

Symptom oder Interpretation – ein psychiatrischer Fall

Die Boger-Methode

Von Carl Rudolf Klinkenberg

Zusammenfassung

Darstellung von Anamnese und Behandlung eines Patienten mit schweren Angst- und Schwindelanfällen nach der Boger-Methode. Bei der Fallanalyse müssen Symptome von Interpretationen unterschieden werden. Es ist unmöglich und für die Heilung nicht notwendig, die wahre Krankheitsursache zu erkennen. Anhand einer zweiten Kasuistik wird die Symptomwahl bei häufig rezidivierenden Anfallsleiden dargelegt.

Schlüsselwörter

Psychiatrische Fälle, Boger-Methode, Nux vomica, Symptom, Interpretation, Krankheitsursache, anfallsartige Krankheiten.

Kasuistik: Schwere Angstanfälle

12.8.2004: Herr P. ist als Fach-Ingenieur städtischer Angestellter, 52 Jahre alt, verheiratet, zwei Kinder. Er hatte seit 2003 bedingt durch den Personalmangel seiner Abteilung sehr viel Arbeit und „Druck“. Im Januar 2004 bekam Herr P. eine akute Sinusitis, im Februar hatte er eine Grippe mit Nasennebenhöhlenbeteiligung. Seit April geht es ihm zunehmend schlechter: Er bekommt immer wieder akute Schwindelanfälle mit Übelkeit und einem Ziehen in der Brust. Er arbeitet trotzdem weiter. Herr P. stellt sich am 15.5.2004 in einer HNO-Klinik vor, in welcher der Verdacht auf eine psychogene Ursache der Schwindelanfälle gestellt wird. Diagnosen: Vertigo unklarer Genese DD psychovegetatives Syndrom, generalisierte Angststörung mit Panikattacken. Therapie: Rheologische Infusionen.

Während des stationären Aufenthaltes hat er am 17.5. eine sehr starke Schwindelattacke mit

Summary

Presentation of anamnesis and treatment of a patient with severe anxiety and vertigo attacks following Boger's method. In case analysis symptoms and interpretations must be differentiated. It is not possible and not necessary for healing to know the real cause of disease. With a second case presentation, the choice of symptoms in frequently recurring paroxysmal diseases is demonstrated.

Keywords

Psychiatric cases, Boger's method, Nux vomica, symptom, interpretation, cause of disease, paroxysmal disease.

Bewusstlosigkeit und wird als Notfall in die Innere Medizin verlegt: Fünf Stunden lang ist er in einem Zustand von Bewusstlosigkeit mit kurzen Wachphasen. Er hat dabei das Gefühl, als ob er immer wieder absacken würde, wie ein Blatt, das vom Baum fällt. Dabei Kurzatmigkeit, Panik mit Todesangst und ein Ziehen in der Brust ausstrahlend bis in die Fingerspitzen und den Bauch, Brennen im Magen bis in die Halsgrube.

Dieses Brennen trat erstmalig bei dem Anfall am 17.5. auf, er hat es seither auch unabhängig von den Anfällen. Z.B. bekommt Herr P. Magenbrennen bei Gefühlsregungen, die er „nicht steuern“ kann. Überhaupt habe er „zu viel in sich hineingefressen“. Manchmal Druckgefühl im Magen und häufiges Aufstoßen „wie von Gefühlswallungen“, wenn der Druck nachlässt. Im Krankenhaus hatte er einmal helles Blut erbrochen, die anschließende Gastroskopie war o. B.

Aufgrund „psychischer Imbalance“ (Arztbrief) wird Herr P. konsiliarisch einem Psychiater

vorgestellt, der ihm folgende Medikamente verschreibt:

- Cipramil® (Citalopram) 20 mg Tbl. 0–0–1 (soll auf 60 mg gesteigert werden),
- Tavor® (Lorazepam) 1,0 mg Tbl. bei akuten Spannungszuständen,
- Omepr® (Omeprazol) 20 mg Kps. 1–0–0 für die Magenbeschwerden.

Seit er die Medikamente nimmt, treten die Anfälle zwei bis dreimal pro Woche in abgeschwächter Form auf, meistens nachts um 1.30 Uhr. Herr P. geht um 22 Uhr ins Bett, schläft ein und erwacht um 1.30 Uhr mit Angst und Unruhe, er fühlt sich aufgewühlt und hellwach. Teilweise Drehschwindel von links nach rechts und Herzstolpern. „Nervenzucken“ im linken Arm oder Bein, der Arm zuckt nach oben, das Bein zuckt bis in den linken Fuß. Es geht ihm „viel im Kopf herum“, er schreibt sich Dinge auf, „geistert durch's Haus“ oder schaut Fernsehen. Um ca. 3 Uhr legt er sich wieder hin und schläft weiter.

Herr P. sieht als Ursache seiner Beschwerden, dass er sich zu sehr mit Besitztum identifiziert hat. Seine Erziehung zehrt an ihm: Er wünscht sich Anerkennung von seiner Mutter und glaubt, je mehr er arbeitet, desto mehr Anerkennung bekommt er. Innen und Außen sind beim ihm verdreht, er ist zuviel im Außen und nicht in seinem Inneren.

Herr P. führt über seine Anfälle genau Buch und hat festgestellt, dass er jeweils einen Anfall zwei Tage vor Vollmond und zwei Tage vor Neumond hatte.

Weitere Beschwerden

Vor zwei Tagen heisere, überlastete Stimme. Seit dem Beginn der Anfälle im April immer wieder erhöhter Blutdruck. Kurzfristig Drehschwindel, wenn er sich überlastet fühlt, wenn er z.B. am Arbeitsplatz eine neue Aufgabe übertragen bekommt. Tinnitus links seit 2000, < bei Stress oder geistiger Überarbeitung. Kopfschmerzen während der nächtlichen Anfälle und gelegentlich auch ohne Anlass, möglicherweise ausgelöst durch geistige Überlastung. Er hat ein Pulsieren in den Schläfen und einen ziehenden Schmerz von der Stirn in die Nase.

Schwierigkeiten mit der Konzentration seit April; Herr P. glaubt, dass er sich geistig erschöpft hat. Er muss Probleme unbedingt sofort lösen. Deshalb schreibt er Fachberichte auf fünf, sechs Gebieten gleichzeitig, leitet mehrere Diskussionsrunden parallel, beantwortet Leserbriefe u.v.m.

Rechte Nasenseite seit eineinhalb Jahren verstopft, morgens etwas klare Absonderung. Im Winter, wenn es feuchter wird, hat er oft eine Nasennebenhöhlenentzündung, bei akuter Entzündung gelb-grüne und zähe Absonderung. Seit 1990 Krämpfe am After mit Stuhldrang v.a. nachts. In den letzten neun Monaten sind die Krämpfe häufiger geworden und ca. zehnmal aufgetreten. Es ist ein Gefühl, als wären Blähungen im Inneren, die auf den Darm drücken. Stuhldrang, „aber es kommt nichts“; nach Stuhlgang bessert sich der Krampf. Seit April übermäßiges Schwitzen an Händen, Füßen und Stirn, etwas unangenehm riechend.

Befund: RR 125/95, Zunge gelblich belegt, Hände feucht, sonst unauffällig.

Eigenanamnese: Früher häufig Erkältungen und Sinusitiden.

Familiär: Diabetes der Mutter, keine weiteren auffälligen Krankheiten.

Ich erhebe eine Fremdanamnese, wenn ich durch die Angehörigen weitere wichtige Informationen erwarte. Bei Herrn P. ist es die analysierende und durch Interpretationen verzerrte Symptomschilderung, die mich zu einer Fremdanamnese bewog.

Anamnese mit Frau P.

Ihr Mann hat nachts Schweißausbrüche, Herzrasen mit Angst und ziehende Schmerzen. Er hatte in den letzten zwei Jahren kein Maß mehr in jeder Richtung, war überaktiv und gönnte sich keine Ruhe. Wenn er nach der Arbeit nach Hause kam, hat er immer im Haus oder Garten weitergearbeitet. Seit er Psychopharmaka nimmt, ist er etwas ruhiger und einsichtiger. Aber er versucht ständig, an seine Grenzen zu gehen oder spannt seine Kinder mit ein. Seit er im Krankenhaus war, legt er sich manchmal hin, um sich auszuruhen. Aber in Wirklichkeit hat er keine Ruhe, er lügt sich damit selbst an.

Ihr Mann braucht die Bestätigung von anderen und ist in mehreren Vereinen leitend aktiv.

Ein Tag ohne Arbeit ist für ihn ein verlorener Tag. Wenn sie mit ihm darüber spricht, wird er aggressiv gegen sie und die Kinder. Er sieht dann wie ein Teufel aus. An manchen Tagen sieht sie ihm seine Aggression schon an, wenn er von der Arbeit kommt.

Frau P. empfindet ihren Mann als gefühllos. Schon als sie sich kennen gelernt haben, konnte er keine Gefühle zeigen. Sie kann ihn nur in den Arm nehmen, wenn niemand dabei ist. Sie ist mit ihrem Mann 1983 in das Haus seiner Eltern gezogen, seitdem gibt es eine gedrückte, kühle Atmosphäre zwischen ihnen. Sie glaubt, dass er durch Leistung die Anerkennung seiner Mutter sucht, die er noch nie bekommen hat. Er tut wirklich alles für seine Mutter, aber sie redet ständig nur über den jüngeren „guten Bruder“. Einmal zum Beispiel sagte er ihr: „Ich schmeiß' alles hin.“ Seine Mutter antwortete: „Dann sollen dir die Finger abfaulen.“ Für das Verhalten der Mutter macht er sich noch mitverantwortlich.

Vor fünf Jahren hatte seine Mutter einen Straßenbahnunfall und er bestand mit Nachdruck darauf, dass Frau P. ihre Schwiegermutter pflegte. Als es ihr wieder besser ging, bekam er keinen Dank, sondern wieder nur Beschimpfungen. Seither ist ein Stein in seinem Herzen und auch ein Riss zwischen Frau P. und ihrem Mann. Er verdrängt das Problem mit Arbeit.

Als er 16 Jahre alt war, starb sein älterer Bruder. Darunter hat er sehr gelitten. Er hat nie darüber gesprochen, nie eine Träne geweint, stattdessen das Thema totgeschwiegen und mit Arbeit überdeckt.

Grenzen der ärztlichen Erkenntnis

Diese ausführlich wiedergegebene Erstanamnese zeigt einen typischen psychiatrischen Fall, bei dem Erklärungsversuche und Interpretationen geschildert werden, die für die Arzneiwahl nicht verwertbar sind. Ist Herr P. gefühllos? Arbeitet Herr P., weil er Anerkennung sucht? Oder hat er eine Wahnidee, arbeiten zu müssen?

Nein. Herr P. analysiert und interpretiert sein Verhalten und seine Symptome im Nachhinein. Wovon er und seine Frau berichten, sind keine Wahnideen, sondern psychologisierende Interpretationen von psychologisch geschulten Menschen. Würde Herr P. diese Interpretation

nicht selbst aussprechen, könnte sie ebenso ein Therapeut einbringen und sagen: „Herr P., Sie arbeiten so viel, weil sie Anerkennung von ihrer Mutter suchen!“

Es ist nicht die Aufgabe eines Homöopathen, die tiefer liegenden Krankheitsursachen zu erfassen. Der Homöopath muss für die Wahl des passenden Arzneimittels die Krankheit seines Patienten nicht verstehen.

Warum?

1. Weil es uns Menschen unmöglich ist, den Grund von Krankheit zu erkennen. Der Mensch erkennt wesenhaft aufgrund seiner Denkstruktur nur das, was er mit seinen Sinnen wahrnimmt.

Eine Antwort auf die Frage, warum das Wesen aller Lebensvorgänge, auch der Krankheiten substanzial und nicht nur de facto unerkannt bleibt, gibt kein einziges medizinisches System, sondern die Philosophie. Nach Kant [11] können Dinge, die unabhängig von Erfahrung, das heißt *an sich* vorhanden sind, vom Menschen nicht erkannt werden. Eine das Ding an sich erreichende Erkenntnis ist „allein dem Urwesen“ vorbehalten.

„Wie die Lebenskraft den Organismus zu den krankhaften Äußerungen bringt, das heißt, wie sie Krankheit schafft, von diesem **Wie und Warum** kann der Heilkünstler keinen Nutzen ziehen. **Es bleibt ihm ewig verborgen.** Nur das, was er von der Krankheit wissen muss und ihm zum Heilzweck ausreicht, legt der Herr des Lebens vor seine Sinne.“ [8: § 12 Fußn., *Hervorheb. v. V.*]

2. Weil das Wissen um die Krankheitsursache für die Heilung gar nicht notwendig ist!

Bei der Heilung wird der ganze Inbegriff der **wahrnehmbaren** Zeichen und Zufälle der Krankheit weggenommen und dadurch zugleich die innere Veränderung der Lebenskraft, die ihr zugrunde liegt, also das Total der Krankheit, behoben. Der Heilkünstler hat bloß den Inbegriff der Symptome wegzunehmen, um mit ihm **zugleich die innere Veränderung**, das heißt die krankhafte Verstimmung des Lebensprinzips, also das Total der Krankheit, die Krankheit selbst, aufzuheben und zu vernichten. Die vernichtete Krankheit ist wiederhergestellte Gesundheit. Sie ist das höchste und einzige Ziel des Arztes, der die Bedeutung seines Berufs kennt. Der besteht nicht in gelehrt klingendem Schwatzen, sondern im Helfen.“ [8: § 17; *Hervorheb. v. V.*]

Homöopathie begibt sich nicht auf die Ebene der Hypothesen. Auf der Ebene von Hypothesen und Theorien wird es niemals möglich sein, eine endgültige Gewissheit zu finden.

Homöopathische Symptome sind sinnlich wahrnehmbare, krankhafte Veränderungen am Patienten [7: §§ 6, 7, 11, 12, 18, 84]. Es ist wichtig zu unterscheiden, dass der Hintergrund eines Symptoms nicht das Symptom selbst ist! Der Hintergrund ist eine hypothetische Erklärung, abhängig vom Standpunkt des Erklärenden. Die Erklärung des Symptoms kann nicht das Erklärte selbst, das Symptom, das „unbezweifelt Krankhafte“ [7: § 3] sein.

Auffällig bei Herrn P. ist seine Arbeitswut. Diese Überaktivität mit der Neigung, jede freie Minute mit Arbeit auszufüllen, ist ein wahrnehmbares Phänomen, ohne dass eine Erklärung dieses Phänomens nötig ist.

Die von Frau P. geschilderte „Gefühlskälte“ ist kein Symptom für eine homöopathische Arzneiwahl. Denn „Gefühlskälte“ ist eine Bewertung und sinnlich nicht wahrnehmbar. Niemand ist in der Lage, eine Gefühls-Temperatur zu messen. Ebenfalls eine Bewertung ist die Annahme, dass jemand keine Gefühle zeigen kann.²

Überblick und Detail

Herr P. und seine Frau schildern Interpretationen, Erklärungen und viele mehr oder weniger charakteristischen Symptome. Hier besteht die Gefahr, durch eine zu detaillierte Repertorisation das Charakteristische des Krankheitsfalles aus dem Auge zu verlieren. In solchen Fällen beschränke ich mich auf ganz wenige Symptome und repertorisiere nach der Methode C.M. Bogers zunächst nur die zweifelsfreien *charakteristischen Symptomelemente und Allgemeinsymptome*. Dafür eignet sich sehr gut Bogers komprimiertes Repertorium General Analysis [6].

Boger schreibt [5]: „Die andere Methode sucht zunächst alle Arzneien heraus, bei denen sich die größtmögliche Zahl der Allgemeinsymptome wieder findet und schaut dann das Arzneimittel, das die eigentümlichen Symptome des Falles aufweist, näher an.“³

In einem zweiten Schritt werden die detaillierten Symptome nachgeschlagen.

Repertorisation

Bei der Repertorisation mit dem General Analysis werden wenige Symptomelemente und Symptome mit größtmöglicher Charakteristik ausgewählt. Man muss die Rubriken des General Analysis sehr gut kennen oder nachprüfen, ob sie für den jeweiligen Fall passen.

Welche Symptomelemente und Symptome Herrn P's sind eindeutig und charakteristisch? *Charakteristisch* sind näher bestimmte, seltene oder auffallende Symptome mit entsprechender Intensität oder Pathologie.⁴

Ich beziehe nur akute und zeitnahe chronische Symptome ein, und zwar die Anfallssymptomatik vor Beginn der konventionellen Medikation: Anfallsartig auftretender **Schwindel** als Hauptbeschwerde mit Verschlimmerung **nachts** um 1.30 Uhr, begleitet von **Angst** und **ziehenden** Schmerzen der Brust; außerdem Brennen im **Magen** und **Aggressivität** (s. Tab. 1).

Die Repertorisationsmethode der freien Kombination der Symptomelemente, d.h. das Zerlegen der Symptome in ihre einzelnen Elemente und ihre anschließende Rekombination bei der Repertorisation ist hier auch deshalb sinnvoll, weil mit dieser Anfallssymptomatik ein näher bestimmtes sogenanntes vollständiges Symptom mit den Elementen Ort, Empfindung, Modalität und Begleitsymptom vorliegt: Der Schwindel als Empfindung und zugleich Lokalisation „Kopf“, die „Verschlimmerung nachts“ als Modalität und die Begleitsymptome „ziehende Brustschmerzen“ und „Todesangst“. Ein vollständiges Symptom in Kombination mit undifferenzierten Allgemeinsymptomen wie Aggressivität eignet sich für die Kombinationsmethode.

Ältere Symptome wie Nasenverstopfung, Afterkrämpfe mit vergeblichem Stuhldrang und eine alte Kummersymptomatik müssen von der Arznei nicht notwendig abgedeckt werden. Die weniger charakteristischen Symptome Kopfschmerzen, Nervenzucken, Aufstoßen und Schweißneigung werden nicht repertorisiert.

Die spontan geäußerte Schmerzempfindung „Ziehen“ ist als Teilsymptom des näher bestimmten Anfallsleidens ein charakteristisches Krankheitssymptom. Empfindungen und Modalitäten müssen nicht an unterschiedlichen Körperstellen des Patienten auftreten, um charakte-

Tab. 1: Repertorisation

	1 Nux-v.	2 Sulf.	3 Puls.	4 Bry.	5 Sep.	6 Phos.	7 Lyc.	8 Calc.	9 Rhus-t.	10 Ars.	11 Acon.	12 Carb-v.	13 Nat-m.	14 Sil.
Anzahl der Treffer	6	6	5	5	5	4	4	4	4	3	3	3	3	3
Summe der Grade	14	9	11	9	6	10	8	7	6	8	5	4	4	3
Schwindel (265) (Vertigo)	3	1	3	3	1	3	-	2	1	-	1	-	2	1
Zeit 0.00 bis 4.00 (326) (Time, 12 night to 4 a.m.)	2	2	1	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	1
Ziehen (335) (Drawing)	1	1	2	2	2	-	1	-	3	-	-	1	-	-
Furcht, Angst (088) (Fearsome, anxious, etc.)	2	1	2	1	1	3	1	2	1	3	3	2	1	-
Magen (183) (Stomach and bowels)	3	2	3	1	1	3	3	2	-	3	-	1	-	1
Zorn, Ärger (337) (Anger, irritability etc.)	3	2	-	2	1	1	3	1	-	-	1	-	1	-

() = Rubrikennummern aus General Analysis [4].

ristisch zu sein. Es genügt, dass der Patient überhaupt eine eindeutige Schmerzempfindung mit entsprechender Intensität hat.⁵

Weitere für die Repertorisation verwendbare Rubriken sind:

- „Anfälle, wiederholte“ (010) (Paroxysms, repeated).
- „Hitze, Brennen“ (129) (Heat, burning etc.) mit Brennen als Teilsymptom der Magenbeschwerden.
- Die Rubrik „Gemüt“ (097) (Mind). Diese Rubrik wird nicht verwendet, da sich beide Gemütsymptome repertorisieren lassen.

Nux vomica und *Sulfur* decken als einzige Arzneien alle Rubriken ab. Im zweiten Schritt werden die detaillierten Symptome nachgeschlagen:

- Gemüt, Fleißig (KD I 36) [12]: Ø *Nux-v.* Mind, Active, busy, inclined to work ... (BB 191) [3]: *Nux-v.*

- Schwindel, Angst, mit (KD I 155): u.a. *Nux-v.*, *Sulf.*
- Vertigo, Concomitants, Stomach, symptoms (BB 249): u.a. *NUX-V.*⁶

Aufgrund seiner auffälligen Dominanz lese ich in der *Materia medica* von *Nux vomica*.

Materia medica

°Periodische und intermittierende Beschwerden. ... Anfälle von Unwohlsein: Nachmitternacht, ... brennend-drückendes Aufsteigen an's Herz (Herzgrube) und von da in den Hals, mit Übelkeit und Bangigkeit ... *Ohnmachtsanfälle ... *Erhöhung oder Hervorrufung vieler Beschwerden durch ... Geistesanstrengung. ...

Nachts im Bette: ... ängstliche Unruhe ... Zeitiges Erwachen, mit Bänglichkeit ... *Ängstlichkeit: ... Abends im Bette ...; mit Unruhe, die an kei-

nem Orte bleiben läßt ... *Große Angst: *äußerste, bis zum höchsten Grade ...; mit Trieb zur Selbstentlebung, besonders auch nach Mitternacht, unter argem Herzklopfen. ... (° Unruhige Besorgnis über seine Gesundheit; ängstliches Grübeln darüber). ... *Ärgerliche Heftigkeit und Jähzorn; sieht jeden, der ihn etwas fragt, boshaft an.

Schwindel, ... *drehender, ... *abends im Bette ... *ohnmachtsartiger Schwindel.

*Stockschnupfen: mit entzündlicher Neigung der Stirnhöhlen ...

*Drücken im Magen ... °mit ungeheurer Angst, bes. nachts. ... *Brennen: *am Magenmunde; *in der Herzgrube. ... *Vergeblicher Stuhl drang, auch öfterer, ängstlicher ... Ziehender Brustschmerz: ... mit Ängstlichkeit wie Herzklemmung...⁷

Verlauf

Nux vomica Q 6 (Gudjons), täglich abends fünf Tropfen auf 150 ml Wasser, davon einen Teelöffel.

20.9.2004: Allgemeinbefinden besser, Herr P. ist ruhiger geworden. Die nächtlichen Anfälle treten noch auf, aber deutlich schwächer. Nur noch selten Drehschwindel, selten ziehende Schmerzen, Kopfschmerzen in den letzten Wochen nur einmal. Konzentrationsprobleme unverändert. Nase selten verstopft, nur noch ansatzweise krampfartiger Stuhl drang, weniger Zucken der Glieder. Der Druck in der Magengegend „wie ein Stein“ ist unverändert, das Magenbrennen viel besser. Blutdruck normal.

Mittelgabe: *Nux-v.* Q 6 weiter.

29.10.2004: Anfälle weniger, er arbeitet wieder halbtags. Reizhusten seit 14 Tagen, Nase seither wieder mehr verstopft. Er hat von sich aus versucht Cipramil® wegzulassen, aber Schlafstörungen bekommen. Kein Brennen mehr im Magen. Gelegentlich Druck und Ziehen in der Brust. Energie mittelmäßig, Stimmung gut. Am meisten stört ihn jetzt sein Ohrgeräusch.

Mittelgabe: *Sulfur* C 30 als Zwischenmittel, nach fünf Tagen weiter *Nux-v.* Q 18 täglich.

4.12.2004: Inzwischen deutliche Besserung im gesamten Magen-Darm-Bereich, Schlaf wesentlich besser und ausgeglichen. Zweimal leichte nächtliche Anfälle, eine Schwindelattacke. Die

Nacktmuskeln haben sich entspannt. Im Moment störend sind die Kopfschmerzen nach konzentrierter Arbeit.

11.1.2005: Die Psychopharmaka wurden schrittweise bis zum Jahresende ausgeschlichen. Seit Mitte Dezember arbeitet er wieder ganztags. Keine Anfälle, kein Herzstolpern, selten etwas Schwindel. Kein Magenbrennen, keine Kopfschmerzen, kein Stuhl drang, keine Afterkrämpfe, keine Zuckungen. Er ist unter dem Mittel wesentlich ruhiger geworden, das habe er deutlich gemerkt. Stimmung und Schlaf ausgeglichen und gut. Die ständige Reizung der Mandeln, Herr P. erwähnt dieses Symptom zum ersten Mal, ist ebenfalls verschwunden. Im Moment ist laut Zahnarzt ein Backenzahn vereitert, seit eineinhalb Jahren verstopfte Nase rechts.

Mittelgabe: *Nux-v.* Q 30 täglich, alle zwei Wochen *Silicea* C 30 als Zwischengabe.

7.11.2006: Es geht ihm sehr gut, keine Anfälle und Angstzustände mehr, keine Magenbeschwerden und Kopfschmerzen, arbeitet voll in seinem Beruf. Krämpfe am After ab und zu nach einer Aufregung.

Aufgabe und Grenze der Homöopathie

Herr P. sucht immer noch die Anerkennung seiner Mutter.

Diese Sucht nach Anerkennung ist kein individuelles Symptom und daher nicht homöopathisch heilbar. Es ist eine menschliche Schwäche, ein Ausdruck der Evolution des Menschen, eine Facette des menschlichen Leidens. Einzelfälle, in denen solche Muster während der homöopathischen Behandlung verschwinden, eine tief greifende Erkenntnis stattfindet oder widrige Lebensumstände geändert werden, sind nicht die Regel und daher kein Maßstab für eine erfolgreiche Behandlung.

Ein Mensch kann sich nur aus eigenem Antrieb geistig entwickeln und verwirklichen. Die homöopathische Arznei ist eine – wenn auch geistartige – Substanz. Kann man seine spirituelle Entwicklung einer Substanz überlassen? Kann eine Substanz, die ja von außen und von

einem anderen Menschen gegeben wird, dem Menschen einen Entwicklungsschritt abnehmen? Die Menschen wünschen sich von jeher, das Allheilmittel, den Stein der Weisen, den heiligen Gral zu finden. Einige Homöopathen suchen diesen heiligen Gral in der Homöopathie.

Ich mache meine Patienten im Gespräch auf negative Denk- und Verhaltensmuster aufmerksam. Die Grundhaltung, Dinge bewusst zu machen und über ein Gespräch zu helfen, gehört zum Ethos eines jeden Arztes, auch eines Allopathen. Sie ist nichts spezifisch Homöopathisches.

Meine Aufgabe *als Homöopath* ist, anhand der Patientensymptome ein passendes Heilmittel auszuwählen. Als Homöopath muss ich außerdem krankmachende Faktoren beseitigen und Einfluss auf die Lebensweise und Umstände des Patienten nehmen, damit das Mittel ungestört wirken kann [7: §§ 3, 5, 208]. Einen Kranken spirituell zu transformieren ist nicht Aufgabe und Ziel der homöopathischen Behandlung.

Symptomwahl bei akut beginnenden anfallsartigen Leiden

Der geschilderte Krankheitsfall gehört zu einem Typus anfallsartiger Leiden, die akut einsetzen und dann häufig und lange rezidivieren. Diese Erkrankungen gehören nicht in die Kategorie der gängigen Anfallsleiden wie Migräne, Epilepsie und paroxysmale Tachykardie und sind offenbar eine Mischform zwischen akuter und chronischer Krankheit.

In meiner Praxis hat sich bewährt, bei diesen Krankheiten die akute *und* die chronische Symptomatik mit einzubeziehen. Im Gegensatz zu chronischen Krankheiten werden die charakteristischen Symptome des Anfalls und die zur Anfallssymptomatik zeitnahen chronischen Symptome in die Mittelwahl einbezogen.

Kasuistik

Die 34-jährige Frau K. leidet seit vier Monaten an anfallsartigen Symptomen: Nachts zwischen 3 und 3.30 Uhr fährt ihr plötzlich beim Erwachen ein Schmerz in die Brustwirbelsäule, sie hat Herz-

rasen, Atembeklemmung, kalten Schweiß an den Händen, starke Mundtrockenheit und Durst auf kaltes Wasser. Die Anfälle dauern 10 bis 20 Minuten. Auch tagsüber leichtere Attacken mit Frieren, Zittern, kaltschweißigen Händen und Zuckungen an der Rückseite der Oberschenkel.

Weitere Beschwerden: Seit vier Monaten häufig Mundtrockenheit mit Durst. Muskeln verkrampft und schmerzhaft an Oberarmen, Brust und Nacken. In den letzten Wochen grüner Stuhl. Häufiges nächtliches Erwachen. Seit zwei Jahren gelegentlich Angst- und Wahnvorstellungen, z. B. sticht sie sich selbst ein Messer ins Herz oder sie wird aus einem Fenster gezogen. Sie hatte bei den letzten vier Zyklen eine zu starke Menstruation. In den letzten neun Monaten war eine Amalgamsanierung mit Entfernung von elf Füllungen durchgeführt worden. Ein weiterer möglicher Auslöser der Anfälle kann nicht gefunden werden. Seit zwei Jahren Knacken der Gelenke und eine ganze Reihe weiterer Beschwerden.

Auch hier werden die auffälligen Anfalls-symptome und die aktuelle chronische Symptomatik für die Repertorisation herangezogen.⁸

Die Anfälle wurden mit *Sulfur* und *Zwischengaben von Valeriana, Phosphorus* und *Calcium* geheilt.

Nach meiner Erfahrung wird auch die *chronische* Krankheit Migräne geheilt, wenn besonders charakteristische Symptome des akuten Migräneanfalls für die Mittelwahl mit herangezogen werden – ich habe nur in symptomarmen Fällen darauf zurückgegriffen. Eine 50-jährige Patientin hatte seit 12 Jahren Migräne, die sich in den letzten Jahren erheblich verschlimmert hatte und jetzt alle zwei Wochen auftrat. Nur durch starke Schmerzmittel konnte die übliche Anfallsdauer von zwei Tagen verkürzt werden. Besonders auffallend und leitend für die Mittelwahl war, dass die Patientin bei den Kopfschmerzanfällen ständig gähnen musste. Innerhalb eines Jahres verschwand die Migräne mit *Ignatia* vollständig.

Anmerkungen

- 1 „So wenig wir Sterbliche den Vorgang im Haushalte des gesunden Lebens einsehen, so gewiss er uns, den Geschöpfen, eben so verborgen bleiben muss, als er dem Auge des allsehenden Schöpfers und Erhalters seiner

- Geschöpfe offen daliegt, so wenig können wir auch den Vorgang im Innern beim gestörten Leben, bei Krankheiten, einsehen.“ (ORG E48).
- 2 Die Rubrik „Gefühle, beherrscht durch den Verstand“ (Synthesis 8.1) [14] bezeichnet kein Symptom, sondern eine Interpretation, und ist daher für die Symptomwahl unbrauchbar. Ein bewertender Rubrikentitel gibt außerdem genug Spielraum für Fehlinterpretationen (vgl. Holzapfel [9]).
 - 3 Übersetzung von Jens Ahlbrecht. Im Original: “The other method finds the names of all remedies which read clear through the largest possible number of generalities and then chooses for reference the one having the peculiarities of the case in hand.”
 - 4 7: §§ 67, 95, 152, 165, 178. Dies bezieht sich sowohl auf funktionelle als auch auf organopathologische Veränderungen. Für eine genaue Definition charakteristischer Krankheitssymptome siehe Klinkenberg [13].
 - 5 7: §§ 67, 153, 178. In der Arzneimittelprüfung dagegen, d. h. bei der Arznei muss sich eine Empfindung, um charakteristisch zu sein, durch verschiedene Körperbereiche hindurchziehen und wird nach häufiger Verifikation beim Kranken zu einem charakteristischen Arzneisymptom (abgesehen von wenigen Ausnahmen mit anderen Kriterien für Charakteristik, z. B. auffallende als-ob-Empfindungen): „Das Erheblichste dabei ist aber ..., dass diese Charakteristik sich nicht auf die eine oder andere Beschreibe beschränkt, sondern dass sie **wie ein rother Faden** sich durch fast alle, mit irgend einem Schmerz ... verbundene Krankheitssymptome **der betreffenden Mittel** hindurchzieht ...“ (*Böninghausen*, BMS [2], 743, 332–333 *Hervorheb. v. V.*).
 - 6 Für eine weitere Feindifferenzierung sind außerdem folgende Rubriken geeignet: Schwindel, nachts (KD I 154): u. a. Nux-v., Sulf. // Stool, Urging to (BB 591): NUX-V., SULF. // Stuhldrang, nachts (KD III 620): **Sulf.** // Anus, Empfindungen, Zusammenschnüren (KD III 627) als zwar älteres, aber zuletzt verschlimmertes Symptom: **Nux-v., Sulf.**
 - 7 Jahr [10]. Zeichen:
 - * Symptome, die in der Prüfung beobachtet wurden und sich auch als Heilanzeigen bewährt haben.
 - Symptome, die nur in Heilungsfällen beobachtet wurden (klinische Symptome).
 - 8 Repertorisation mit dem Therapeutischen Taschenbuch [1] (Wertigkeiten von *Sulfur* in Klammern): Trockenheit innerer Teile (SULF.) / < beim Erwachen (SULF.) / < nachts nach Mitternacht (Sulf.) / Oberschenkel hintere Seite

(SULF.) / Zuckungen (**Sulf.**) / Stuhl grün (**Sulf.**) / starke Menses (Sulf.) / < Quecksilbermissbrauch (SULF.) / Einbildungen (Zwangsvorstellungen, Halluzinationen) (SULF.).

Literatur

- [1] Böninghausen Cv: Böninghausens Therapeutisches Taschenbuch, Revidierte Ausgabe (TBG). Hrsg. K.-H. Gypser. 1. Aufl., Stuttgart: Sonntag Verlag; 2000. (1846).
- [2] Böninghausen Cv: Böninghausens kleine medizinische Schriften (BMS). Hrsg. K.-H. Gypser. Heidelberg: Arkana; 1984. (1831–1864 vorwieg. Zeitschriftenveröffentlichungen Böninghausens).
- [3] Boger CM: Boenninghausen's Characteristics And Repertory (BB). Reprint Edition, New Delhi: B. Jain Publishers; 1995 (1905 Parkersburg, U.S.).
- [4] Boger CM: C.M. Boger's General Analysis (Begleitbuch zu Bogers Lochkarte). Hrsg. B.v.d. Lieth. Hamburg: Lieth; 2001.
- [5] Boger CM: Collected Writings. Hrsg. R. Bannan. London: Churchill Livingstone; 1994: 156.
- [6] Boger CM: General Analysis (GA). Nachdruck ohne Jahrgang. Hrsg. N. Winter. Karlsruhe: Schule f. Klass. Homöopathie. (1925 Parkersburg, U.S.)
- [7] Hahnemann S: Organon der Heilkunst (ORG). Hrsg. J.M. Schmidt. Standardausgabe der 6. Aufl., Heidelberg: Haug; 1992. (1842 Paris)
- [8] Hahnemann S: Organon der Heilkunst. Hrsg. Schmidt JM. Neufassung mit Systematik und Glossar. 2. Aufl. München: Urban und Fischer; 2006.
- [9] Holzapfel K: *Viola odorata* – Pathogenese eines Irrtums. ZKH, 2005; 49: 40–42.
- [10] Jahr GHG: Ausführlicher Symptomen-Kodex der homöopathischen Arzneimittellehre (JSK). Nachdruck. Hamburg: Lieth; o.J. (1848 Leipzig)
- [11] Kant I: Kritik der reinen Vernunft. Leipzig: Reclam.
- [12] Kent JT: Kent's Repertorium der homöopathischen Arzneimittel (KD). Hrsg. u. Übers. G. v. Keller u. J. Künzli v. Fimmelsberg. Bd. 1–3. 9. Aufl., Heidelberg: Haug; 1986. (1897 Lancaster, U.S.)
- [13] Klinkenberg CR: Akutfälle nach Böninghausen. Teil 1. ZKH, 2004; 48: 105.
- [14] Schroyens F: Synthesis Repertorium. Radar for Windows 8.1. Greifenberg: Hahnemann Institut.

Anschrift des Verfassers:

*Dr. med. Carl Rudolf Klinkenberg
Sternengasse 12
76275 Ettlingen*