren Verlauf zu einer Besserung des CGI um 9 Punkte (oder mehr) oder um 50% des Ausgangswertes führte. Die Beurteilung der Stabilität der Besserung erfolgte im Gespräch mit den Eltern, also eindrucksmässig. Sie konnte nicht durch einen Messwert objektiviert werden.

Optimierungsschritte

1. Allgemeiner Fragebogen

Zur Identifikation unzuverlässiger Symptome wurde ein allgemeiner Fragebogen eingeführt, der die ADS-Symptome, aber auch die häufigsten Nebensymptome enthielt (Symptome also, die neben dem ADS vorliegen, und mit diesem nichts zu tun haben). Dieser wurde angewendet, bis 100 Patienten eine substantielle Besserung ihrer Symptome erreicht hatten. Danach erfolgte eine Analyse der den richtigen Verordnungen vorausgegangenen „Fehlverordnungen“, die zu keiner oder nur zu geringen Besserungen der Symptomatik geführt hatten. Das Ziel war, diejenigen Symptome zu identifizieren, welche verhindert hatten, dass primär das beste homöopathische Arzneimittel gefunden wurde. Jedes Symptom, das ein oder mehrere Male zu einer Fehlverordnung geführt hatte, wurde in die Liste unzuverlässiger Symptome aufgenommen.

2. Die Polaritätsanalyse

Als nächster Schritt wurde eine zusätzliche Möglichkeit gesucht, die charakteristischen Patientensymptome optimal mit dem Genius eines Arzneimittels in Übereinstimmung zu bringen, und damit die Zuverlässigkeit der Verordnungen zu steigern. Zu diesem Zweck wurde die Idee der Kontraindikationen Bönninghausens aufgegriffen und zur Polaritätsanalyse weiterentwickelt: Sozusagen jedes homöopathische Arzneimittel weist eine

gewisse Anzahl polarer Symptome auf. Das sind Symptome, die auch ein Gegenteil haben können, z.B. Bedürfnis zu Bewegen/Abneigung zu Bewegen, Durst/Durstlosigkeit, Wärme bessert/Wärme verschlimmert, usw.. Ein Arzneimittel kann beide Pole aufweisen, meistens aber in unterschiedlichen Wertigkeiten. Nach Bönninghausen entsprechen hochwertige Symptome (Grad drei und vier) dem Genius des Arzneimittels, also dem, was für dieses charakteristisch ist. In der Mittelwahl geht es nun darum, dasjenige Medikament zu finden, dessen Genius den charakteristischen Patientensymptomen am besten entspricht. Alle wichtigen Patientensymptome sollten also vom richtig gewählten Arzneimittel möglichst hochwertig abgedeckt werden. Wird nun bei einem polaren Symptom der Gegenpol von einem bestimmten Arzneimittel hochwertig, der Patientenpol aber tiefwertig abgedeckt, so entspricht dies - nach Bönninghausen - einer Kontraindikation für dieses Mittel, welches den Patienten deshalb nicht heilen kann. Bei Nux-vomica z.B. ist die Abneigung gegen Bewegung dreiwertig, das Bedürfnis zu Bewegen nur einwertig. Nux-v wird deshalb einen Patienten, der ein Bedürfnis zu Bewegen hat nicht heilen, obschon es dieses Symptom abdeckt. Bönninghausen pflegte auf diese Weise punktuell seine Mittelwahl zu überprüfen [8].

Die Polaritätsanalyse ist eine Erweiterung der Erkenntnisse Bönninghausens über Geniussymptome und Kontraindikationen: Addiert man bei jedem in Frage kommenden Arzneimittel die Wertigkeiten der polaren Patientensymptome, und subtrahiert davon die Wertigkeiten der entsprechenden Gegenpolsymptome, so erhält man für jedes eine Polaritätsdifferenz. Ein Patient leidet zum Beispiel an einer Tonsillitis mit den folgenden Symptomen: < durch Schlucken, < durch Sprechen, < kalte Nahrungsmittel, < nach dem Erwachen, > nach dem Essen, Durst vermehrt. Alle diese Symptome sind polar, und sie werden durch 19 homöopathische Medikamente abgedeckt, aber nur drei davon weisen keine Kontraindikationen im Sinne Bönninghausens auf, nämlich Natrium carbonicum, Mercurius solubilis und Magnesium carbonicum. An diesen drei Mitteln sei nun die Polaritätsdifferenz illustriert:

Patientensymptome	Arzneimittel, Grad der Abdeckung		
	Nat-c	Merc	Mag-c
< Schlucken	1	3	2
< Sprechen	4	1	2
< Nahrungsmittel kaltes	1	2	1
< nach dem Erwachen	4	4	3
> nach dem Essen	4	1	1
Durst	2	4	1
Total	16	15	10

Gegenpol-Symptome	Arzneimittel, Grad der Abdeckung		
	Nat-c	Merc	Mag-c
> Schlucken	1	2	1
> Sprechen	0	0	0
> Nahrungsmittel kaltes	0	2	1
> nach Erwachen	1	0	0
< nach dem Essen	3	1	2

Durstlosigkeit	1	1	0
Total	6	6	4

Polaritätsdifferenz

Total der Wertigkeiten der Patientensymptome minus Total der Wertigkeiten der Gegenpol-Symptome:

Nat-c	Merc	Mag-c
10	9	6

Je höher die Polaritätsdifferenz also ist, umso eher entspricht ein Arzneimittel der charakteristischen Patientensymptomatik, vorausgesetzt, dass keine Kontraindikationen vorliegen. Polaritätsdifferenzen von 0 oder kleiner (also negative Werte) zeigen uns Arzneimittel an, welche auf unspezifische Weise, also nicht mit ihren Geniussymptomen, alle Patientensymptome abdecken. Solche Arzneimittel haben eine sehr geringe Heilungswahrscheinlichkeit für die beim Patienten vorliegende Symptomatik. In unserem Beispiel weist Nat-c die höchste Heilungswahrscheinlichkeit auf, Merc die zweithöchste. Mit dieser Methode kann also bei einem Repertorisations-Resultat, bei dem mehrere Arzneimittel alle Patientensymptome abdecken, das bestpassende leichter identifiziert werden. Die Polaritätsanalyse konnte bisher im Repertorisationsprogramm zum Boenninghausen Taschenbuch 2000 [9] sowie im Amokoor Programm [10], welches auf dem Bönninghausen Taschenbuch 1897 und weiteren Quellen basiert, integriert werden. Zur Verdeutlichung der praktischen Anwendung der Polaritätsanalyse sei auf das untenstehende Fallbeispiel verwiesen.

3. Testung der primären Wahrnehmungssymptome

Da die Liste der unzuverlässigen Symptome im ersten Optimierungsschritt sehr umfangreich ausgefallen war (siehe Resultate), wurde in einem weiteren Schritt versucht Symptome von höherer Zuverlässigkeit zu finden. Das ADS, welches nach heutiger Auffassung in der Regel genetische Ursachen hat, führt primär zu Wahrnehmungsstörungen, d.h. Störungen der Selektion und Verarbeitung von Sinnesreizen. Diese können in variablen Kombinationen das visuelle, taktile, auditive, proprioceptive, olfaktorische und gustatorische System sowie die Temperaturempfindung betreffen. Die meisten Wahrnehmungssymptome werden in einer homöopathischen Anamnese nicht spontan geäußert, weil die Folgen der gestörten Wahrnehmung offensichtlicher und störender sind, als die primären Wahrnehmungsdefekte. Als nächster Optimierungsschritt wurden deshalb diejenigen Repertoriums-Rubriken, besonderes Modalitäten, im Bönninghausen Taschenbuch 2000[8] gesucht, welche einen direkten Bezug zu den Wahrnehmungssymptomen haben. Modalitäten sind generell die zuverlässigsten aller charakteristischen Symptome, da sie für die Patienten auffälliger und leichter zu erfassen sind, als zum Beispiel Empfindungen oder Gemütssymptome. Dabei konnten die folgenden Repertoriums-Rubriken eruiert werden:

- Tastsinn: Berührung verschlimmert (Berührung ist ihm/ihr unangenehm)
- Visuell: Licht allg. verschlimmert (Überempfindlichkeit auf [helles] Licht)
Sehen angestrengt verschlimmert (z.B. vermehrte Unruhe nach Fernsehen oder Computer-Spielen)
- Auditiv: Gehör überempfindlich (erträgt Lärm von andern schlecht)
- Olfaktorisch: Geruchsinn überempfindlich

- Gustatorisch: Geschmacksinn vermindert (würzt alles nach)
- Temperatur: Ihr/ihm ist schnell zu heiss, Bedürfnis zu entblößen
Wärme verschlimmert (heisses Wetter/überheizte Räume)
Kälte bessert
Ihr/ihm ist schnell kalt, Bedürfnis einzuhüllen
Kälte verschlimmert
- Verarbeitung: Begreifen, Verstehen, denken langsam
Gedächtnis schwach
Zerstreuung, Konzentrationsmangel
- Grobmotorik: Unruhe körperlich
Übermässiges Verlangen nach Bewegung, Sport
Bewegung bessert (während)
Abneigung gegen Bewegung
- Feinmotorik: Schreiben verschlimmert (schreibt verkrampft, ermüdet schnell)
- Tageszeit: < nach dem Erwachen
< Vormittags
< Nachmittags
< Abends
- Gemüt: Gereiztheit
Traurigkeit

Eine Anzahl von zusätzlichen Symptomen, die auf den ersten Blick ebenfalls einen Bezug zur Wahrnehmung des Patienten haben, erwiesen sich in der praktischen Evaluation als unzuverlässig: < Lesen, < Sprechen, < Berührung leise, > Berührung, Schwerfälligkeit körperlich, Fallen leicht/oft, < Schaukeln, < Fahren im Wagen, Geschmacksinn überempfindlich, Muskulatur schlaff, Muskulatur straff.

In einer eingehenden Evaluation wurde schliesslich ein ADS-Fragebogen erstellt, der die oben erwähnten Wahrnehmungssymptome enthält. Zusätzlich ist darauf auch eine Liste der unzuverlässigen Symptome aufgeführt, damit die Eltern ganz besondere Beobachtungen, die der Fragebogen nicht enthält, identifizieren können.

4. Einsatz von Q-Potenzen

Die Behandlung mit Einzeldosen kann, wie eingangs erwähnt, starke Wirkungsschwankungen verursachen, welche für alle Beteiligten mühsam und belastend sind. Zur Verbesserung der Stabilität der Mittelwirkung wurden ab Beginn des Optimierungsprozesses flüssige Q-Potenzen eingesetzt: Anfangs erhielten die Kinder die Potenz Q 3 jeden 2. Tag. Stellen die Eltern fest, dass es am Tage ohne Mittelgabe weniger gut ging, wurde auf eine tägliche Einnahme gewechselt. Nach 4 Wochen erfolgte eine Beurteilung der Mittelwirkung. War sie befriedigend, so konnte (ohne Pause) mit der Potenz Q 6 weitergefahren werden, wiederum für 4 Wochen, usw. in Dreierschritten bis zur Potenz Q 42 oder bis neue Symptome ein anderes Mittel indizierten. Nach der Potenz Q 42 (der höchsten erhältlichen Potenz) wurde erneut mit tiefen Q-Potenzen weitergefahren, dieses Mal mit Q 4, danach Q 7, Q 10, etc.. Sobald sich eine stabile Besserung eingependelt hatte, konnten die Kontroll-Intervalle auf 4 Monate ausgedehnt werden.

Resultate

Die Einführung des allgemeinen Fragebogens erbrachte nur eine leichte Verbesserung der Resultate, indem die Ersttrefferquote von 21% auf 28% stieg, das Resultat nach fünf Verordnungen von 68% auf 78%. Bei der Auswertung

dieses Fragebogens in Bezug auf die Zuverlässigkeit der von den Eltern übermittelten Symptome zeigte sich, dass nahezu alles, was wir bei andern Leiden als zuverlässig betrachten und zur Mittelbestimmung verwenden, von den Eltern von ADS-Kindern falsch übermittelt werden kann, womit die Möglichkeit von Fehlverordnungen besteht (Tabelle 2). Andererseits waren die entsprechenden Beobachtungen bei vielen Patienten oft richtig, so dass insgesamt eine Unsicherheit in Bezug auf die zu verwendenden Symptome entstand. Die unzuverlässigen Symptome wurden anschliessend konsequent von der Repertorisation ausgeklammert.

Durch die zusätzliche Einführung der Polaritätsanalyse steigerte sich die Ersttrefferquote auf 48%, die Erfolgsquote nach fünf Monaten blieb hingegen praktisch unverändert bei 79% (vorher 78%). Die Konzentration der Fallaufnahme auf die Wahrnehmungssymptome, also die Einführung des eigentlichen ADS-Fragebogens, führte schliesslich (in Kombination mit dem allgemeinen Fragebogen und der Polaritätsanalyse) zu einer Ersttrefferquote von 54%, und einer Erfolgsquote nach fünf Monaten von 84%. Die drei ersten Optimierungsschritte (allg. Fragebogen [FB], Polaritätsanalyse [PA] und ADS-Fragebogen mit Wahrnehmungssymptomen [WS]) wurden hintereinander eingeführt und deren Wirkung auf die Präzision der Verschreibung jeweils aufgezeichnet (Abbildung 1).

Erfreulicherweise war der Optimierungsprozess auch nicht mit einer „Verarmung“ der Mittelvielfalt verbunden. Zur Veranschaulichung sind in Tabelle 3 die 27 Arzneimittel aufgeführt, welche bei 160 ADS-Patienten unserer beiden klinischen Studien [7,11] jeweils eine anhaltende und zunehmende Besserung bewirkt haben.

Die Behandlung mit Q-Potenzen erzielte eine deutlich bessere Stabilität der Mittelwirkung, womit auch die Compliance der Eltern sich, gegenüber den Erfahrungen mit Einzeldosen, besserte.

Fallbeispiel

Zur Veranschaulichung der hier entwickelten Vorgehensweise sei zum Schluss ein Fallbeispiel aus der Doppelblind-Studie aufgeführt: Marco (Name geändert), ein 12-jähriger Knabe, fällt zuhause durch sein impulsives, unruhiges und phasenweise schwieriges Verhalten auf. Immer ist er auf dem Sprung, kann angefangene Dinge nicht zu Ende bringen, und in schwierigen Situationen ist er schnell frustriert. Bei Schlafmangel, Aufregung, Kummer oder Angst neigt er zu starken Kopfschmerzen. Als Kleinkind sei der Patient sehr ängstlich gewesen, heute aber nicht mehr. Seine psychomotorische Entwicklung verlief zwar im Normbereich, aber eher langsam. Wenn es ihm gut geht, ist er ein offener, kontaktfreudiger Knabe. Auch in für ihn schwierigen Situationen bleibe er zugänglich, und lasse sich auch trösten. In der Schule hat er Mühe wegen starken Lern- und Aufmerksamkeitsproblemen, konnte aber bisher dem Unterricht der normalen Klasse knapp folgen. Im Conners Global Index geben ihm die Eltern einen Hyperaktivitätsscore von 20, was gleichbedeutend ist mit einem mittelschweren ADS. Die neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen an der Universitäts-Kinderklinik Bern bestätigen die ADS-Diagnose.

Bei der Untersuchung finde ich einen grossen, zurückhaltenden, leicht adipösen Patienten mit niederem Muskeltonus, der sich für ein hyperaktives Kind relativ ruhig verhalten kann. Auffallend ist für mich einzig das eher blasse Hautkolorit.

Im ADS Fragebogen markieren die Eltern folgende Symptome:

- Übermässiges Bedürfnis zu bewegen
- Hat schnell zu heiss, Bedürfnis Kleider auszuziehen
- Angestregtes Sehen, Lesen, TV, Computerspiele verschlimmern (nachher)
- Lärm (von andern) verschlimmert
- Begreifen, verstehen langsam, abstraktes Denken erschwert
- Schreiben erschwert, verkrampft, ermüdend

Die im allgemeinen Fragebogen angegebenen Symptome, mit Ausnahme von Muskelschlaffheit (verifiziert), wie Übergewicht, Kopfschmerzen durch Schlafmangel und Gemütsbewegungen, starkes Schwitzen, Verschlimmerung durch geistige Anstrengungen, Besserung durch Bewegung, im Freien und durch körperliche Anstrengung werden nicht für die Repertorisierung verwendet, da sie, wie oben aufgeführt, Fehlverordnungen verursachen könnten.

Die Repertorisierung erfolgte mit dem Bönninghausen Programm und wurde zusätzlich überprüft mit Amokoor. Deren Resultat ist in [Tabelle 4](#) dargestellt:

Aus dieser ist ersichtlich, dass 6 Mittel alle Symptome abdecken, zwei davon aber wegen Kontraindikationen wegfallen, nämlich Lycopodium und Pulsatilla. Die höchste Polarität hat bei beiden Repertorien Calcium carbonicum.

Im Materia Medica Vergleich spricht gegen Chamomilla, dass Marco keine extremen Zornausbrüche hat, nicht zu Gewalttätigkeiten neigt und auch keine Überempfindlichkeit auf Schmerzen aufweist. China und Borax sind mit ihren niederen Polaritätsdifferenzen von 8 und 4 Arzneimittel, die die Patientensymptomatik auf eher unspezifische Weise abdecken, und deshalb nur eine geringe Heilungswahrscheinlichkeit haben. Für Calcium carbonicum hingegen spricht neben der hohen Polaritätsdifferenz auch die Abdeckung der Nebensymptome wie starkes Schwitzen, Blässe und langsame psychomotorische Entwicklung. Ebenso dazu passen die nicht verwendeten Symptome Besserung im Freien und durch körperliche Anstrengung sowie Verschlimmerung durch Schlafmangel und Gemütsbewegungen.

Marco erhielt dementsprechend Calc-c Q 3, als Flüssigpotenz, anfangs alle zwei Tage, später in täglichen Gaben. Einen Monat später berichtet die Mutter, er sei deutlich belastbarer und könne konzentrierter arbeiten, und sein Connors Index sei auf 12 gesunken. Weitere vier Wochen später liegt der CGI noch bei 9, und Familie und Lehrer sind begeistert von den umfassenden Veränderungen, die in dieser kurzen Zeit passierten. Im Langzeitverlauf unter aufsteigenden Calc-c Q-Potenzen fällt der CGI weiter auf 6 Punkte ([Abbildung 2](#)). Das Fallbeispiel zeigt, wie dank der Polaritätsanalyse mit relativ wenigen Symptomen eine Eingrenzung auf das wahrscheinlichste Mittel erfolgen kann.

Diskussion

In Abweichung von den Organon § 82-95, die eine freie Fallaufnahme fordern, wurde mit der Einführung von Fragebogen der von Hahnemann vorgezeichnete Weg verlassen. Da damit ein gewisses Risiko besteht, dass individuelle,

charakteristische Symptome verpasst werden, muss dieser Schritt gut begründet sein. Weil das ADS, wie bereits erwähnt, nach der heutigen Auffassung eine genetische Ursache hat, finden wir häufig bei einem oder sogar beiden Elternteilen ebenfalls ADS-Symptome. Bei freier Fallaufnahme kommt es deshalb nach Erfahrung der Autoren oft zu einer sehr unstrukturierten Schilderung der Leidensgeschichte der Familie, die sich oftmals auf die unvermeidlichen Klagen von Schule, Nachbarschaft und Geschwistern konzentriert, viel weniger die eigentlichen Symptome des Kindes. Hinzu kommt, dass die geschilderte Eigensymptomatik sich nicht selten auf die Punkte des Conners Global Index beschränkt, und damit keine individuellen Züge des Leidens zutage gefördert werden. Mit den Fragebogen können wir hingegen die Eltern auf diejenigen Symptome aufmerksam machen, die sich in der Mittelbestimmung als zuverlässig erwiesen haben. Ihnen werden deshalb vor der Fallaufnahme zwei bis vier Wochen Zeit zur Verfügung gestellt, um sich nochmals eingehend mit den wirklich charakteristischen Symptomen des Kindes auseinanderzusetzen. Damit kann oft vermieden werden, dass nach einer ersten (erfolglosen) Behandlungsetappe die primär übermittelten Symptome wieder revidiert werden. Da bei unserem Vorgehen die Mittelbestimmung schliesslich auf relativ wenigen, aber wichtigen Symptomen basiert, ist es entscheidend dass diese auch wirklich stimmen.

Für eine zuverlässige Polaritätsanalyse müssen mindestens fünf polare Symptome zur Verfügung stehen. Ist eines davon nicht richtig beobachtet, so wird sich das oft in einer falschen Mittelwahl niederschlagen. Zudem muss beachtet werden, dass die Kontraindikationen der bedeutendere Teil der Analyse sind, da ein Nichtbeachten derselben praktisch immer zu Fehlverordnungen führt, während dem die Höhe der Polaritätsdifferenz nur ein relativer Hinweis auf das bestpassende Mittel ist. Insgesamt ist die Polaritätsanalyse als zusätzliches Instrument zu bewerten, mit dem die Präzision der Verordnungen nochmals etwas erhöht werden kann. Natürlich lässt sie sich auch in der übrigen Homöopathie erfolgreich anwenden. Parallel zu den Untersuchungen bei ADS haben wir deren Einfluss auf die Trefferquote auch bei andern Patienten geprüft. Dabei zeigte sich, dass sie zu einem deutlichen Fortschritt in der Präzision der Mittelbestimmung führt.

Mit der Einführung der Wahrnehmungssymptome in die Repertorisierung missachten wir ein homöopathisches Dogma, nämlich den (missverstandenen) Lehrsatz, dass pathognomonische Symptome nicht für die Repertorisation verwendet werden sollten. Dunham, der ursprünglich auf das Problem aufmerksam gemacht hatte, verstand darunter Symptome, die bereits mehr oder weniger ausgeprägte Gewebeläsionen verursacht hatten. Spätere haben den Begriff pathognomonisch auf seine heutige medizinische Bedeutung uminterpretiert, in dem Sinne, dass damit diejenigen Symptome gemeint sind, welche die Elemente einer schulmedizinischen Diagnose ausmachen. Diese Uminterpretation bedeutet, dass auch durchaus charakteristische Symptome im Sinne von Organon § 153 unter den Begriff pathognomonisch fallen. Werden diese nun aus der Repertorisation ausgeklammert so bedeutet das eine Verletzung des Ähnlichkeitsgesetzes [12]. Dass mit der Verwendung der Wahrnehmungssymptome eine Steigerung des Behandlungserfolgs erreicht werden konnte, zeigt unseres Erachtens, dass die Erweiterung des Begriffs

pathognomonisch über die Gewebeläsionen Dunhams hinaus, unzulässig ist.

Schlussfolgerungen

Bei Optimierung der Behandlung von ADS-Patienten, hat sich eine Modifikation der Vorgehensweise Bönninghausens als optimal herauskristallisiert: In dessen Rangordnung der Symptome rangiert das Hauptleiden mit seinen Eigenheiten vor den Nebensymptomen mit ihren Eigenheiten, während dem die Gemütssymptome erst nach der Würdigung von Haupt- und Nebensymptomen in Betracht gezogen werden. Durch die Polaritätsanalyse wird auch Bönninghausens Konzept der Kontraindikationen fortgeführt und erweitert. Dieser Optimierungsprozess beanspruchte ca. 5 Jahre intensiver Arbeit, in denen die Probleme, die mit der homöopathischer Behandlung des ADS verbunden sind, genau kennen gelernt werden konnten. Wir sind der Auffassung, dass das signifikante Resultat zu Gunsten der Homöopathie in der Berner ADS-Doppelblindstudie nur dank diesem Prozess möglich war.

Servicekasten

Weiterführende Literatur

Heiner Frei Die homöopathische Behandlung von Kindern mit ADS/ADHS. Haug-Verlag, Stuttgart 2005.

Repertorisationsprogramme

Repertorisationsprogramm zum Bönninghausen Taschenbuch 2000. Bönninghausen Arbeitsgemeinschaft, D-Sinzig Löhndorf, 2000 (Bezug: www.boenninghausen.de)

Amokoor Repertorisationsprogramm, Urs Steiner, CH-Immensee, 2006 (Bezug: www.urssteiner.ch oder www.sahp.ch)

Literatur

1. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV. 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. Lahey BB, Applegate B, McBurnett K et al DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. Am J Psychiatry 1994; 151: 1673-85.
3. Conners CK. Conners rating scales (revised), technical manual. Toronto: MHS, 1997.
4. Hahnemann S. Organon der Heilkunst, Ausgabe 6 B. Heidelberg: Haug; 1989.
5. Frei H. Die homöopathische Behandlung von Kindern mit ADS/ADHS. Stuttgart: Haug, 2005.
6. Frei H. Die Rangordnungen der Symptome von Hahnemann, Bönninghausen, Hering und Kent, evaluiert anhand von 175 Kasuistiken. ZKH 1999; 4: 143-155
7. Frei H, Everts R, von Ammon K et al Homeopathic treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder: a randomised, double blind, placebo controlled trial. Eur J Ped 2005, 164/12: 758-767.
8. Bönninghausen C v. Therapeutisches Taschenbuch 2000, Hrsg. K.-H. Gypser. Stuttgart: Sonntag, 2000.
9. Bönninghausen Arbeitsgemeinschaft. Repertorisationsprogramm zum

- Bönninghausen Taschenbuch 2000. Sinzig Löhndorf: Bönninghausen Arbeitsgemeinschaft, 2000 (www.boenninghausen.de)
10. Steiner U. Amokoor Repertorisationsprogramm 2006. Immensee: Steiner, 2006 (www.urssteiner.ch oder www.sahp.ch)
11. Frei H, Thurneysen A. Treatment for hyperactive children: homeopathy and methyphenidate compared in a family setting. Brit Hom J 2001, 90: 193-188.
12. Holzapfel K. Zur Kritik der pathognomonischen Symptome, Zeitschr Klass Hom 2002, 46/5:183-193.

Legende zu den Abbildungen

Abbildung 1:

Schrittweise Besserung der Behandlungsergebnisse durch Modifikationen des homöopathisch-diagnostischen Vorgehens:

Konventionell: Klassische Fallaufnahme nach Organon § 83-95

FB: Standardisierte Fallaufnahme mittels Fragebogen

PA: Polaritätsanalyse als Materia medica-Vergleich

WS: Einführung der Wahrnehmungssymptome in den ADS-Fragebogen

Als „Treffer“ wurde eine Verschreibung betrachtet, wenn sie im weiteren Verlauf zu einer Besserung des CGI um 9 Punkte oder 50% des Ausgangswertes führte.

Abbildung 2:

Kontinuierliche Besserung des Conners Global Index mit zunehmender Dauer der Behandlung

Legenden zu den Tabellen

Tabelle 1:

Keine Legende nötig

Tabelle 2:

Aufgeführt sind Symptome, welche zu einer falschen Verordnung führten, bevor

das optimale homöopathische Medikament gefunden wurde.

Tabelle 3:

Homöopathische Medikamente der Patienten zwei ADS/ADHS-Studien [7,11], welche zu einer Besserung des Conners Global Index von 50% oder 9 Punkten geführt haben.

Tabelle 4:

Repertorisation mit dem Programm des Bönninghausen Taschenbuchs 2000
Normaldruck: Patientensymptome; Kursiv: Gegenpolsymptome

* KI=Kontraindikationen: Im Bereich der Geniussymptome ist der Gegenpol hochwertig (3,4), der Patientenpol aber tiefwertig (1,2).

** Die Pulsatilla-Kontraindikation (Muskelschlaffheit) ist aufgrund einer gegenüber dem Bönninghausen-Programm unterschiedlichen Gradeinteilung nur im Amokoor-Programm ersichtlich.

Tabelle 1: Schritte zur Effizienzsteigerung in der homöopathischen Behandlung von ADS Kindern

Problem	Lösungsansatz
Niedere Trefferquote mittels repertoriumsspezifischer Fragebogen	Identifikation unzuverlässiger Symptome
Schwierige Differential-	Polaritätsanalyse als Materia medica- diagnose Vergleich
Oligosymptomatische symptome für die Repertorisation	Testung pathognomonischer Wahrnehmungs-Fälle
Instabilität der Mittel-	Einsatz von Q-Potenzen wirkung

Tabelle 2: Symptome die bei ADS Kindern zu Fehlverordnungen führen können

< = verschlimmert durch, > = gebessert durch

Gemütssymptome

- Schüchtern
- Angst vor Ereignissen
- Ängstlichkeit
- Angst vor Gewitter, Gewitter verschlimmert
- Ernsthaft, pingelig
- Mitgefühl
- Tagträume
- Illusionen
- Geschwätzigkeit
- Eigensinn, Sturheit
- Diktatorisch
- Hochmütig, stolz
- Streitsucht
- Fluchen
- Eifersucht
- Habsucht/Geiz
- Dreist/Frech/unhöflich
- Gewaltbereitschaft
- Unentschlossen
- Unglücklich
- Unzufrieden
- Introvertiert
- Abneigung sich zu waschen

Modalitäten des Gemüts

- < Alleinsein
- < Gesellschaft
- < Menschenmengen
- < Fremde Menschen
- < bei Dunkelheit
- < Kummer
- < durch Trost
- < durch Tadel
- < Ärger
- < Zorn
- < Denken an sein Leiden
- < durch Musik
- > durch Musik

Gemütsabhängige motorische Phänomene

- Tics
- Zähneknirschen
- Stottern
- Nägelkauen

Verstandessymptome

- Gedächtnis schwach
- < Anstrengung geistig

Wahrnehmungssymptome

- > Berührung
- > leise Berührung
- < Berühren Haare
- < Kleiderdruck
- Reisekrankheit
- Ekel

Bewegungsapparat

- Bedürfnis zu Bewegen
- Muskelverspannungen
- Bewegungen stereotyp
- Schwerfällige Motorik
- Fallen leicht, oft
- < durch Schreiben

Allgemeine Modalitäten und Bedürfnisse

- < Zeit Mittags
- > frische Luft
- > Gehen im Freien
- > nach Schlafen
- < Schlafmangel
- < Vollmond
- > Massieren
- > Anstrengung körperlich
- Bedürfnis frische Luft
- Bedürfnis sich einzuhüllen
- Bedürfnis sich zu ent-blößen

Ernährung

- < durch verschiedene Nahrungsmittel
- Bedürfnis nach versch.
Nahrungsmitteln
- Abneigungen gegen

- versch. Nahrungsmittel
- < Hunger
- > Essen
- > Trinken

Wetter und Klimaeinflüsse

- < nass-kaltes Wetter
- < Herbst
- < Winter
- < windiges Wetter/Bise,
- < Wetterwechsel
- < heisses Wetter

Tabelle 3: Häufigkeit der Arzneimittelverordnungen
bei 160 erfolgreich behandelten ADS-Patienten

1.	Calc-c.	14 %
2.	Lyc.	11 %
3.	Sulf.	10 %
4.	Nux-v.	6 %
5.	Phos.	6 %
6.	Caust.	5 %
7.	Ign.	5 %
8.	Sil.	5 %
9.	Merc- s.	4 %
10.	Bell.	4 %
11.	Cham.	4 %
12.	Sep.	4 %
13.	Hep.	3 %
14.	Arg-n.	3 %
15.	Chin.	3 %
16.	Lach.	2 %
17.	Ph-ac	2 %
18.	Puls.	2 %
19.	Staph.	2 %
20.	Ars. .	1 %
21.	Hyos.	1 %
22.	Nat-m.	1 %
23.	Caps.	<1 %
24.	Agar.	<1 %
25.	Bar-c.	<1 %
26.	Bry.	<1 %
27.	Stram.	<1 %

Tabelle 4: Repertorisierung der charakteristischen Symptome von M.G.

M.G., 12-j, ADSCalcLycChamChinBorxPulsAnzahl Treffer777777Summe der
Grade222216141210Polaritätsdifferenz181510844Bewegung
Verlangen114411> Entblößen342232< Sehen angestrengt441122<
Lärm333221Begreifen schwer342111< Schreiben431211Muskeln
schlaff433222Bewegen Abneigung13/KI*1112< Entblößen002211> Sehen
angestrengt000000Begreifen leichtes010000> Schreiben000000Muskeln
straff000102AMOKOOR Pol-%817176717471AMOKOOR KIKIKI**