

# Burn-out in der psychiatrisch-homöopathischen Praxis

Von Stephan Gerke

## ●● Zusammenfassung

Anhand zweier Fallgeschichten werden die Möglichkeiten homöopathischer Behandlung bei Patienten mit der Verdachtsdiagnose „Burn-out“ beschrieben. In beiden Fällen war es möglich, durch eine Kombination von Antidepressiva und homöopathischer Behandlung eine vollständige Remission in kürzerer Zeit zu erzielen, als es der statistischen Erwartung für eine alleinige antidepressive Therapie entsprochen hätte. In einer abschließenden begriffskritischen Reflexion wird dargestellt, dass sich die von Hahnemann entwickelte Konzeption der Entstehung von Geistes- und Gemütskrankheiten durchaus mit modernen Anschauungen der Entstehung von Burn-out in Einklang bringen lässt.

## ●● Schlüsselwörter

Burn-out, depressive Störung, Psychiatrie, multifaktorielle Syndromgenese.

## ●● Summary

Two case studies illustrate the possibilities of homeopathic treatment in patients referred with burnout as suspected diagnosis. In both cases, complete remission was achieved by a combination of antidepressants and homeopathy. With this combination of treatments, duration until remission was shorter than the statistically expectable duration for treatment with antidepressants alone. The conclusion argues that Hahnemann's concept of the cause of mental disorders is consistent with modern opinions regarding the causes of burnout.

## ●● Keywords

Burnout, depressive disorder, psychiatry, multifactorial origin of psychiatric syndroms.

## „Nicht mehr gebraucht“

Herr Reiner Degenhard (Name von der Redaktion geändert), 53 Jahre, verheiratet, 2 Kinder. Psychiatrische Diagnose: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (F33.2 nach ICD-10, Beobachtungszeitraum 13 Monate).

### November 2012, Spontanbericht

Herr Reiner Degenhard, 53 Jahre, berichtet:

„Es hatte ja immer geheißen, unsere Abteilung ist nicht von den Schließungen bedroht. Wir sind mit einem wichtigen Thema befasst. Wir werfen Gewinn für den Konzern ab ... Und dann kam im April doch die E-Mail, dass unsere Abteilung geschlossen wird. 1300 Leute auf einem Schlag überflüssig. Nicht mehr gebraucht. Seit über 30 Jahren war ich in der Firma und dann so eine E-Mail.“

Es ist keine Empörung zu spüren, nicht einmal Verzweiflung. Eher klingt etwas wie gequälte Teilnahmslosigkeit, ein „Längst-aufgegeben-Haben“ aus der leisen, fast tonlosen Stimme, die immer wieder unvermittelt mitten im Satz abbricht. Als sei er zum außenstehenden Zuschauer seines eigenen Untergangs geworden. Sorge und Erschöpfung haben tiefe Spuren in sein Gesicht gegraben.

- Gesicht – Ausdruck – besorgt (die Reptorisation hier und im Folgenden wurde mit [16, 17] vorgenommen)
- Gesicht – Ausdruck – leidend
- Gesicht – Ausdruck – müde

Dabei ist es noch nicht lange her – da leitete er Projekte und war eine für die Abteilung wichtige Person.

Er kann sich nicht mehr konzentrieren, hat keinen Antrieb mehr, nur mit Mühe zwingt er sich morgens zum Aufstehen. „Habe ich ein Burn-out?“

- Gemüt – Konzentration – schwierig – Studieren
- Gemüt – Konzentration – schwierig – Unmöglichkeit, sich zu konzentrieren
- Gemüt – Faulheit – morgens

„Erst war ich richtiggehend schockiert. Ich konnte es gar nicht fassen. Ich war immer so stolz darauf gewesen, wie gut unsere Systeme funktionieren. Die Arbeit war immer das Wichtigste für mich gewesen. Jetzt, da es der Tochter so schlecht geht, mache ich mir Vorwürfe. Ich denke mir immer, ich hätte mich eigentlich viel mehr um die Familie kümmern sollen.“

- Gemüt – tadelt sich selbst, macht sich Vorwürfe
- Gemüt – Angst – Wissensangst

Herr D. ist seit 23 Jahren mit seiner Frau zusammen, sie haben 2 Töchter, 19 und 16 Jahre alt. Die ältere Tochter war vor Kurzem aus einer Spezialklinik entlassen worden. Sie leidet seit Jahren an einer Essstörung, wiegt gerade noch 45 kg. Mit der zweiten Tochter gebe es weniger Probleme.

„Nachdem ich mich dann ein bisschen gefangen hatte, war ich ziemlich ärgerlich. Ich bin nur noch zwei, drei Mal in die Arbeit gegangen. Ich habe dort alles abgebaut. Jetzt bin ich bei einer Beschäftigungsgesellschaft angestellt. Unsere Hauptaufgabe ist es, Bewerbungen zu schreiben.“

„Vor einem halben Jahr ist das losgegangen. Ich konnte kaum mehr schlafen nachts, ein, zwei Stunden vielleicht. Um fünf Uhr in der

Früh ist dann gar nichts mehr gegangen. Stundlang habe ich mich im Bett gewälzt. Am späten Vormittag habe ich mich vor den Computer gehockt. Auf einmal war es Abend, und ich merkte, dass ich immer noch an der ersten Bewerbung saß. Ich saß nur da und es gingen mir immer die gleichen Gedanken im Kopf herum. Gedanken, dass ich alles falsch gemacht habe, dass ich mich viel mehr um meine Familie hätte kümmern müssen, dass sie mich bald auch noch aus der Beschäftigungsgesellschaft herauschmeißen werden, dass ich keinen Job mehr finde, dass ich zum Sozialhilfeempfänger werde, dass ich schuld bin, wenn ich meine Familie nicht mehr ernähren kann ... immer die gleichen Gedanken.“

- Gemüt – Gedanken – quälend
- Gemüt – Furcht – Armut, vor
- Gemüt – Furcht – geschäftlichem Misserfolg, Bankrott; vor

„Manchmal sitze ich auch nur so vor dem Bildschirm, und dann schaue ich auf die Uhr und merke, es ist schon wieder eine Stunde vergangen – gleichzeitig kommt es mir vor, als sei schon eine Ewigkeit vergangen, aber es war nur ein Stunde.“

- Gemüt – Wahnideen – Zeit – länger; die Zeit erscheint
- Gemüt – Zeit – langsam, scheint länger; vergeht zu

„Und ich weiß dann gar nicht mehr, was war eigentlich in der Stunde, manchmal kommt es mir vor, als wenn da einfach gar nichts ist, nicht mal Gedanken – einfach nur Löcher in die Luft starren und Zeit, die nicht vergeht. Irgendwann ist es endlich Abend – dann wird es ein bisschen leichter.“

- Gemüt – brütet, grübelt
- Gemüt – Gedanken – Kreis, drehen sich im
- Allgemeines – Abends – amel.

Immer wieder bricht Herr Degenhard den Bericht ab, er spricht leise, undeutlich, fast mehr wie zu sich selbst, seufzt.

- Gemüt – Murmeln
- Gemüt – Seufzen

Als würde das karge Rinnsal seiner Gedanken versiegen, als müsse sein Denken durch meine Fragen immer wieder von Neuem angestoßen werden.

## Aktueller psychopathologischer Status

Deutlich vorgealtert wirkender Patient mit gequält besorgtem Gesichtsausdruck, in den Affekten kaum auslenkbar, Stimmung deutlich gedrückt, mit leichter abendlicher Stimmungsaufhellung, im formalen Denken erheblich grüblerisch auf Insuffizienzgedanken und Verarmungsängste eingengt, es werden massive Konzentrationsstörungen geklagt. Kein Anhalt für psychotisches Erleben. Der Appetit sei deutlich reduziert, Gewichtsverlust von 14 kg in den letzten ca. 3 Monaten, die Libido sei erloschen. Von akuter Suizidalität ist der Patient glaubhaft distanziert, vage Suizidphantasien (Erschießen) werden berichtet. Weder eigenanamnestisch noch familienanamnestisch sind Suizide oder Suizidversuche bekannt.

## Krankheitsanamnese

In der Kindheit rezidivierende Tonsillitiden, die üblichen Impfungen habe er ohne besondere Reaktionen getragen.

- **2003:** Im Zusammenhang mit der Ankündigung einer drohenden Gehalts einbuße habe er einen Herpes zoster entwickelt, unter Aciclovir sei es zu Fieber gekommen, die Symptomatik sei dann nach Akupunktur abgeklungen.
- **2007:** Hypertonie mit RR 140/100 (wird derzeit nicht behandelt; viele Antihypertensiva, insbesondere Beta-blocker, stehen im Ruf, Depressionen auslösen zu können).
- **Nov. 2009:** Erstmaliges Auftreten einer leichten depressiven Symptomatik, die sich in den folgenden Jahren jeweils in den Monaten Januar und Februar ausgeprägt hätte (saisonal abhängige Depression).  
Etwa in der Zeit auch Beginn einer anorektischen Symptomatik bei der älteren Tochter.
- **Jan.–Feb. 2012:** Mehrwöchige Episode mit starker sozialer Rückzugstendenz, seiner Arbeit habe er aber immer noch regulär nachgehen können.
- **April 2012:** Kündigung nach über 30-jähriger Betriebszugehörigkeit.
- **Juni 2012:** Beginn der depressiven Symptomatik, zunächst mit Appetitstörung und Gewichtsverlust von mittlerweile 14 kg. Libidoverlust.

- **Juli 2012:** Massive Antriebshemmung, Konzentrationsstörungen, Stimmungseinbruch.

Zu manischen Episoden oder hypomanen Nachschwankungen sei es bisher nie gekommen. (Im Anschluss an eine depressive Episode wird bei manchen Patienten mitunter für einige Tage oder Wochen eine deutlich gehobene Stimmungslage beobachtet, derartige Verläufe werden als Bipolar-2-Störung klassifiziert; F31.8 nach ICD-10.)

## Körperlich:

- Hypertonie,
- Verdacht auf latenten Diabetes mellitus Typ 2,
- Hypercholesterinämie.

## Familie:

- Vater: mit 55 Jahren an Leukämie verstorben, schon Jahre vorher habe er auf allen Fotos immer traurig ausgesehen (Depression?).
- Vater des Vaters: vermehrter Alkoholkonsum, mit 60 Jahren an Magen- oder Darmkrebs verstorben.
- Mutter des Vaters: mit 51 Jahren an Magen- oder Darmkrebs verstorben.
- Mutter: 85 Jahre, lebt im Altenheim.

**Biografie.** Der Patient ist als zweites von 4 Kindern in dörflichen Verhältnissen aufgewachsen. Die Ehe der Eltern sei nicht sehr glücklich gewesen. Mit 10 Jahren sei er auf das Gymnasium gewechselt. Wegen der Entfernung zum Wohnort sei er mit 14 Jahren Internatsschüler geworden. Das Gymnasium habe er mit guten Leistungen im Abitur abschließen können. Nach dem achtmonatigen Militärdienst habe er in einer großen Firma im Bereich EDV eine Anstellung gefunden und sei betriebsintern ausgebildet worden. Abgesehen von einem beruflich bedingten einjährigen Engländeraufenthalt habe er seither im Großraum München gelebt und gearbeitet.

Erst mit 20 oder 21 Jahren sei es zu einer ersten festen Beziehung gekommen, es sei ihm jedoch bald „zu eng“ geworden, sodass er die Beziehung von sich aus wieder beendet habe. Bis zur Bekanntschaft mit seiner späteren Ehefrau im Alter von 30 Jahren sei es nur zu sporadischen Kontakten zu Frauen gekommen. Das Jahr England sei für ihn ganz gut gewesen, nach-

	lach.	lyc.	alum.	nat-m.	nux-v.	sulph.	sep.	acon.	phos.	arg-n.	caust.
10. Ablage 10, Artikel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
x 1. Gesicht - Ausdruck - besorgt	10	10	10	10	9	9	8	7	7	7	7
x 2. Gesicht - Ausdruck - leidend	16	16	14	14	17	16	11	11	10	9	9
x 3. Gesicht - Ausdruck - müde											
y 4. Gemüt - Konzentration - schwierig - Studieren											
y 5. Gemüt - Konzentration - schwierig - Unmöglichkeit, sich zu konzentrieren											
6. Gemüt - Faulheit - morgens											
z 7. Gemüt - Tadelte sich selbst, macht sich Vorwürfe											
z 8. Gemüt - Angst - Gewissensangst											
9. Gemüt - Gedanken - qualend											
d 10. Gemüt - Sorgen; voller - Geschäfte, um seine											
d 11. Gemüt - Furcht - geschäftlichem Mißerfolg, Bankrott; vor											
d 12. Gemüt - Furcht - Armut, vor											
e 13. Gemüt - Wahnideen - Zeit - länger, die Zeit erscheint											
e 14. Gemüt - Zeit - langsam, scheint länger, vergeht zu											
g 15. Gemüt - Brütet, grübelt											
g 16. Gemüt - Gedanken - Kreis, drehen sich im											
17. Allgemeines - Abends - amel.											
18. Gemüt - Seufzen											
19. Gemüt - Murren											

Abb. 1 Repertorisation Kasuistik 1.

dem es ihm nach wenigen Monaten schon wieder zu eng in der Beziehung wurde. Die Beziehung sei auch in seiner Zeit in England „irgendwie weitergegangen“.

Nach seinem Auslandsaufenthalt habe man sich entschlossen, eine gemeinsame Wohnung zu nehmen, nachdem seine Frau schwanger geworden war, hätten sie geheiratet. Das sei jedoch ohnehin geplant gewesen. Einige Jahre später sei dann seine zweite Tochter geboren.

Aktuell sei die Ehe wegen Konflikten um die ältere Tochter belastet. Der Patient ist in laufender Behandlung bei einem neurologischen Kollegen. In den meisten Fällen ist eine derartige „Parallelbehandlung“ unproblematisch.

**Medikation:**

- Mirtazapin 15 mg seit 1 Monat
- Citalopram 30 mg seit Vortag des Anamnesegesprächs

Wegen des verzögerten Eintritts der stimmungsaufhellenden Wirkung bei Antidepressiva ist es wichtig, genau zu erfassen, seit wann und in welcher Dosierung ein Antidepressivum gegeben worden ist. Im Allgemeinen kann frühestens 1 Woche nach Erreichen der therapeutischen Dosis mit der stimmungsaufhellenden Wirkung gerechnet werden. „Eine solche, frühe, mindestens 20%ige Besserung der Symptomatik innerhalb der ersten 2 Behand-

lungswochen stellt einen hochsensitiven Prädiktor für eine spätere, stabile Responce oder Remission dar“ ([2], S. 69).

**Analyse**

Es zeigt sich die in ●● Abb. 1 gezeigte Repertorisation.

Das Problem ist natürlich, dass viele der Symptome des Patienten einerseits ausgeprägt waren, andererseits aber bei sehr vielen depressiven Patienten zu finden sind.

Auch ist es die Frage, ob Geldsorgen bei einem über 50-jährigen, arbeitslosen Mann als Krankheitssymptom zu werten sind. Die Gefahr von Langzeitarbeitslosigkeit ist in diesem Alter erheblich, zumal wenn gleichzeitig am selben Ort noch 1300 andere Arbeitskräfte mit ähnlicher Qualifikation „freigesetzt“ werden.

**Differenzialdiagnose.** 3 Mittel ziehe ich in die engere Wahl:

- *Sepia succus* wegen der „spät erwachten“ und offenbar auch leicht zu beeinträchtigenden Sexualität sowie wegen der deutlich sich vermittelnden „Stase“ auf allen Ebenen. („Betrachtet man *Sepia*, so fällt die allgemeine ‚Stase‘ auf ... Die Grundidee heißt Stase“ [21], S. 137.)
- *Lycopodium clavatum*, nachdem es dem Patienten offenbar doch immer wieder schnell zu „eng“ in Beziehun-

gen geworden ist (Rubrik: Gemüt – Heirat – unerträglich; der Gedanke an Heirat scheint). Sicher hatte der Patient die Art der Kündigung auch als demütigend erlebt (Rubrik: Gemüt – Beschwerden durch – Kränkung, Demütigung).

- *Alumina* wegen der für den Patienten ganz im Vordergrund stehenden, offensichtlich schweren Konzentrationsstörungen (er brauche Tage, um eine Bewerbung zu schreiben) und des vom Patienten spontan berichteten Symptoms, dass er ein völlig gestörtes Zeiterleben habe. Der Patient wirkte so schwer beeinträchtigt, dass ich ihn auch darauf hinwies, dass unbedingt eine neurologische Ausschlussdiagnostik zu erfolgen habe.

*Alumina* „ist charakterisiert durch VERZÖGERTE FUNKTION sowohl auf der geistigen Ebene als auch auf der Ebene des zentralen und peripheren Nervensystems. Die Idee ist funktionelle Langsamkeit, auf die unter Umständen LÄHMUNG folgt. ... Bei *Alumina* sitzt die Verzweiflung sehr tief, und der Patient ist wirklich sehr krank: die geistige Ebene ist verwirrt und der Patient verliert seine Identität“ ([21], S. 15).

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Auf Nachfragen berichtet der Patient von einer Besserung der depressiven Symptomatik durch Sport (Rubrik: Allgemeines – Anstrengung; körperliche – amel. *Sepia* 4-wertig). Das habe früher für ihn funktioniert, jetzt sei er dafür aber „zu faul“. Ich nehme das eher als eine vage Bestätigung. Bei den Männern, denen ich bisher mit Erfolg *Sepia* verschrieben habe, habe ich im Allgemeinen mehr Sportbegeisterung gefunden, zumindest aber eine gewisse Betriebsamkeit.

Mit Präsentationen habe er keine Probleme (Rubrik: Gemüt – Schüchternheit, Zaghaftigkeit – Öffentlichkeit; beim Auftreten in der – sprechen; in der Öffentlichkeit zu; *Lycopodium* 2-wertig).

Die Aufregung vergehe nach 2–3 Minuten wieder, aus dem Applaus mache er sich nicht viel (Rubrik: Gemüt – Weinen – gedankt wird; wenn ihm; *Lycopodium* 3-wertig).

Er sei mehr an der Wertschätzung von Menschen interessiert, die wirklich etwas von seiner Materie verstünden. Mit dieser Antwort rückt für mich *Lycopodium* eher in den Hintergrund.

Natürlich habe ich auch das berühmte *Alumina*-Symptom nachgefragt, ob dem Patienten mitunter seine eigene Stimme fremd vorkomme (Rubrik: Gemüt – Wahnideen – sonderbar, merkwürdig – Stimme scheint fremd; ihre eigene; *Alumina* 1-wertig). Das konnte der Patient nicht bestätigen, aber immerhin berichtet er über Stuhlverstopfung ohne Stuhl drang (Rubrik: Rektum – Obstipation – Stuhl – bleibt lange im Rektum, ohne Stuhl drang; *Alumina* 1-wertig).

Der fehlende Stuhl drang (und natürlich auch das ganze Bild, das der Patient jetzt zeigt) macht auch das in der Repertorisation immerhin an fünfter Stelle stehende *Nux vomica* eher unwahrscheinlich. Die Stühle seien hart. Auf Nachfragen bestätigt mir der Patient, dass es ihm beim Spaziergehen eigentlich noch am besten gehe (Rubrik: Allgemeines – Freien; im – amel.; *Alumina* 3-wertig).

Damit hätte der Patient also auch noch 2 wichtige Modalitäten von *Alumina* (> abends, > im Freien) bestätigt.

Zusammen mit der doch ungewöhnlich ausgeprägten und für den Patienten stark im Vordergrund stehenden Denkhemmung, dem veränderten Zeiterleben (das so längst nicht alle depressiven Patienten

berichten) und dem allgemeinen Eindruck von „schwerer, nahezu organisch anmutender“ Krankheit erscheint mir *Alumina* als die passendste Verschreibung. Allerdings muss ich gestehen, dass ich Verordnungen schon mit größerer Überzeugung getroffen habe.

### Verschreibung

*Alumina* Q1 Tropfen (Dr. Grimms Apotheke, Hamburg), 2 × 5 Tropfen täglich, Fläschchen 5 × kräftig schütteln nach jeder Einnahme, alle 14 Tage auf die nächsthöhere Potenz wechseln.

Hahnemann Organon §248:

„Ist aber die Auflösung (in 7, 8, oder in 14, 15 Tagen) verbraucht, so muß zu der folgenden Auflösung derselben Arznei – wenn ihr Gebrauch noch angezeigt ist – ein, oder (obwohl selten) mehre Kügelchen von einem andern (höhern) Potenz-Grade genommen werden...“ (Unterstreichung durch den Autor).

Weiterführung der allopathischen Medikation, wie vom neurologischen Kollegen verordnet.

### Verlauf

#### Follow-up Ende Januar 2013 (nach etwa 2 Monaten)

In der Zwischenzeit war vom neurologischen Kollegen Quetiapin 75 mg neu angesetzt worden, die Dosis war mittlerweile auf 50 mg reduziert worden.

(Quetiapin ist ein mittelpotentes, trizyklisches atypisches Neuroleptikum, das in Dosierungen bis 300 mg auch antidepressive Wirksamkeit bei bipolaren depressiven Störungen haben soll. Nachdem bei dem Patienten bisher keine manifomen Syndrome aufgetreten waren, liegt ein „Off-Label-Use“ vor.)

Mirtazapin 15 mg/Tag war abgesetzt worden. Citalopram war zwischenzeitlich auf 40 mg gesteigert, seit gestern aber schon wieder auf 30 mg reduziert worden.

Die derzeitige **Medikation** umfasst also:

- Quetiapin: 50 mg/Tag
- Citalopram: 30 mg/Tag
- *Alumina* Q3: seit 5 Wochen (!)

Der Patient war für 4 Wochen über Weihnachten in einer psychosomatischen Klinik, der Follow-up-Termin (normalerweise nach 6 Wochen Arzneimittelgabe) hatte deswegen verschoben werden müssen.

Als er in der Klinik war, sei seine Tochter (19 Jahre) wieder dazu übergegangen, im Bett seiner Ehefrau zu übernachten. Seine Frau sei völlig außerstande, sich gegenüber der Tochter abzugrenzen.

Es habe ihm ganz gut getan, in der Klinik mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen, die ähnliche Probleme hätten. Insgesamt sei alles ein bisschen besser geworden, es würde jetzt darum gehen, das Erreichte zu halten. Insbesondere habe er das Gefühl, von einer festen Tagesstruktur zu profitieren. (Aktivitätsaufbau und Tagesstrukturierung sind 2 verhaltenstherapeutische Therapieprinzipien, die sich in entsprechenden Studien als ähnlich wirksam bei Depressionen wie Antidepressiva erwiesen haben.)

Auch einzelne für *Alumina* typische Symptome, wie insbesondere die Verstopfung, hätten sich gebessert.

Der Patient berichtet auf Nachfrage von einem **neuen Symptom**: Spannungsgedühl an der Kopfhaut. (Rubrik: Kopf – Zusammenziehung – Stirn; *Alumina* 1-wertig als Nachträge von Bönninghausens Repertorium und von Boger.)

G. Vithoulkas schreibt dazu:

„Es sind jedoch neue Symptome aufgetaucht, die ganz typisch sind für das verabreichte Mittel ... Dies darf man nicht als Gegenanzeige mißdeuten, die eines Gegenmittels bedarf. Tatsächlich wird dadurch [bei gleichzeitiger deutlicher Besserung der Gesamtbefindlichkeit, Anm. d. Autors] sehr schön die Richtigkeit der Verordnung erhärtet“ ([22], S. 329 f.).

Insgesamt würde er seinen Zustand vor der homöopathischen Behandlung mit 0–10% bewerten, jetzt fühle er sich bezüglich seines Gesamtzustands eher bei 60%.

**Beurteilung.** Weder Citalopram noch Quetiapin sind dafür bekannt, die Darmperistaltik zu verbessern, sodass darin ein *Alumina*-Effekt gesehen werden kann. Auch das Auftreten eines neuen Symptoms aus der Pathogenese von *Alumina* kann, bei gleichzeitiger Besserung der Gesamtbefindlichkeit, als Hinweis auf die Wirksamkeit von *Alumina* beurteilt werden.

Die Wirksamkeit von *Alumina* ist infolge der starken Veränderung der allopathischen Arzneien und wegen der mittlerweile erfolgten stationären Behandlung schwierig zu beurteilen. Nachdem es ins-



gesamt zu einer Besserung gekommen ist und keine neuen wahlanzeigenden Symptome aufgetreten sind, bleibe ich bei *Alumina*.

**Verschreibung.** Weiterhin *Alumina*, Q-Potenzen, 2×5 Tropfen/Tag, alle 14 Tage auf die nächsthöhere Potenz wechseln.

### Mitte März 2013 (nach 4-monatiger homöopathischer Behandlung)

**Medikation:**

- Quetiapin 25 mg/Tag (war vor ca. 3 Wochen von 50 mg reduziert worden)
- Citalopram 20 mg/Tag
- *Alumina* Q5

Seit 3–4 Wochen gehe es gut! Das Quetiapin habe er selbstständig reduziert, zu seinem Neurologen wolle er eigentlich nicht mehr gehen, er wolle jetzt Quetiapin so bald wie möglich ganz absetzen. Er sei jetzt den ganzen Tag beschäftigt, repariere viel am Haus, erledige Behördengänge, auch ein Vorstellungsgespräch habe er schon gehabt, leider habe er eine Absage bekommen. Trotzdem sei jetzt von Depression Gott sei dank nicht mehr viel da.

Der Patient wirkt wie ausgewechselt. Er ist heiter, selbstsicher, berichtet humorvoll von einem kleineren Verkehrsunfall – und wie es ihm gelungen war, den Versuch des Unfallgegners, zu seinen Lasten einen Versicherungsbetrug zu inszenieren, mithilfe der Polizei zu durchkreuzen. Ich denke fast schon an eine hypomane Nachschwankung.

**Verschreibung.** Wegen der Sorge, dass sich ein ausgeprägter hypomaner Zustand entwickeln könnte, entscheide ich mich, die homöopathische Behandlung etwas zu intensivieren: *Alumina*, Q-Potenzen, 4×3 Tropfen/Tag, weiterhin alle 14 Tage auf die nächsthöhere Potenz wechseln.

### Ende April 2013 (nach ca. 5 Monaten homöopathischer Behandlung)

**Medikation:**

- Quetiapin hatte der Patient seit 3 Wochen abgesetzt
- 20 mg Citalopram
- *Alumina* Q8 4×3 Tropfen/Tag

Von der Depression sei eigentlich nichts mehr da. Für Müßiggang habe er überhaupt keine Zeit, es gäbe immer etwas

zu tun, er schreibe jetzt 2–3 Bewerbungen pro Woche. In München sei der Markt für Ingenieure allerdings kaputt – er habe immer gesagt, München werde das nächste Ruhrgebiet, hier seien lauter Branchen ohne Zukunftsperspektive angesiedelt. Nachdem die Ehefrau beruflich in München gebunden sei, richte er sich aufs Pendeln ein, irgendwie werde er sich schon bis zur Rente „durchmogeln“.

Eine Schulung zum „zertifizierten Projektleiter“ habe er mit Erfolg durchlaufen.

**Verschreibung:**

- in einer Woche Reduktion von Citalopram von 20 auf 10 mg
- weiterhin *Alumina* Q-Potenzen

### Mitte Juni 2013 (ca. 6½ Monate homöopathische Behandlung)

**Medikation:**

- Citalopram 10 mg
- *Alumina* Q9 derzeit

Zwischenzeitlich hätten sich die Konflikte mit Ehefrau und Tochter zugespitzt, jetzt habe sich die Lage aber schon wieder beruhigt.

Wegen Schlafstörungen habe er jetzt Citalopram reduziert.

Im Mai habe er erfahren, dass ein Neffe von ihm gestorben sei, nachdem er sich aus dem Fenster gestürzt habe. Der Neffe habe immer als das Wunderkind in der Familie gegolten, er hätte erstklassige Schulabschlüsse und Stipendien gehabt. Für 2 Wochen sei er, der Patient, davon sehr betroffen gewesen. Inzwischen habe er sich wieder gefangen.

**Verschreibung:**

- weiter *Alumina* Q-Potenzen,
- Citalopram in einer Woche absetzen

### Ende Juli 2013 (nach ca. 8 Monaten homöopathischer Behandlung)

**Medikation:**

- seit etwa 3 Wochen habe er Citalopram ganz abgesetzt
- *Alumina* Q12

Er habe nach dem Absetzen von Citalopram keinerlei Veränderungen bemerkt.

**E-Mail am 21.08.2013** (während meiner Urlaubszeit): „hiermit sage ich den Termin am 19. September ab. Danke für Ihre Unterstützung während der ganzen Zeit!“

### „Burn-out“

ICD-10-Diagnose: Z73 Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, Z73.0 Erschöpfungssyndrom (Burn-out-Syndrom).

Die Diagnose wird nahezu ausschließlich im deutschen Sprachraum gestellt.

Sie ist unscharf definiert. Häufigstes Untersuchungsinstrument ist der Selbstbeurteilungsbogen „Maslach Burn-out Inventar“.

Es gibt derzeit keine gesicherten Erkenntnisse über messbare biologische Parameter, die die Diagnose belegen.

„Von besonderer Relevanz scheint der Zusammenhang zwischen Burnout und Depression zu sein, da hier offenbar ein breiter Überlappungsbereich vorliegt“ [9].

Weitere Überlegungen zur psychiatrisch-diagnostischen Einordnung aus Sicht des Autors finden Sie in der Schlussbetrachtung, am Ende dieses Artikels.

### Dezember 2013

Ich erkundige mich noch einmal bei dem Patienten: Er würde noch „die Tropfen aufbrauchen“. Es gehe weiterhin sehr gut. Im Januar fange er an einem neuen Arbeitsplatz an.

### Zusammenfassung

Berichtet wurde von einem Patienten mit der psychiatrischen Diagnose einer rezidivierenden schweren depressiven Störung ohne psychotische Symptome. Nachdem es zunächst nach mehrwöchiger Behandlung unter einer antidepressiven Monotherapie zu keinerlei Symptomreduktion kam, erfolgt unter einer veränderten allopathischen und unter homöopathischer Behandlung mit *Alumina* Q-Potenzen deutliche Symptomverbesserung innerhalb von 2 Monaten und vollständige Remission innerhalb von 3 Monaten. Nachdem die initiale Non-Response auf Mirtazapin eindeutig als Prädiktor für einen langwierigen Verlauf zu bewerten ist, ist das ein durchaus bemerkenswertes Therapieergebnis. Die Remission blieb auch, ungeachtet einer statistischen Wahrscheinlichkeit von 30–50% für einen Rückfall, nach vollständigem Absetzen der antidepressiven Medikation über 6 Monate unter Fortführung der homöopathischen Behandlung stabil. Dies trotz massiver psychosozialer Belastungen (Ehekonflikt,

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

## Depressive Störung

Der folgende Text ist zusammengefasst aus [11] und [12]:

- Lebenszeitprävalenz 13–20%,
- Frauen sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer,
- durchschnittliches Ersterkrankungsalter 30 Jahre,
- Risiko von Depressionen bei Angehörigen ersten Grades von Depressiven auf ca. 20% erhöht,
- Risikofaktoren für die Auslösung depressiver Störungen: psychosoziale Stressoren, insbesondere Tod eines Nahestehenden, Trennungen und Verluste,
- 10–15% der schwer Depressiven, die stationär behandelt worden waren, sterben durch Suizid.

**Symptomatik.** Zu finden ist die typische Symptomtrias [3]:

- gedrückte Stimmung,
- Interesseverlust, Freudlosigkeit,
- Antriebsminderung, erhöhte Ermüdbarkeit.

Weitere Symptome sind:

- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit,
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen,
- Schuldgefühle,
- negative Zukunftsperspektiven,

- Suizidgedanken, Selbstverletzung, Suizidversuche,
- Schlafstörungen,
- verminderter Appetit.

**Diagnostik.** Die Diagnose ist klinisch, nachdem andere Ursachen (internistische, neurologische Erkrankungen, Alkohol- und Drogenkonsum etc.) ausgeschlossen worden sind.

Depressive Episode:

- leicht: Dauer mindestens 2 Wochen, im Allgemeinen arbeitsfähig (F32.0),
- mittelschwer: Dauer mindestens 2 Wochen, im Allgemeinen nur mit Mühe arbeitsfähig (F32.1),
- schwer: Dauer mindestens 2 Wochen, im Allgemeinen nicht arbeitsfähig (F32.2).

**Differenzialdiagnose.** Abzugrenzen sind Dysthymie (F34.1) und Anpassungsstörung depressive Reaktion (F43.2).

Nahezu jede psychiatrische und jede somatische Erkrankung, auch viele Pharmaka, können depressive Syndrome verursachen, deswegen muss grundsätzlich bei Ersterkrankten eine somatische Ausschlussdiagnostik erfolgen.

**Therapie.** Antidepressiva, Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (McCulloch) bei chronifizierten Depressionen.

Leitliniengerecht ist eine Fortführung der antidepressiven Medikation in voller Dosierung noch 6 Monate über die Remission hinaus.

**Cave.** Suizidalität – unbedingt bei jedem depressiv erscheinenden Patienten explizit nachfragen. Die häufige Befürchtung, damit derartige Gedanken erst zu provozieren, ist falsch. Im Gegenteil fühlen sich die Betroffenen in der Regel vom Arzt in der Schwere ihres Leidens verstanden und entlastet, wenn sie über ihre Suizidgedanken sprechen können.

**Verlauf:**

- Dauer unbehandelter Phasen 3–12 Monate,
- Remission: wenn völlige Symptombefreiheit erreicht ist,
- Genesung: wenn Symptombefreiheit für 6 Monate anhält,
- 60% der Patienten remittieren (unter Therapie) nach 6 Monaten,
- 70% nach 1 Jahr,
- 80% nach 2 Jahren,
- bei 15–30% der Patienten nimmt die Depression einen chronischen Verlauf,
- 30–50% der Patienten erleiden innerhalb von 4 Monaten nach erfolgreicher antidepressiver Therapie einen Rückfall,
- bei 50–60% der Patienten kommt es zu einer zweiten Episode,
- nach 3 Episoden liegt die Wahrscheinlichkeit weiterer Episoden bei 90%.

Anorexie der Tochter, Suizid des Neffen, Absagen in Bewerbungsgesprächen).

Nach meiner Erfahrung ist allerdings eine dauerhafte Stabilisierung von Patienten mit rezidivierenden depressiven Störungen erst nach mehrjähriger homöopathischer Behandlung zu erwarten. Bei dem Patienten ist also in den nächsten Jahren ein Rezidiv der Depression zu befürchten, insbesondere dann, wenn die homöopathische Behandlung nicht weitergeführt wird.

Der Patient erkrankte, nachdem ihm gekündigt worden war, also eher aus einer Kränkungsituation heraus als durch eine berufliche Überforderungssituation. Die richtige Antwort auf die eingangs gestellte Frage des Patienten „Habe ich ein Burn-out?“ wäre also gewesen:

„Erstens weiß keiner so ganz genau, was ein Burn-out eigentlich ist. Zweitens sind Sie mit Sicherheit schwer krank. Drittens ist jetzt eine Überlastung am Arbeitsplatz weniger zu erkennen als eine Kränkung, von da her, nein, es handelt sich eher nicht um ein Burn-out.“

Für den Patienten, den ich im nächsten Fallbeispiel schildern möchte, war dagegen der Zusammenhang seiner Erkrankung mit der Arbeitsplatzsituation unmittelbar evident.

## „Vielleicht bin ich der falsche Mann für den Job“

Herr Karsten Hollwig (Name von der Redaktion geändert), 49 Jahre. Leitender Arzt, verheiratet, 2 Kinder. Psychiatrische Diagnose: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F32.2 nach ICD-10). Beobachtungszeit 1½ Jahre.

### Telefonat vom 18.04.2012 (Mittwoch).

Die Mutter einer Patientin ist am Telefon:

„Bitte, Sie müssen meinem Mann helfen, es geht ihm seit einigen Wochen ganz schlecht, ich mache mir wirklich große Sorgen um ihn – ich gebe ihn Ihnen selbst gleich mal.“

Der Patient berichtet am Telefon:

„Seit einigen Wochen geht es mir wirklich ziemlich schlecht, die Arbeit wird mir einfach zu viel, ich habe das Gefühl, ich arbeite mich ab und trotzdem wird es immer mehr, ich komme einfach nicht mehr hinterher. Die Arbeit türmt sich zu einem unübersehbaren Gebirge. Vielleicht bin ich auch einfach der falsche Mann für den Job. Als ich noch meine Doktorarbeit gemacht habe und in aller Ruhe im Labor forschen konnte, da ist es mir richtig gut gegangen, aber für so eine Leitungsfunktion, da komme ich mir einfach ungeeignet vor. Ich wälze mich nachts im Bett und muss die ganze Zeit an die Arbeit denken, und wenn ich endlich eingeschlafen bin, wache ich schon nach ein paar Stunden, lange bevor der Wecker läutet, wieder auf, und sofort geht mir wieder die Arbeit durch den Kopf.“

Ich frage nach:

„Ja, vor Jahren hatte ich auch schon einmal so eine Phase, das war während des Studiums, da habe ich gedacht, das Medizinstudium ist nichts für mich. Ich war damals gerade in den Prüfungsvorbereitungen, ich bin mit dem Stoff einfach

	nux-v.	caust.	aur.	nat-m.	puls.	sil.	rhus-t.	sulf.
1	2	3	4	5	6	7	8	
4	4	3	3	3	3	3	3	3
7	4	6	6	6	6	5	5	
2	1	-	1	-	1	-	2	
2	1	3	3	2	2	2	2	
1	1	1	-	2	-	1	-	
2	1	2	2	2	3	2	1	

Abb. 2 Repertorisation Kasuistik 2.

nicht mehr zurechtgekommen, konnte mich nicht mehr konzentrieren. Ich habe die Prüfungen dann um ein Semester verschoben, irgendwann ist es dann wieder gegangen.“

### Analyse und Repertorisation

Natürlich muss man einen solchen Patienten normalerweise kurzfristig einbestellen – aber er wohnte weit weg und schnelle Hilfe war notwendig. Nachdem der Patient offenbar nicht akut suizidal war, riskierte ich eine „schnelle Verschreibung“ mit der Vereinbarung, dass, falls sich der Zustand nicht rasch bessere, in den nächsten Tagen ein ausführlicher Anamnesetermin erfolgen müsse.

Schulmedizinisch war die Verdachtsdiagnose einer mittelschweren bis schweren depressiven Störung ohne psychotische Symptome (F33.10 nach ICD-10 [3]) zu stellen, also einer „echten Geistes- und Gemütskrankheit“, wie sie Hahnemann in seinen §210 ff *Organon* [6] beschreibt:

„Dieser Art sind die sogenannten Gemüths- und Geistes-Krankheiten. Sie machen jedoch keine von den übrigen scharf getrennte Classe von Krankheiten aus, indem auch in jeder der übrigen sogenannten Körperkrankheiten, die Gemüths- und Geistes-Verfassung allemal geändert ist.“

Homöopathisch dachte ich natürlich sofort an eine Beschreibung von Kent:

„Ein Geschäftsmann z.B. hat bis zur Erschöpfung an seinem Schreibtisch gesessen. Er bekommt viele Briefe, muß sich um eine Menge Geschäfte auf einmal kümmern. Er plagt sich mit tausend kleinen Dingen ab. Seine Gedanken müssen ständig von einer Sache zur anderen springen, bis er sich wie gerädert fühlt. Dabei sind es gar nicht einmal schwerwiegende Probleme, die ihn quälen, sondern es sind die vielen Kleinigkeiten. ... Auch wenn er zu Hause ist, denkt er darüber nach, und nachts liegt er deswegen wach

im Bett. Vom Trubel im Geschäft ist er ganz wirr im Kopf, immer wieder stürmen Ereignisse des vergangenen Tages auf ihn ein. Schließlich zeigen sich die ersten Anzeichen geistiger Erschöpfung: ... Anwandlungen überkommen ihn, zu flüchten und alles stehen- und liegen zu lassen. ... Er schläft nur noch unregelmäßig; nachts um 3 Uhr wacht er auf und aufs neue gehen ihm geschäftliche Dinge durch den Kopf, so dass er nicht wieder einschlafen kann. ... Schwermut, Traurigkeit, verdrießliche Niedergeschlagenheit.“ [10]

Auch der kürzeste Bericht enthält Symptome (Rubriken nach [16, 17]):

- Schlaf – Erwachen – nachts – Mitternacht – nach – 4 h
- Gemüt – Gedanken – hartnäckig
- Gemüt – Sorgen; voller – Geschäfte, um seine
- Gemüt – Selbstvertrauen – Mangel an Selbstvertrauen

Das Kent-Zitat war natürlich aus der Beschreibung von *Nux vomica* (●● Abb. 2).

**Verordnung.** *Nux vomica* C 200, 2 Globuli sofort einzunehmen, 2 weitere in Wasser verkleppert, 6–8 × täglich einzunehmen. Wiedervorstellung am nächsten Tag.

### Verlauf

#### Telefonat am 19.04.2012 (Donnerstag)

„Ich habe sofort nach der Einnahme gespürt, dass sich etwas verändert. Ich konnte in der Arbeit einige Dinge in Angriff nehmen, hatte auch einen Anruf von der Geschäftsführung, mit dem ich gut zurechtgekommen bin.“

**Verordnung.** Wechsel auf *Nux vomica* Q 1 Tropfen, 4–6 × täglich einzunehmen, 5 × kräftig schütteln vor jeder Einnahme. Wiedervorstellung nächsten Montag.

**Kommentar.** Bei akuten psychiatrischen Erkrankungen und bei Patienten, die ich gut kenne, lasse ich durchaus auch einmal

für eine längere Zeit eine Hochpotenz verkleppert oder verschüttelt täglich wiederholen.

(Anmerkung: Hochpotenzen, entgegen den ausdrücklichen Anweisungen J.T. Kents [und Hahnemanns vgl. §276 *Organon*] in häufigen Wiederholungen zu geben, war ja nicht nur bei A. Geukens, in Anlehnung an §246 und §278 gängige Praxis, sondern findet sich beispielsweise auch bei [19] und [20]. Zu Hahnemanns Praxis vergleiche auch [18].)

Bei diesem Patienten, den ich nur anlässlich der Behandlung seiner Tochter vor Jahren einmal gesehen hatte, und den ich ansonsten nur vom Telefon her kannte, wollte ich auf keinen Fall eine Arzneimittelprüfung riskieren (auch hier immer Kent vor Augen):

„Ein Mensch, der einmal Thuja geprüft hat, leidet manchmal ein Leben lang an den Folgen dieser Prüfung ... Wenn man Thuja als Einzeldosis in hoher Potenz prüft, wird es binnen fünf oder sechs Wochen Symptome hervorbringen, die eigentümlich und damit auch wertvoll sind. Wenn diese Dosis aber ständig wiederholt wird, bekommt man etwas, was dem Prüfer ein Leben lang zu schaffen machen wird.“ ([10], Band 3, S. 649).

Ich denke, man tut gut daran, diese Warnung auch bezüglich der häufigen Wiederholung anderer Arzneien in Hochpotenz zu beherzigen.

#### Telefonat vom 23.04.2012 (Montag)

Bericht der Ehefrau:

„Abends ist er immer wie ausgewechselt, da macht er manchmal einen Eindruck, als sei er schon wieder gesund, ist manchmal sogar ganz fröhlich. Aber heute Morgen war es wieder grauenhaft, er war so verzweifelt, wenn er nicht so viel Pflichtgefühl hätte, dann wäre er nie zur Arbeit gegangen, er hatte sich auch schon überlegt, ob er nicht lieber in eine Klinik gehen sollte.“

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Das „Morgentief“ ist ein Kriterium des „somatischen Syndroms“ bei Depressionen ([3], S. 150).

### Weiterer Verlauf

- **23.04.2012:** Verschreibung: Nux-v. C200 1×2 Globuli und 2 Globuli in Wasser aufgelöst, 4× täglich einen Teelöffel.
- **25.04.2012:** Die Ehefrau berichtet, er wirke insgesamt gelassener, ruhiger, nicht mehr so fahrig. Verschreibung: Nux-v. C1000 1×2 Globuli und 2 Globuli in Wasser aufgelöst, 4× täglich einen Teelöffel.
- **26.04.2012:** Nachdem es am Vortrag ganz gut gegangen sei, sei die Nacht wieder sehr unruhig gewesen, mittags sei er vorzeitig von der Arbeit nach Hause gegangen.  
Verschreibung: Wieder Wechsel zu Nux-v. C200 2 Globuli sofort, 2 weitere Globuli in Wasser verkleppert, 4–6× täglich einen Teelöffel, sobald verfügbar könne er auch einmalig Nux-v. C50000 Globuli als Einmalgabe einnehmen. Arbeitsunfähig für den morgigen Tag. Bei Bedarf Lorazepam 0,5 mg. (Lorazepam ist ein Benzodiazepin-Tranquilizer. Tranquilizer eignen sich, um kurzfristig eine zugespitzte psychische Situation zu „entschärfen“, sie haben jedoch nur vorübergehend einen leicht euphorisierenden Effekt. Wegen eines „Escape-Effekts“, d.h., die gleiche Dosis wirkt nach einiger Zeit nicht mehr so gut, einer fehlenden stimmungsaufhellenden Wirkung und eines erheblichen Abhängigkeitspotenzials sind sie zur Dauerbehandlung von Depressionen ungeeignet.)
- **30.04.2012:** Er habe vor 2 Tagen noch einmal Nux-v. C200 genommen, habe davon jedoch keine unmittelbare weitere Besserung verspürt. Er habe dann 0,5 mg Lorazepam eingenommen, daraufhin habe er sich beruhigen können. Gestern habe er Nux-v. C50000 eingenommen, ohne sofort eine Wirkung verspürt zu haben. Am heutigen Morgen sei er „total rotiert“, habe sich selbst beschimpft, er sei zu Hause geblieben. Bis mittags habe er sich wieder einigermaßen „fangen“ können.

**Beurteilung.** Bisher unbefriedigender Verlauf und jedenfalls nicht ausreichende

Wirkung von *Nux vomica*. Das muss noch nicht zwingend bedeuten, dass *Nux vomica* nicht das passende Mittel für ihn ist, mitunter löst sich eine depressive Symptomatik auch unter dem „richtigen“ Arzneimittel erst verzögert. Grundsätzlich gilt, dass eine sichere Beurteilung der Wirksamkeit einer Verschreibung erst nach 6 Wochen möglich ist.

„Bei der Behandlung chronischer Krankheiten wäre ein Intervall von zwei Monaten ideal. Die Reaktion auf ein Mittel lässt sich dann in nahezu jedem Fall eindeutig beurteilen. Falls aber keine Reaktion eintritt, sind zwei Monate für die meisten Patienten zu lang. Deshalb empfehlen wir als Kompromiss eine vier- bis fünfwöchige Wartezeit. Sowohl positive als auch negative Veränderungen lassen sich nach Ablauf dieser Frist in 95% der Fälle feststellen“ ([22], S. 236).

Wenn man sich sicher ist, das richtige Arzneimittel gefunden zu haben, dann wird im Allgemeinen nach sechswöchiger, ausschließlich homöopathischer Behandlung der antidepressive Effekt ähnlich sein wie nach 6 Wochen ausschließlich allopathischer Behandlung. (Das kann nur eine ungefähre Einschätzung sein, weil in meiner Praxis depressive Patienten, die nicht schon mit Antidepressiva vorbehandelt sind, deutlich in der Minderzahl sind).

In dieser Situation, in der die Arzneimittelwahl unsicher war, hätte für den Patienten ein Verzicht auf allopathische Medikation bedeutet, möglicherweise 2 Monate länger Depression „aushalten“ zu müssen als notwendig. Nachdem Depressionen potenziell lebensbedrohliche Erkrankungen sind, wird man in einer Situation, in der nicht rasch eine tief greifende Besserung der Depression unter homöopathischen Arzneimitteln gelingt, dem Patienten eine zusätzliche allopathische Antidepressionsbehandlung dringend nahelegen:

„Eine monatelang durchgeführte homöopathische Behandlung lang andauernder, depressiver Syndrome ohne zumindest das Angebot an den Patienten, eine zusätzliche antidepressive Therapie zu beginnen, ist ethisch kaum vertretbar. Gerade bei Depressionen, die für den Patienten außerordentlich quälend sind, ist die rein homöopathische Behandlung mitunter schwierig und langwierig“ ([4], S. 357 f.)

Es empfiehlt sich dabei, einschleichend zu dosieren, da so erfahrungsgemäß die Ne-

benwirkungen der Antidepressiva besser toleriert werden. Gleichzeitig kann man sich die sedierende und schlafanstoßende „Nebenwirkung“ mancher Antidepressiva zunutze machen und auf diese Art Tranquilizer einsparen.

**Verschreibung.** Arbeitsunfähigkeit für 14 Tage, 7,5 mg Mirtazapin – nach Verträglichkeit auf 15 mg/Tag zu steigern.

Mirtazapin ist ein noradrenerg/spezifisch serotonerges Antidepressivum mit  $\alpha_2$ -Adrenozeptor-antagonistischer Wirkung, das deutlich sedierend und insbesondere in niedrigen Dosierungen (7,5 mg) auch schlafanstoßend wirkt.

### Telefonat vom 02.05.2012

#### Medikation:

- Mirtazapin 7,5 mg abends – wird vom Patienten nur sporadisch eingenommen
- *Nux vomica* Q1 Tropfen, 6× täglich 1–2 Tropfen
- zusätzlich *Nux vomica* C50000 am 28.04.2012

„Von der 50000 habe ich jetzt keinen besonderen Effekt bemerkt. Es ist mehr ein ständiges Auf und Ab. Abends geht es oft einigermaßen. Aber morgens, wenn ich in die Arbeit soll, dann denke ich, wie soll ich nur diesen Tag überstehen. Ich fühle mich völlig überfordert. Ich komme überhaupt nicht mehr zur Ruhe, auch zu Hause muss ich ständig am Computer schauen, ob wieder irgendwelche E-Mails aus der Arbeit kommen, das ist schon fast zwanghaft. Es holen mich jetzt auch viele Sachen ein, die ich schon seit Jahren habe schleifen lassen. Meine Ablagen sind völlig desorganisiert. Es gab Dienstanweisungen, deren Umsetzung ich an Mitarbeiter delegiert habe, ich habe das nicht immer bis ins Letzte kontrolliert. In der Dokumentation gibt es Lücken – und jetzt fühle ich mich von all dem wie von einer Lawine überrollt. Vor ein paar Tagen ist es mir dann so richtig klar geworden, dass ich einfach wirklich krank bin. Ich würde mich am liebsten in einer Nusschale verkriechen und niemanden mehr sehen. Ich habe richtig Angst, unter Leute zu gehen. Ich glaube, ich habe den völlig falschen Beruf, ich war eigentlich nur einmal richtig glücklich in dem Beruf – als ich für meine Doktorarbeit in meinem kleinen Labor so in aller Ruhe meine Experimente machen konnte. Ich bin eigentlich ein Wissenschaftler, mit den ständigen Patientenkontakten fühle ich mich völlig überfordert, und jeder will etwas anderes. Ich hatte früher auch schon mal gekündigt, weil ich mit den Patienten nicht zurechtgekommen bin. Und jetzt habe ich hier eine leitende Funktion und soll alles

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.





Abb. 3 Repertorisation Suizidneigung (Rubrik: Gemüt – Suizidneigung; Neigung zum Selbstmord – stürzt sich [17]).

managen und dabei habe ich das Gefühl, von dem ganzen Fachgebiet keine Ahnung zu haben.“

Auf Nachfragen:

„Nein, Selbstmordgedanken habe ich nicht, naja manchmal kommen schon so Fantasien, wir haben hier einen hohen Turm, der ist stadtbekannt, da stelle ich mir schon manchmal vor, wie das wäre, kurz über das Geländer – und alles ist vorbei. Aber das würde ich natürlich nie machen. Schon wegen meiner Familie. Vor über 20 Jahren, da hatte ich schon mal so eine Phase, da hatte ich mir das schon ernsthaft überlegt ...“

**Exkurs.** E. Ringel hat das präsuizidale Syndrom beschrieben [13, 14], eine Abfolge von sozialer Rückzugsneigung, passiven Todeswünschen, vagen Suizidgedanken, konkreten Suizidgedanken, Suizidvorbereitungen, Suizidimpulsen bis hin zum Suizidversuch markiert jeweils die steigende Akuität einer Suizidgefahr. Bei depressiven Patienten muss Suizidalität immer schon in der ersten Konsultation geklärt und die Klärung dokumentiert werden! Hemmungen, das Thema offen anzusprechen, sind verfehlt; vielmehr fühlen sich die meisten Patienten im Ausmaß ihrer inneren Not verstanden, wenn die Frage nach Suizidgedanken oder Suizidversuchen in der Vergangenheit gestellt wird.

**Beurteilung**

Seit 14 Tagen außer kurzfristigen Stimmungsaufhellungen, die jedoch immer wieder von depressiven Einbrüchen gefolgt waren, keine deutliche Besserung des agitiert depressiv-suizidalen Syndroms. Ich hatte dem Patienten bereits wiederholt ein beruhigend wirkendes Antidepressivum (Mirtazapin) ergänzend zur homöopathischen Behandlung angeboten, was dieser aber bisher nur sporadisch eingenommen hatte. In dem Gespräch jetzt

beschreibt der Patient auch eine erste Phase der depressiven Erkrankung vor über 20 Jahren. In der Zwischenzeit erlebte der Patient ein viele Jahre andauerndes gesundes Intervall. Damit entspricht sowohl die aktuelle Symptomatik als auch der typische phasenhafte Verlauf der Diagnose einer mittelschweren bis schweren rezidivierenden depressiven Störung, ohne psychotische Symptome (F33.2 nach ICD-10).

Nachdem die Symptomatik, von den akuten konkreten Suizidgedanken abgesehen, weitgehend der Symptomatik der depressiven Erkrankung von vor 20 Jahren entspricht, darf man davon ausgehen, dass es sich um dieselbe Erkrankung handelt, die auch nach demselben Arzneimittel verlangt. In derartigen Fällen habe ich sehr gute Erfahrungen damit gemacht, die Symptomatik des „Vollbildes“ zur Arzneimittelfindung heranzuziehen, auch wenn einzelne Symptome des „Vollbildes“ in der gegenwärtigen Phase (noch) nicht vorhanden sind.

Das wichtigste Mittel für Suizidgedanken durch Sturz aus großer Höhe ist *Aurum metallicum* (●● Abb. 3). Klinischer Hinweis: Bei Gedanken, sich vor einen Zug zu werfen oder mit dem Auto gegen einen Baum zu fahren, kann nach meiner Erfahrung ebenfalls diese Rubrik herangezogen werden.

Damit rückt *Aurum* in der Repertorisation an die erste Stelle (●● Abb. 4).

In der Materia medica und den Arzneimittellehren finden sich folgende Hinweise [7]:

- „Sieht alles schwarz, weint, betet und meint, sie taue nicht für diese Welt, sehnt sich nach dem Tod.“ [CK5]
- „Große Neigung Selbstmord zu begehen; verzweifelt, möchte von einer Höhe hinabspringen. Bildet sich ein, er sei nachlässig und verdiene deshalb Vorwürfe.“ [CK7]

- „Bildet sich ein, ihm würde nichts gelingen und er mache alles falsch; er ist in Zwietracht mit sich selbst.“ [CK18–20]
- „Bildet sich ein, überall Hindernisse auf seinem Weg zu sehen, was teilweise durch ein feindliches Schicksal bewirkt und teilweise von ihm selbst verschuldet ist; dies macht ihn verzagt.“ [CK4]
- „Er bildet sich ein, die Zuneigung seiner Freunde verloren zu haben; dies macht ihn traurig, sogar bis zu Tränen“ [CK3]. Dieses Symptom findet sich häufig bei *Aurum*-Zuständen als Vorstellung, das in ihn gesetzte Vertrauen enttäuscht zu haben. So macht sich ja auch dieser Patient schwere Vorwürfe, Anordnungen seiner Vorgesetzten nicht gut umgesetzt zu haben.
- „Schwermut, neigt zum Weinen; bildet sich ein, für diese Welt untauglich zu sein (CK5+) und daß er niemals Erfolg haben könne.“ [8]
- „... denn Aurum-Patienten sind in der Regel ernsthafte, klar denkende, verantwortungsbewusste und intelligente Menschen. Doch gerade die Eigenschaften, die wir gerade herausgearbeitet haben – Ernsthaftigkeit, Ehrgeiz, strenge Selbstdisziplin, Fleiß – scheinen ihnen die Möglichkeit zu nehmen, das Leben auch einmal von der unbeschwerteren, heiteren Seite zu sehen. Sie sagen oft (oder vermitteln zumindest den Eindruck), dass ihr ganzes Leben von einem gewissen Ernst mit einer Spur von Traurigkeit durchdrungen ist. ... Wenn sich die Pathologie weiterentwickelt, werden sie sich zunehmend Selbstvorwürfe machen, an sich und allem, was sie tun, herunkritisieren und schließlich von dem Gefühl beherrscht sein, wertlos zu sein, unfähig, irgendetwas zustande zu bringen.“ [23]

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

	aur.	nux-v.	sil.	aur-m-n.	stram.	sulph.	ars.
1. Schlaf - Erwachen - nachts - Mitternacht - nach - 4 h	1	2	1	1	1	2	1
2. Gemüt - Gedanken - hartnäckig	3	2	2	2	2	2	2
3. Gemüt - Sorgen; voller - Geschäfte, um seine	1	1	-	-	-	-	-
4. Gemüt - Selbstvertrauen - Mangel an Selbstvertrauen	2	2	3	2	1	1	1
5. Gemüt - Suizidneigung; Neigung zum Selbstmord - stürzt sich - Tiefe, in die	4	2	1	1	2	1	1

Abb. 4 Repertorisationsergebnis [17].

**Verordnung am 02.05.2012**

- *Aurum metallicum* C200 und, sobald verfügbar, *Aurum metallicum* Q1, 6–8 × täglich 2–3 Tropfen, 5 × kräftig schütteln vor jeder Einnahme.
- Mirtazapin 7,5 mg zur Nacht, nach Verträglichkeit Dosis zügig auf 30 mg steigern. (Mirtazapin ist ein Antidepressivum mit insbesondere zu Beginn der Einnahme stark sedierender „Nebenwirkung“, es eignet sich daher besonders zur Behandlung von Depressionen mit Schlafstörungen oder agitiert depressiven Syndromen.)
- Krankschreibung für 4 Wochen.
- Bei drängenden Suizidgedanken oder quälender Unruhe zusätzlich 0,5–1 mg Lorazepam.
- Tägliche telefonische Wiedervorstellung.

**Kommentar.** Natürlich hätte ich den Patienten gerne weiter ausschließlich homöopathisch behandelt. Wenn ich den Patienten in einem zweitägigen Rhythmus hätte einbestellen können oder mir eine homöopathische Klinik zur Verfügung gestanden hätte, dann wäre das vermutlich auch möglich gewesen. Unter den vorliegenden erschwerten Bedingungen mussten alle zur Verfügung stehenden Mittel eingesetzt werden, um eine möglichst rasche Besserung des Zustands zu erreichen, ehe man eine weitere Verschlechterung riskiert, die dann ohnehin zwingend die Einweisung in eine psychiatrische Klinik erfordert hätte, mit der Folge der entsprechenden allopathischen Behandlung.

**Weiterer Verlauf**

Der Patient hatte innerhalb weniger Tage Mirtazapin auf 30 mg gesteigert, in den folgenden 3 Wochen kam es unter Mirta-

zapin, *Aurum* C200 (Einzeldosis) und ab 02.05.2012 *Aurum* Q1 (6–8 × täglich) zu einer deutlichen Beruhigung des agitierten Syndroms. Lorazepam musste nur sporadisch eingesetzt werden.

Anfang Mai *Aurum* C1000 (Einzeldosis), weiterhin Behandlung mit *Aurum* Q-Potenzen (wie oben, jeweils alle 14 Tage auf die nächsthöhere Potenz wechseln).

Im Zusammenhang mit der Einnahme von *Aurum* C1000 sei ein ihn belastendes „benebeltes“ Gefühl verschwunden, er sei wieder deutlich selbstsicherer geworden. Die gedrückte Stimmung hatte sich deutlich aufgehellt.

Mitte Juni konnte der Patient wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren. Noch 14 Tage vorher (vor *Aurum* C1000) hatte der Patient sich das nicht vorstellen können. Jetzt zeigte er sich allen beruflichen Anforderungen gut gewachsen, er sei sich aber bewusst, „dass das Eis noch dünn sei“.

**Verordnung am 16.06.2012**

- *Aurum metallicum* C1000 (Einzeldosis), alle 4 Wochen wiederholen.
- Weiterhin *Aurum* Q-Potenzen, 4–6 × täglich 2–3 Tropfen, alle 14 Tage auf die nächsthöhere Potenz wechseln.
- Mirtazapin 30 mg täglich.

**Telefonat vom 20.07.2012**

Seit einigen Wochen merke er eigentlich keine Symptome der Depression mehr, er stelle auch fest, dass er mitunter „vergesse“, Mirtazapin abends einzunehmen.

Am 21.06.2012 habe er einen leichten Rückfall gehabt, er habe sich wieder schwermütig gefühlt, ein Druckgefühl am Solarplexus empfunden („Sie meint, eine seelische Depression in der Brust zu

spüren“ [8]). Beides sei innerhalb weniger Stunden nach Einnahme von *Aurum* C10000 vergangen. Nach der Einnahme habe er wieder einen deutlichen Kopfschmerz verspürt, wie auch schon das erste Mal nach der Einnahme von *Aurum* C1000.

**Verordnung.** *Aurum* C1000 bei Auftreten von Depressionssymptomen, sollte innerhalb von 24 Stunden nach Einnahme von *Aurum* C1000 kein Kopfschmerz als Hinweis auf eine Reaktion auf *Aurum* C1000 auftreten, dann gleich Einnahme von *Aurum* C10000. Weiterhin *Aurum* Q-Potenzen wie oben.

Schrittweise Mirtazapinreduktion, zunächst beginnend mit alternierender Einnahme von jeweils einen Tag 30 mg Mirtazapin und einen Tag 15 mg Mirtazapin.

**Kommentar.** Eine „leitliniengerechte“ psychiatrische Behandlung hätte eine Weiterführung der Mirtazapinbehandlung mit 30 mg mindestens noch für ein weiteres halbes Jahr erfordert. Nachdem ich mir anhand der klaren Reaktionen des Patienten auf die *Aurum*-Hochpotenzgabe sicher bin, dass der Patient gut auf *Aurum* anspricht, ist eine, vom Patienten so auch gewünschte, sehr frühzeitige Reduktion von Mirtazapin verantwortbar.

Seit September 2012 hat der Patient Mirtazapin ganz abgesetzt. Er nimmt weiterhin *Aurum* Q-Potenzen täglich, zuletzt hatte er am 21.06.2012 *Aurum* C1000 eingenommen. Der Patient fühlt sich völlig gesund, belastbar und steht wieder voll im Berufsleben. Bei vorausgegangenen depressiven Episoden hatte es jeweils nahezu 1 Jahr gedauert, bis der Patient sich wieder völlig belastbar gefühlt hatte.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

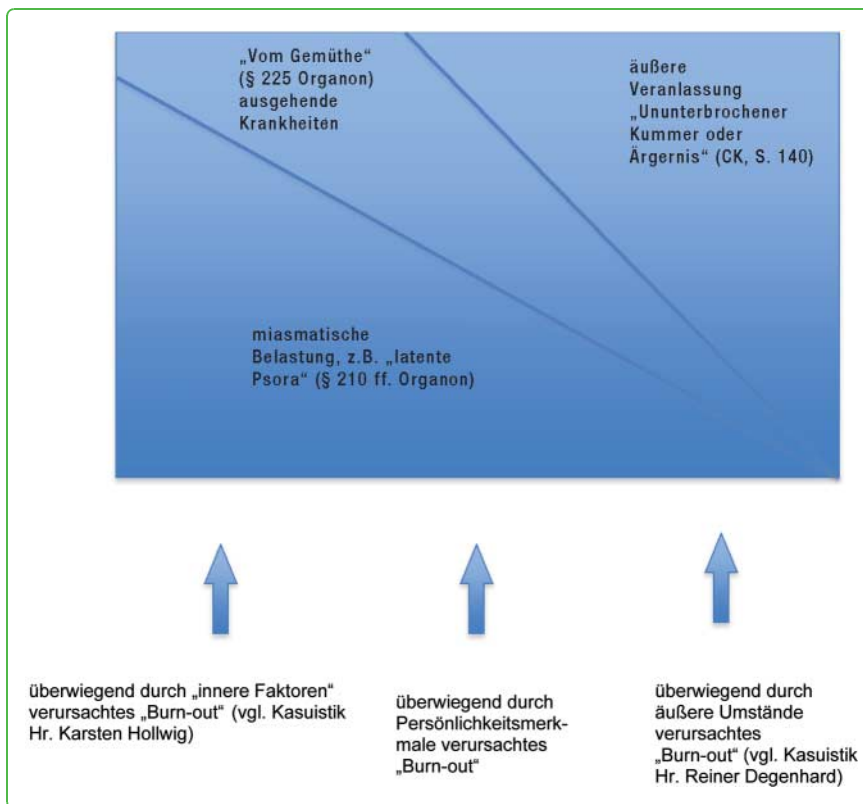


Abb. 5 Verursachende Faktoren.

## Burn-out: Krankheit oder Überforderung?

Bei beiden Patienten, die ich geschildert habe, war eindeutig eine schwere psychiatrische Erkrankung zu diagnostizieren.

### Hahnemanns Standpunkt

Hahnemann positioniert sich in dieser Frage sehr klar. Zur Erinnerung:

„Dieser Art (nämlich ein Ausdruck der Psora, Anm. d. Autors) sind die sogenannten Gemüths- und Geistes-Krankheiten. Sie machen jedoch keine von den übrigen scharf getrennte Classe von Krankheiten aus, indem auch in jeder der übrigen sogenannten Körperkrankheiten, die Gemüths- und Geistes-Verfassung allemal geändert ist.“ (§210 Organon [6])

Geistes- und Gemüthskrankheiten sind für Hahnemann also ganz überwiegend als körperliche Erkrankungen zu sehen. Damit nimmt er das Konzept der „endogenen Psychosen“ vorweg, wie es 200 Jahre später beispielsweise von Kurt Schneider formuliert wurde:

„Der Krankheitsbegriff ist für uns gerade in der Psychiatrie ein streng medizinischer. Krankheit selbst gibt es nur im Leiblichen und „krank-

haft“ heißen wir seelisch Abnormes dann, wenn es auf krankhafte Organprozesse zurückzuführen ist.“ ([15], S. 4).

Dagegen scheint für den notorischen Vielarbeiter Hahnemann so etwas wie Überforderung als Krankheitsursache kaum vorstellbar zu sein:

„Übermäßige Strapazen, Arbeiten in Sümpfen, große Beschädigungen und Verwundungen des Körpers, Übermaß von Kälte oder Hitze und selbst der unbefriedigte Hunger der Armuth und ihre ungesunden Nahrungsmittel u.s.w. vermögen bei weitem nicht so sehr das im Hinterhalte der Verborgenheit lauernde, fürchterliche Siechthum der Psora zum Ausbruche bedeutender chronischen Krankheiten zu bringen, folglich auch weniger die schon vorhandne, chronische Krankheit zu verschlimmern; ja mit weit weniger Beeinträchtigung der Gesundheit kann der unschuldige Mensch 10 Jahre in der Bastille oder auf der Galeere körperlich qualvoll verleben, als etliche Monate, bei aller körperlichen Bequemlichkeit, in einer unglücklichen Ehe oder mit einem nagenden Gewissen. Im Innern bis dahin schlummernde Psora, die dem Günstling des Fürsten den Schein fast blühender Gesundheit verstattete, entfaltet sich schnell zu einem chronischen Leiden des Körpers oder verstimmt seine Geistes-Organen zum Wahnsinn, wenn er, durch Glücks-Wechsel von seiner glänzenden Höhe ge-

stürzt, nun der Verachtung und der Dürftigkeit unterliegt. ... Doch die häufigste Aufregung der schlummernden Psora zu chronischer Krankheit, so wie die häufigste Verschlimmerung schon vorhandner chronischer Übel im Menschen-Leben entsteht von Gram und Verdruß.“ ([7], S. 139f., vgl. auch §225 Organon).

Etliche Jahre auf der Galeere sind also, wie Hahnemann sicher etwas zugespitzt formuliert, bei Weitem nicht so gesundheitsschädlich, wie „eine unglückliche Ehe“, ein „nagendes Gewissen“ oder wie wir heute sagen würden, psychische Konflikte.

### Verdachtsdiagnose Burn-out

Die Fallgeschichte von Herrn Degenhard ist ein anschauliches Beispiel, wie eine tiefe Kränkung zum Auslöser einer schweren psychiatrischen Erkrankung geworden ist. Dagegen scheint im Fall von Herrn Hollwig die zugrundeliegende psychiatrische Erkrankung die wesentliche Ursache seines Leidens zu sein.

Aus heutiger Sicht stellt sich Burn-out also immer als ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren dar. Sicher sehe ich in meiner Praxis mit psychiatrisch-homöopathischem Schwerpunkt überwiegend die schwerer betroffenen Patienten.

### Faktoren, die zur Entstehung von Burn-out beitragen

Bei den Patienten in meiner Praxis, die sich mit der Verdachtsdiagnose Burn-out vorstellen, liegen ganz überwiegend mittelschwere bis schwere depressive Störungen vor, nicht selten lassen sich anamnestic schon vorausgegangene Episoden eruieren, wie bei Herrn Hollwig. Bei diesen Patienten kann man also nicht im Sinne einer monokausalen Determiniertheit davon sprechen, dass die Arbeit sie krank gemacht hätte. Es gibt sicher gute Gründe, zu vermuten, dass bei beiden Patienten eine Disposition vorlag.

Jedoch spielten nicht nur latent vorhandene psychiatrische Erkrankungen – Hahnemann würde von der latenten Psora sprechen – eine Rolle. Es herrscht weitgehende Übereinstimmung, dass auch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale wie „Ehrgeiz“, „starkes Bedürfnis nach Anerkennung“, „Selbstüberschätzung“ ([9], S. 784) als „Risikofaktoren“ für die Entwicklung eines Burn-out anzusehen sind.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Als dritter wichtiger Faktor sind sicher die äußeren Bedingungen heutiger Arbeitsverhältnisse zu nennen. Hoher Zeitdruck, Erwartung, ständige Erreichbarkeit und Verfügbarkeit, mangelndes Selbsteffizienzerleben (wie es ein Patient von mir formulierte: „Shareholder Value heißt: Es geht der Bank gut, also werden Leute entlassen, es geht der Bank schlecht, also werden Leute entlassen“) sind Stressoren, die Menschen schnell an die Grenzen ihrer Kompensationsfähigkeiten bringen.

Die Zusammenhänge seien in ●● Abb. 5 noch einmal zusammenfassend veranschaulicht.

**Diagnostik.** Im Sinne psychiatrischer Diagnostik werden bei Burn-out überwiegend

- entweder mittelschwere bis schwere depressive Störungen (F32, F33 nach ICD-10) zu diagnostizieren sein und/oder
- Persönlichkeitsstörungen (F60 nach ICD-10) und/oder
- Anpassungsstörungen (F43 nach ICD-10).

●● Was diese Diagnosen unter dem „begrifflichen Dach“ des Burn-out vereint, ist, dass entweder vom Patienten oder vom Untersucher ein starker Zusammenhang vom Auftreten der Störung zu besonderen Arbeitsplatzbedingungen gesehen wird. Arbeitsverhältnisse, bei denen, wie im Editorial von mir schon angesprochen, Menschen nur noch als „Produktionsmittel“ unter „Verwertungsgesichtspunkten“ als „Human Resources“ gesehen werden, sind allerdings aus meiner Sicht sehr geeignet, auch bei „robusten“ Menschen schwere psychische Störungen auszulösen, mithin den Auslösepunkt psychischer Erkrankung im Sinne der obigen Grafik weit nach rechts zu verschieben.

Online zu finden unter:

<http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1357619>

## ●● Literatur

[1] **Benkert O, Hippus H, Hrsg.** Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 9. Aufl. Berlin: Springer; 2013

[2] **Dilling H, Mombour W, Schmidt MH.** Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 6. Aufl. Bern: Huber; 2008

[3] **Gerke S, Hock N.** Psychiatrie und Psychologie. In: Geißler J, Quak T, Hrsg. Leitfaden Homöopathie. 2. Aufl. München: Elsevier; 2009: 349–370

[4] **Gerke S.** „Burnout“ – in aller Munde. Homöopathie Konkret 2013; 1: 27–45

[5] **Hahnemann S.** Organon der Heilkunst: Textkritische Ausgabe der 6. Aufl. Bearb. u. hrsg. von J.M. Schmidt. Heidelberg: Haug; 1992

[6] **Hahnemann S.** Die chronischen Krankheiten: Theoretische Grundlagen. Bearbeitet von M. Wischner. Einführung von W. Klunker. 3. Aufl. Stuttgart: Haug; 2006

[7] **Hering C.** Leitsymptome unserer Materia Medica: Aurum metallicum (Radar: Encyclopaedia Homeopathica)

[8] **Kaschka WP, Korczak D, Broich K.** Burn-out – a fashionable diagnosis. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(46): 781–787. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0781

[9] **Kent JT.** Homöopathische Arzneimittelbilder. Übers. von R. Wilbrand. Stuttgart: Haug; 2001

[10] **Laux G.** Affektive Störungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP. Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 2: Spezielle Psychiatrie. 4. Aufl. Berlin: Springer; 2011:S. 363–370

[11] **Laux G.** Depressive Störungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP. Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 2: Spezielle Psychiatrie. 4. Aufl. Berlin: Springer; 2011; 371–460

[12] **Ringel E.** Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften Entwicklung. Wien: Maudrich; 1953

[13] **Ringel E, Hrsg.** Selbstmordverhütung. Bern: Huber; 1969

[14] **Schneider K.** Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Thieme; 1987

[15] **Schroyens F.** Synthesis: Repertorium homoeopathicum syntheticum. TE 2009. Greifenberg: Hahnemann Institut 2009

[16] **Schroyens F, Hrsg.** Radar. Synthesis 10.5.003 Gent: Archibel

[17] **Schuricht U.** Die Weiterentwicklung von Potenzierung und Gabenwiederholung in Hahnemanns Spätwerk – ein Blick auf die Quellen. ZKH 2005; 49: 54–64

[18] **von Seherr-Thohs E.** Nierenkarzinom mit multiplen Knochen- und einer Lungenmetastase. Homöopathie Konkret 2008; 3: 31 ff.

[19] **von Seherr-Thohs E.C.M.** Bogers General Analysis bei akuten und chronischen Fällen in der täglichen Praxis – Teil 1. Homöopathie Konkret 2012; 2: 45 ff.

[20] **Vithoulkas G.** Essenzen homöopathischer Arzneimittel. Kissing: Faust; 1986: 137

[21] **Vithoulkas G.** Die Wissenschaftliche Homöopathie. Göttingen: Burgdorf; 1993: 236

[22] **Vithoulkas G.** Materia Medica Viva. Aurum (Radar: Encyclopaedia Homeopathica)



### Dr. med. Stephan Gerke

Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Homöopathie  
Killerstr. 2, 82166 Gräfelfing  
Website: [www.dr-med-gerke.de](http://www.dr-med-gerke.de)  
E-Mail: [info@dr-med-gerke.de](mailto:info@dr-med-gerke.de)

Studium der Medizin und Philosophie an der LMU München. Anerkennung zum Facharzt für Psychiatrie, Zusatztitel Psychotherapie, Homöopathie (1996), Promotion ebenfalls 1996. Homöopathische Ausbildung als Assistent des Institutsleiters am August-Weihe-Institut für klassische Homöopathie in Detmold. 4-jährige Weiterbildung und Erwerb des Diploms der internationalen Akademie für klassische Homöopathie (Prof. Vithoulkas). Erwerb des Diploms des DZVhÄ. Regelmäßige Teilnahme an den Supervisionsseminaren von Dr. W. Springer. Abschluss einer Ausbildung zum Supervisor für Verhaltenstherapie. Niederlassung in eigener Praxis für Psychiatrie, Psychotherapie und Homöopathie (1996). Mitbegründung des Homöopathisch-Therapeutischen Praxiszentrums in München (1998). Mitautor des „Leitfaden Homöopathie“ (hrsg. von Geißler und Quak), regelmäßige Publikationen in der „Homöopathie Konkret“. Regelmäßige Dozententätigkeit für den DZVhÄ.