

Zappelphilipps, Indigo Kinder, ADHD .. oder was?

Hyperaktive Kinder sind anstrengend und häufig eine Prüfungⁱ für Eltern, Kindergärtnerinnen, Schulen, Lehrer/innen, Aerzte. An diesen unruhigen und unaufmerksamen Kindern können Eltern, Lehrer und andere Bezugspersonen immer wieder scheitern, indem sie an den Rand ihrer Möglichkeiten geraten, diese Kinder erzieherisch positiv zu beeinflussen und sie in ihrem Beziehungsfeld zu integrieren. Verlockend ist deshalb die Aussicht, mit einer kleinen Pille das ganze Problem in den Griff zu kriegen. Nur: tut sie das langfristig wirklich?

Gemäss der aktuellen Information von Prof. Hans-Christoph Steinhausen vom Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst der Universität Zürich ist die Ursache der Aufmerksamkeits-defizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) nicht geklärt. ⁱⁱ Die zentralen Ursachenelemente sind in neurobiologischen Störungen zu suchen, die mit der erblichen Ausstattung und dem Hirnstoffwechsel zusammen hängen. Das Zusammenwirken dieser grundlegend veränderten biologischen Abläufe können schon bei sechs Monate alten Kindern im EEG festgestellt werden.”

Definitionen:

ADS = Aufmerksamkeitsdefizitstörung

ADD = Attention Deficit Disorder

ADHD = Attention Deficit Hyperactivity Disorder

ADHS = Aufmerksamkeits-defizit-/Hyperaktivitätsstörung

POS = frühkindliches psycho-organisches Syndrom

Dann gibt es – zumindest in USA noch weitere schöne Disorders:

ODD = Oppositional defiance Disorder (ständiges Trotzen)

CD = Conduct disorder (Verhaltensstörungen)

LD = Learning Disabilities = Lernschwierigkeiten

ASD = Asperge Disorder (Autismus)

OCD = Obsessive Compulsive Disorder (Zwangshandlungen)

SUD = Substance abuse = crack babies (Mutter, deshalb auch Kind, drogensüchtig)

Laut Patrick Haemmerle vom Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst der Universität Freiburg gibt es seit je den Streit, ob das Syndrom ein untauglicher Sammeltopf häufiger kindlicher Verhaltensweisen ist, oder ob es klare Diagnosen und medikamentöse Therapien gibt.

Kriterien für Hyperaktivität, teilweise auch Entwicklungsverzögerungen:

Im Buch "Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter" von H.Steinhausen werden Kinder nach der folgenden Skala beurteilt:

1. unruhig oder übermässig aktiv
2. erregbar, impulsiv
3. stört andere Kinder
4. bringt angefangene Dinge nicht zu Ende, kurze Aufmerksamkeitsspanne
5. ständig zappelig
6. unaufmerksam, leicht abgelenkt
7. Erwartungen müssen umgehend erfüllt werden, leicht frustriert
8. weint leicht und häufig
9. schneller und ausgeprägter Stimmungswechsel
10. Wutausbrüche, explosives und unvorhersehbares Verhalten.

(jedes Kind zeigt selten oder auch häufig einige oder mehrere dieser Merkmale, unabhängig von seiner Umgebung). Wenn ein Kind nervt, heisst dies noch lange nicht, dass dieses Kind ADS hat. Immer häufiger kommt es jedoch vor, dass Kindergärtner/innen, Legatherapeut/innen, Schulpsycholog/innen und Lehrer/innen ohne vertiefte und genügende Ausbildung, Diagnose- oder -Verschreibungskompetenz den verunsicherten Eltern eines nicht angepassten Kindes sagen, dass das Kind ADS hätte und Ritalin nehmen sollte.

Von Schulpsychologen wird man auf die Website www.adhs.ch verwiesen. Hier stellen zwei Psychologen Fragenkataloge von bis zu 60 Fragen für Kleinkinder, Jugendliche (Mädchen und separat, junge Burschen), Männer und Frauen ins Netz. Die Fragen sind umfassend und streifen jegliche menschliche Eigenschaft: ("trödeln Sie... sind Sie gerne abends lange auf... gehen Sie gerne aus? Haben Sie gerne ein volles Programm? Brauchen Sie viel körperliche Bewegung?") so dass ich feststelle, dass auch ich viele Kriterien für eine ADD HK Person erfülle, dies jedoch bis heute nicht wusste! Man kann sich vorstellen, wie so ein Fragebogen auf eine verunsicherte von Minderwertigkeitsgefühlen gepeinigte junge Person, die vielleicht gerade ein Misserfolgserlebnis hinter sich hat, wirken muss. Denn am Ende jedes Fragenkatalogs, beim Kommentar welcher im Stil einer Briefkastentante abgefasst ist, heisst es jeweils beruhigend: "...einige kleine Gaben von Ritalin könnten die Beschwerden lindern.."

Empirische Kriterien für Hyperaktivität und ADS im Kleinkindalter:

- krabbeln fehlte oder wurde übersprungen
- Schwierigkeiten beim Stillen, Saugen oder Verdauen
- Widerstand gegen oder übertriebenes Verlangen nach Körperkontakt

- mangelnde Reaktion oder übertriebene Reaktion auf Töne/Rhythmus
- Schwierigkeiten, Bewegungen mit den Augen zu folgen
- verspätetes oder vorzeitiges Sitzen, Stehen oder Gehen
- Verzögerung in der Sprachentwicklung

Im Vorschulalter:

- gestörter Schlaf
- Angst vor Schaukeln und Rutschbahnen
- häufiges Fallen und eine Tendenz, überall anzustossen
- übermässiges Verlangen nach Zucker und Süßem
- unfähig, Richtungsanweisungen zu befolgen
- ziellose Hyperaktivität oder ungewöhnliche Ruhe und Lethargie
- konstantes Unterbrechen beim Sprechen, Fragen und Spielen

Im Schulalter

- Schwierigkeiten beim Seilspringen, Hüpfen, Springen
- Ungeschicklichkeit beim Ballspiel
- Schwierigkeiten, Regeln bei Spielen oder in Gruppen zu folgen
- Defizit an Wissen und Vorstellungen
- Orientierung in Zeit (Dauer, zuerst-zuletzt) und Raum gestört (oben-unten, innen-aussen, links-rechts, vorne-hinten,)
- Schneiden mit der Schere, malen einer geraden Linie oder innerhalb eines Rahmens schwierig
- Schuhe binden, Knöpfe eintun, Hände richtig brauchen schwierig
- Pseudofantasie ("lügen")
- spätes, oder dann übermässiges Sprechen
- Signalsprache bleibt lange
- Wortfindungsstörungen
- schlechte oder unleserliche Handschrift
- unregelmässige sprunghafte Schularbeit
- extrem ungleichmässige Testresultate: teilweise weit über dem Durchschnitt, in einzelnen Bereichen weit darunter.^{iiiiiv}

Wichtig ist zudem, dass die Beschwerden unabhängig von der Umgebung feststellbar sind. Wenn ein Kind nur in der Schule hyperaktiv ist, zu Hause jedoch nicht oder umgekehrt, ist es kein echtes ADHS.

Häufig ist unklar, ob das Kind aufmerksamkeitsgestört ist, weil es in gewissen Bereichen unterfordert und gelangweilt ist, bei gleichzeitiger Ueberforderung in anderen Bereichen.

Das echte ADHS kann bereits im Alter von 6 Monaten in den Hirn-bildgebenden Verfahren EEG oder MRI festgestellt werden. Die gemessenen Hirnströme sind und bleiben anders als diejenigen der Altersgenossen. Der Neurowissenschaftler Carl M. Anderson vom Brain Imaging Center des McLean Hospital in Belmont, Ma, USA, präsentierte am kürzlichen Kinesiologie-Kongress in Kirchzarten, dass bei den echten ADHS Kindern eine verminderte Aktivität im Kleinhirn (Cerebellum), welches bei diesen Kindern kleiner ist als bei ihren normalen Altersgenossen, feststellbar ist bei gleichzeitig verminderter Aktivität im Vorderlappen des Grosshirns. "Kinder mit ADHS weisen eine cerebelläre Dymorphologie auf" (Kongressmanual Brain Conference, Internationaler Kinesiologie-Kongress, IAK, Freiburg). Diese Veränderungen wachsen sich nicht aus.

Hirnstrommessungen mit EEG, PET und MRI können vorgenommen werden am Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst der Universität Zürich, Neumünsterallee 9, 8032 Zürich, Tel. 01 422 18 60 info@kjpdzh.ch,

Mögliche Ursachen für Hyperaktivität und ADS

- Väterliches oder mütterliches Erbe

Die Nachfrage bei den Eltern ergibt, dass auch Vater oder Mutter oder nahe Verwandte häufig Schul- und Lernschwierigkeiten hatten, ungenau oder zappelig waren. Irgendwann "wuchs es sich aus" oder ergriffen die betroffenen Personen einen Beruf, in welcher der Aktivitätsdrang positiv eingesetzt werden kann bzw. vermeiden Berufe, welche die Schwächen betonen. Kinder mit Dyslexie zeigen im EEG kleinere Amplituden.

- Unterstimulation

schwächere Reaktion auf Wörter, jedoch auch auf Bilder, auch dies kann im EEG schon im Alter von sechs Monaten nachgewiesen werden. Die neue Hypothese besagt, dass diese Kinder sich durch dauernde Ueberaktivität zu stimulieren versuchen, um die Unterstimulation zu kompensieren. Gemäss D. Brandeis vom Kinder-Jugendpsychiatrischen Dienst der Uni Zürich hätten diese Kinder weniger Warn-Energie bei einem Warnreiz, zeigten schwächere Reaktion als normale Kinder bei wichtigen Reizen. Diese Kinder zeigen nicht dasselbe EEG-Profil wie entwicklungsverzögerte jüngere Kinder.

- Falsche Ernährung

Viele dieser Kinder reagieren negativ auf viele Nahrungsmittel und Nahrungsmittelzusätze. Erfahrungsgemäss sind dies hauptsächlich:

- Phosphathaltige Nahrungsmittel (Cola-Getränke, Schmelzkäse, Wurstwaren, Fertiggerichte, Fertig-Backwaren, Popcorn, Cornflakes etc.)

- Milch
- Weizen (d.h. Brot, Kuchen, Guetzi, viele Zerealien)
- Schokolade
- Cola- und andere Limonadengetränke
- Pommes Chips
- häufig Zitrusfrüchte
- gekaufte Fruchtsäfte
- Vorsicht bei Sellerie, Peperoni, Zwiebeln, Knoblauch
- Zucker

Die Liste kann endlos weitergeführt werden. Es empfiehlt sich deshalb das individuelle kinesiologische Austesten der in Frage kommenden Lebensmittel.

Das (vorübergehende) Weglassen solcher Nahrungsmittel führt sofort zu einer markanten Beruhigung in jedem Bereich. Häufig genügt eine Karenz von ein bis drei Monaten, um die Ueberreaktion des Körpers zu beruhigen. Das kinesiologische Austesten ist zuverlässig und billig.

Weitere mögliche Ursachen:

- ungelöste seelische verdrängte Konflikte im Familiensystem, Familiengeheimnisse,
- Elektrosmog durch Handys, TV-Apparate im Kinderzimmer, Mobilfunk- Antennen
- Vergiftung durch Schwermetalle, Lösungsmittel, Umweltgifte
- Zu frühes, langes und dauerndes Sitzen der Kinder vor dem "besten Babysitter der Welt". Die motorische Entwicklung welche in Wechselwirkung mit der Hirnentwicklung stattfindet, wird dadurch behindert. Die Kinder lassen ihren Bewegungsdrang zur falschen Zeit am falschen Ort raus.

Nach bisherigen Erkenntnissen stehen auch noch weitere Faktoren im Verdacht:

- zu häufige Sonografien während der Schwangerschaft
- wehenbeeinflussende Mittel während der Schwangerschaft
- zu frühe und zu häufige Impfungen (v.a. Lebendvirusimpfungen). Die Autoren Reichenberg-Ullman "Es geht auch ohne Ritalin" berichten, dass nach MMR (Masern-Mumpf-Röteln-Impfung) immer wieder vorher normale Kinder autistisch wurden.
- Die Entwicklung von künstlich befruchteten Kindern, bei denen der erste Lebensimpuls, die erste Zellteilung in einer kalten sterilen Atmosphäre und nicht in einem Schwall von orgiastischer Liebesenergie stattfindet, ist noch nicht untersucht worden.
- zu viele und zu häufige Verabreichung von Antibiotika
- Reizüberflutung durch TV, Medien, Computer
- falsche Erwartungshaltung von Eltern ihren Kindern gegenüber

Löst Ritalin das Problem?

Die weltweite Produktion von Ritalin stieg von weniger als 3 Tonnen im Jahr 1990 auf mehr als 10 Tonnen im Jahr 1995. In Deutschland ist der Absatz innerhalb von fünf Jahren um mehr als das Vierzigfache auf 31 Millionen Tabletten 1999 gestiegen.

Das BAG (Bundesamt f.Gesundheit) hat in den letzten Jahren eine massive Ausweitung der Verwendung von Ritalin (Methylphenidat) festgestellt. Ritalin unterliegt der Betäubungsmittelkontrolle. Aufgrund der alarmierenden Zunahmen liess das BAG im Kanton NE eine Analyse der Verschreibungen zwischen 1996 und 2000 durchführen. Dort stieg die verschriebene Gesamtmenge in diesem Zeitraum um 690%, die Zahl der Patienten um 470%, Dosis pro Patient um 41%. (BAG Bulletin 15 vom 8/4/02). In Deutschland stieg die Ritalin-Verschreibung zwischen 1990 und 2000 um mehr als das Hundertfache^v

Die MTA Cooperative Group, USA,^{vi} führte mit 579 ADHD-diagnostizierten Kindern während 14 Monaten eine Studie zur Wirksamkeit von Ritalin durch. Die Studie war "open-labelled" d.h. es gab weder eine Kontrollgruppe mit Placebo-Behandlung noch eine Kontrollgruppe ohne Behandlung. Die Studie zeigt einen positiven Kurzzeiteffekt unter Ritalin. Obwohl den mitarbeitenden Eltern versichert wurde, Ritalin sei harmlos, wurde bei 64% der Kinder Nebenwirkungen festgestellt (Depressionen, Aengste, Reizbarkeit). Zum Vergleich zu als nicht notwendig erachteten verhaltenstherapeutischen Methoden wurde eine unübliche Methode beigezogen, und dies nicht bis zum Schluss der Studie.

Im Arzneimittel-Kompendium der Schweiz ist zum Wirkmechanismus von Ritalin nachzulesen: "Sein Wirkmechanismus im Menschen ist noch nicht vollständig geklärt, es wird lediglich angenommen, dass die stimulierenden Effekte auf eine kortikale Stimulation und möglicherweise auf eine Stimulation des retikulären Aktivierungssystems zurückzuführen sind. Der Mechanismus, durch welchen Methylphenidat seine mentalen und verhaltensmässigen Wirkungen bei Kindern ausübt, ist weder genau ergründet, noch liegen schüssige Beweise vor, welche aufzeigen, wie diese Effekte mit dem Zustand des ZNS zusammenhängen."

Obwohl Ritalin (der Novartis-Markename wird hier als Oberbegriff für Methylphenidat und verwandte psychotrope Substanzen verwendet) als Betäubungsmittel nicht beworben werden darf, sponsort Novartis Eltern-Selbsthilfegruppen, die das Mittel propagieren, sowie Aertekongresse und Symposien.^{vii} Novartis bezahlt auch Referenten, die auf Lehrerfortbildungen Ritalin als ähnlich nützlich und harmlos wie eine Vitaminpille oder Lesebrille, die man den Kindern nicht vorenthalten dürfe, anpreisen. In einem Kinder-Bilderbuch suggeriert Novartis den Kleinen "Die Tablette kann dir bei den Schularbeiten, beim Lernen und beim Spielen helfen".

Nebenwirkungen und beobachtete Langzeitwirkungen:

Laut Beipackzettel "kann Ritalin bei nicht bestimmungsgemässen Gebrauch ein stark ausgeprägtes psychisches Abhängigkeitspotenzial" hervorrufen. Die Kurzzeitwirkung ist häufig sehr positiv. Ausserdem zeigt die Substanz häufige Nebenwirkungen wie Nervosität, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit (dieselbe Substanz wurde während Jahren als Appetitzügler zum Abnehmen vermarktet und wegen ihres Suchtpotenzials vom Markt genommen), Gewichtsverlust, Wachstumsbehinderung auch des Gehirns, Erbrechen, Kopfschmerzen, Schwindel, Hautausschläge, depressive Verstimmung, Haarausfall, Mundtrockenheit, Muskelzuckungen, Ticks. Herzrhythmusstörungen, bei anstrengendem Sport Herzstillstand, Vaskulitis, Thrombozytopenische Purpura mit Atemnot, Leukopenie, Blutarmut, Epilepsie, Unruhe, visuelle und akustische Halluzinationen, paranoide Wahnvorstellungen, Psychosen, Aggressivität, erhöhte Euphorie, sozialer Rückzug, psychotische Symptome können die Folge sein. Da bei Kindern mit hyperkinetischem Syndrom der Nachtschlaf beeinträchtigt werden kann, wird die letzte Gabe von Ritalin vor 16 Uhr empfohlen. Das Selbstwertgefühl wird herabgesetzt, weil die Kinder nicht sich selbst, sondern dem Medikament Erfolg im Verhalten oder bei schulischen Leistungen anrechnen.

^{viii} In der Drogenszene wird Ritalin als "Speed" oder "Billig-Koks (Kokain)" gehandelt. Während der letzten 10 Jahre wurde die Ritalinspritze in USA die Ersatzdroge No. 1 für Heroin. Die US Armee nimmt keine Rekruten, die nach dem 12. Lebensjahr Ritalin, eine "mind-altering drug" eingenommen haben. Die Drogen-Kontrollbehörde USA DEA (Drug Enforcement Administration" bezeichnet Ritalin als "stark süchtig machend". In den USA ist eine Sammelklage gegen Novartis hängig, weil die Firma "absichtlich vorsätzlich und fahrlässig die Diagnose von ADHD sowie die Verkäufe von Ritalin durch Werbeliteratur fördere sowie die Gefahren des Langzeitgebrauchs verharmlose". ^{ix}

"Bei plötzlichem Absetzen können Symptome wie erhöhtes Schlafbedürfnis, Heisshunger, Verstimmungen, Depression, psychotische Reaktionen und Krieslaufregulationsstörungen auftreten" schreibt Novartis im Medikamenten-Prospekt. Das Medikament sollte deshalb langsam schleichend abgesetzt werden, um die erwähnten Wirkungen, ausgeprägtes Verlangen nach dem Wirkstoff, den Zerfall körperlicher und seelischer Kräfte, verbunden mit einem Verfall der Persönlichkeit, zu vermeiden.

Der deutsche Hirnforscher Gerald Hüther von der Universität Göttingen, Autor vieler Bücher befürchtet, dass ein langjähriger Ritalinkonsum die Dopaminreserven im Körper aufbrauchen könnte – bei Ratten zumindest war die Dopamin-Mangelkrankheit Parkinson die Folge. Hüther wird von seinen wissenschaftlichen Kollegen nicht ernst genommen, da die Versuche ja nur bei Ratten gewesen seien.

Langzeitwirkungen:

Novartis stellt fest "Die Langzeit-Sicherheits- und Wirksamkeitsprofile von Ritalin sind noch nicht gänzlich bekannt" - obwohl Ritalin seit über 50 Jahren auf dem Markt ist! Weshalb macht niemand – die Aerzte und Neurowissenschaftler unserer Universitäten die ja schliesslich von uns Steuerzahlern bezahlt werden und Forschungen betreiben sollten, die Antworten auf gesellschaftlich wichtige Fragen geben – eine solche Langzeitstudie ??

Alternativen – zumindest einen Versuch wert:

Ernährung: umstellen auf Vollwertkost, Vermeiden der hk-auslösenden Nahrungsmittel

Vermeiden künstlicher Süsstoffe, Geschmacksverstärker, Konservierungsstoffe, Fertignahrung

Nahrungszusatzmittel:

- AFA-Alge, Algomed (aus der Mikroalge Chlorella vulgaris): beeinflusst den Hirnstoffwechsel positiv;
- Bei Aengsten, Panikattacken, Prüfungsangst: Kawa-Wurzel (Kontra-Indikatin: Leberprobleme)
- Als Energiespender, zur besseren Konzentration und Leistung: Ginseng und Gingko-Präparate
- Zur Beruhigung, nervöser Unruhe und Schlaflosigkeit: Baldrian, Hopfen, Melisse, Orangenblüten und Passionsblumenkraut
- Bei depressiven Verstimmungen: Johanniskraut

Vollspektrumleuchten für bessere Konzentration

Sport und körperliche Bewegung, Trampolinspringen, Heilreiten

Elternttraining, Verhaltenstraining für die Kinder

Heilpädagogik: übliche psychomotorische und HPS Methoden

Anthroposophische Medizin: Heileurythmie, rhythmische Massage, Verhaltenstraining, Naturheilmittel

Kinesiologie: Stressabbau, Austesten der geeigneten Nahrungsmittel, Stärkung der Schutz- und Filtermechanismen, Uebungen zur besseren Integration und Koordination von Hirn- und sensomotorischen Funktionen. Unser bewährtes Repertoire aus Brain Gym, TfH, 3in1 und anderen Methoden.

Homöopathie: Laut der Vorstudie Dr. H Frei/Inselspital/ und Kikom Bern sprechen drei Viertel der ADHS Kinder positiv auf Homöopathie an. ^x

Drs. Judyth Reichenberg-Ullman & Dr. Robert Ullman, Homöopathen, Autoren von "Es geht auch ohne Ritalin" empfahlen an ihrer kürzlichen Weiterbildung mit dem gleichnamigen Titel viele homöopathische Mittel, auch neue: Cannabis, "Berliner Mauer" (für Kinder die sich von ihrer Umgebung ausmauern), Hydrogen, viele Mittel die aus Schlangen-, Skorpion- und Spinnengiftengiften hergestellt werden, sowie Stramonium, Belladonna, Hyosciamus, Solanecaea, Belladonna, Mandragora etc. Die genaue Wahl sei den darauf spezialisierten Homöopathen überlassen. Drs. Reichenberg- Ullman präsentierten viele Fallbeispiele – bei vielen Kindern sei mit

der Wahl des richtigen Mittels welches gemäss der Entsprechungslehre den Zuständen der Kinder entspricht, wahre Wunder zu beobachten gewesen.

Indigo-Kinder und Schulsystem

Die Neurowissenschaftlerin und -psychologin Katherine Benziger, Autorin von “Thriving on your mind” schreibt die ursprünglichen vier Jung’schen Typologien den verschiedenen Hirnquadranten zu. Der hintere linke Hirnquadrant liebt Routine-Arbeiten, der rechte hintere Quadrant ist der Intuitions-Typ, der vordere linke Quadrant der analytische Typ, und der vordere rechte Hirnquadrant denkt in Bildern und Abstraktionen. Sie führt logisch aus, dass Menschen nur dann leicht lernen, leben und arbeiten, wenn sie mit der ihnen angeborenen Hirndominanz arbeiten können. Wenn sie sich allzu sehr und zu lange an ihnen fremde Hirndominanzen und -mechanismen anpassen müssen, hat das Depressionen, Ueberfordert-sein und Kompensation durch Aufputzmittel - von Kaffee und Süssigkeiten bis zu Drogen - zur Folge. Unser Schulsystem legt grossen Wert auf serielle-sequentielle Fähigkeiten - dies sind auch diese, welche am leichtesten geprüft werden können. Kinder mit anderen Begabungen, die in der heutigen Welt mindestens so wichtig sind wie die Fähigkeit des Vernetzens, des gleichzeitig viele Dinge miteinander tun zu können, menschliche, soziale und musische Fähigkeiten, die Begabung, in Bildern, Metaphern und Analogien zu denken, spontan aus vielen komplexen Daten die wichtigen auszusortieren und die richtige Entscheidung treffen zu können - diese Eigenschaften werden viel zu wenig gefördert und geschätzt. Diese Fähigkeiten sind der rechten Hirnhälfte zugeordnet und ermöglichen ein ganzheitliches Lernen, das Spass macht. Dies heisst, dass in der Schule Begabungen des linken und rechten Vorderhirns sowie des rechten Hinterhirns wenig oder nicht mit einbezogen werden, obwohl dies die Hirndominanz vieler Leute ist. Wenn Menschen nicht auf der Stärke ihrer Hirndominanz aufbauen können, sondern sich an eine fremde, für sie unnatürliche anpassen müssen, sind Depressionen und Süchte die Folge - und erkranken nicht immer mehr unserer Kinder gerade daran?

Katharina B. Gattiker-Bertschinger

Die Autorin führt eine Praxis in Zürich und ist

Verfasserin des Buchs "Kinesiologie in Alltag, Schule und" Beruf"

www.energeia.ch Kontakt: kgattiker@smile.ch

i

ii www.kjpd.unizh.ch/pages/pdf/ritalin.pdf

iii

iviv Literatur Paul Dennison, Begründer der Edu-Kinesiologie, bzw. Eva Guldenschuh, Legasthenie-Ausbildnerin

^v Dr.med.Heinrich Kremer, langjähriger Direktor Drogenfachklinik Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen & Schleswig-Holstein

^{vi} MTA Cooperative Group: A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry 56 (1999) 1073-1086

^{vii} 4. Berner Symposium Kinder-&Jugendpsychiatrie ADHS 2001; Symposium "Hyperkinetische Störungen" Ludwigshafen 2000; Psychiater-Fortbildung Basel 2002

^{viii} Dr.med. Heinrich Kremer; Prof. Dilling & Reimer, Springer-Lehrbuch "Psychiatrie und Psychotherapie";

^{ix} www.ritalinfraud.com

^x NZZ am Sonntag, 9.6.02