

„Burnout“ – in aller Munde

Laut einer Umfrage von TNS Emnid aus dem Jahr 2010 fühlen sich 12,3 % aller Beschäftigten in ihrem Job überfordert.¹ Seit 2004 ist die Zahl der betrieblichen Fehltag wegen „Burnout“ um 1400 % gestiegen.² Professor Helmut Schröder vom wissenschaftlichen Dienst der AOK benennt Ursachen: Ständige Erreichbarkeit, häufige Überstunden, Arbeit mit nach Hause nehmen, Sonn- und Feiertagsarbeit, wechselnde Arbeitsorte, lange Anfahrten zum Arbeitsplatz.³ Doch was ist eigentlich „Burnout“?⁴

Ursprünglich war der Begriff in den 1970er Jahren von Herbert J. Freundberger⁵ und Ginsburg⁶ geprägt worden. Bäuerle formuliert eine sehr treffende Beschreibung des Phänomens, die aus Erfahrungen in der Supervision bei Sozialpädagogen und Sozialarbeitern resultierte. Sie beobachtete „die Reduktion psychischer Belastbarkeit schon im mittleren Berufsalter; die Entstehung von Resignation und Ressentiment als Folge menschlicher Überforderung; die Bildung einer autoritären Charakterstruktur und die Neigung zu repressivem Verhalten als Folge beruflicher Enttäuschungen; den inneren Rückzug von allen Menschen und menschlichen Problemen als Schutzmaßnahme jener, die – ohne eigene Hilfe zu erfahren – ein Berufsleben lang mit schwierigen Persönlichkeiten in hoffnungslosen Situationen gesellschaftskonforme Lösungen finden müssen.“⁷

Mittlerweile hat der Begriff, wie Faber feststellt, einen bemerkenswerten Bedeutungswandel erfahren:

„Das Burnout von heute stammt überwiegend von dem Druck, die eskalierenden Ansprüche anderer zu erfüllen oder von der intensiven Konkurrenz, besser als andere in derselben

¹ Zitiert nach Kaschka WP, Korczak D, Broich K: *Burnout - a fashionable diagnosis*, Dtsch Arztebl Int 2011; 108(46): 781–7.

DOI: 10.3238/arztebl.2011.0781. (<http://www.aerzteblatt.de/archiv/113220/Modediagnose-Burnout?src=search>)

² <http://www.aerzteblatt.de/archiv/127533/Psychische-Erkrankungen-Burn-Out-und-Arbeitsunfaehigkeit-Immer-haeufiger-ueberfordert?src=search>

³ Helmut Schröder: Fehlzeitenreport, AOK Studie 2012
<http://www.wido.de/meldungakt+M5952b78c2ab.html>

⁴ Ich beziehe mich im Folgenden stark auf eine sehr gute Übersichtsarbeit von Kaschka et al. im deutschen Ärzteblatt: Kaschka WP, Korczak D, Broich K: *Burnout - a fashionable diagnosis*, Dtsch Arztebl Int 2011; 108(46): 781–7.
DOI: 10.3238/arztebl.2011.0781

⁵ Freudenberg H: Staff burn-out, *Journal of Social Issues* 1974; 30: 159–65.

⁶ Burisch M: *Das Burnout-Syndrom*, 4th edition Heidelberg, Springer, 2010.

⁷ Bäuerle D: *Supervision in der Sozialpädagogik und Sozialarbeit*, Neues Beginnen 1969; 21 ff.

Organisation oder Firma zu sein oder dem Antrieb, immer mehr Geld zu machen oder von dem Gefühl, es werde einem etwas vorenthalten, was man offensichtlich verdient.“⁸

Aus meiner Sicht ist der Faktor „intensive Konkurrenz“ besonders zu unterstreichen. Unter dem Druck von quartalsweise vorzulegenden Firmenbilanzen hat sich offenbar in vielen größeren Firmen ein dramatischer Wandel des Arbeitsklimas, weg von einem kooperativen Miteinander, hin zu einer möglichst profilierten Darstellung von Einzelleistungen vollzogen. Wo früher mit den Kollegen zusammengearbeitet wurde, muss jetzt in den Existenzkampf um die stets von Rationalisierungsmaßnahmen bedrohten knappen Arbeitsplätze gezogen werden. Ganze Abteilungen werden geschlossen und im sogenannten „Cherry picking“ bekommen nur die Besten eine Chance auf Weiterbeschäftigung, meist zu schlechteren Bedingungen (wie mir beispielsweise einer meiner Patienten berichtete, der bei Nokia-Siemens in München gearbeitet hat).

Einer meiner Patienten, der in einer Bank beschäftigt ist, brachte es auf den Punkt: „„Shareholder-value“ heißt, egal wie gut es der Bank geht, es müssen Leute entlassen werden.“ Eine leichte Abwandlung des Zitates dürfte die gefühlte Realität vieler Arbeitnehmer beschreiben: Globalisierung heißt, egal wie gut es der Firma geht, es müssen Leute entlassen werden.

Diagnosekriterien und Definition

Eine verbindliche (von der WHO oder einer nationalen psychiatrischen Gesellschaft) etablierte Definition existiert nicht. Das ICD 10 stellt lediglich den Code Z 73.0 „Erschöpfungssyndrom (Burnout-Syndrom)“ ohne nähere Bestimmung zur Verfügung.

„Bis heute ist Burnout nicht einheitlich definiert. Es existieren lediglich ein Dutzend unspezifischer Tests und die dürre Erkenntnis, dass die Betroffenen irgendwie unter emotionaler Erschöpfung, dem Gefühl der Leblosgkeit und verminderter Leistungsfähigkeit leiden“, wie H. Albrecht feststellt.⁹

Auch die Untersuchung biologischer Parameter, wie etwa Cortisoltagesprofil im Sputum, Noradrenalin und Serotoninbestimmung im Urin oder eine Untersuchung der Herzratenvariabilität, wie von Hellhammer¹⁰ und Wolf¹¹ angeregt, hat daran bisher noch nichts Wesentliches geändert.

Das wird wohl auch so bleiben, denn auch wenn der Begriff sehr international klingt, verstanden wird er nur im deutschsprachigen Raum. David Kupfer, der maßgeblich die US-amerikanischen Diagnosekriterien (DSM V) mitgestaltet, meint, der Begriff habe „no global future“. ¹² Allerdings hat sich eine „Task force“ deutscher Professoren, unter anderem M.

⁸ Farber BA: Introduction: Understanding and treating burnout in a changing culture, *Journal of Clinical Psychology* 2000; 56:589–94.

⁹ Albrecht H.: Burnout, *Die Zeit* 5.12.2011 <http://www.zeit.de/2011/49/M-Burnout>

¹⁰ Hellhammer D: Neuropattern: A new translational tool to detect and treat stress pathology. I.strategicalconsideration, *Stress* 2011 (Epub ahead of print) zit. n. *Dtsch Ärzteblatt* 4.5.2012 /18 S. 340)

¹¹ Wolf A.S : Burnout-Syndrom: es kann jeden treffen: *Gynäkologie und Geburtshilfe* 2011, 16: 2- 4 (zit. n. *Dtsch Ärzteblatt* 4.5.2012 /18 S. 340)

¹² Harro Albrecht H., *Die Zeit*, 1.12.2011 Nr. 49

Berger von der Universität Freiburg zusammengesetzt, die daran gehen, ein Positionspapier zu erarbeiten.

Das Gesundheitsministerium hat reagiert und eine sehr umfangreiche Studie anhand der Veröffentlichten medizinischen Fachliteratur erstellen lassen. Es wurden mehr als 835 Publikationen gesichtet. Die Studie ist im Internet zum Download hinterlegt.¹³

Die Geschichten, die die Patienten erzählen, klingen immer wieder ähnlich: Oft sind es hochmotivierte und hochqualifizierte Menschen, die „vorübergehend“ alle Kräfte mobilisieren müssen, um ein bestimmtes berufliches Ziel zu erreichen. Der Druck steigt, durch (mehr oder weniger) unvorhergesehene Umstände muss die Anstrengung noch einmal vermehrt werden, bis schließlich das ganze Leben nur noch von dem Thema „Arbeit“ beherrscht wird.

Früher oder später werden nahezu alle Kriterien von „Sucht“ erfüllt:

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, sich mit „Arbeit“ auseinanderzusetzen.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung oder der insgesamt aufgewandten Zeit für „Arbeit“.
- Symptombildung bei abruptem Aussetzen der Arbeitsbelastung (Leeregefühl, Gefühl von Sinnlosigkeit, soziale Rückzugsneigung etc.).
- Geringer werdende Effizienz am Arbeitsplatz (man braucht immer mehr Zeit, um immer weniger Aufgaben noch bewältigen zu können).
- Fortschreitende Vernachlässigung von Freizeitinteressen oder sozialen Beziehungen außerhalb der Arbeit.
- Weiteres exzessives Arbeiten trotz der Einsicht, körperlich, psychisch und sozial zunehmend gefährdet zu sein.

(Kriterien des Abhängigkeitssyndromes nach ICD 10,¹⁴ modifiziert durch den Autor.)

Zunehmend kommt es zu psychischen Symptomen:

- Ständiges Denken an die Arbeit (Grübelneigung),
- Schlafstörungen,
- vermehrte Reizbarkeit, geringere Belastbarkeit,
- Gefühl inneren Getriebenseins,
- Herzklopfen,
- Schweißausbrüche,
- plötzliche Schwäche- oder Schwindelzustände,
- Freudlosigkeit,
- ständiges Gefühl von Übermüdung und Erschöpfung,
- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen,
- Antriebshemmung („ich kann nicht mehr“).

Im am weitesten verbreiteten Test für Burnout, dem Maslach Burnout Inventar¹⁵ werden Faktoren wie „Erschöpfung am Arbeitsplatz“, „Depression“, „Zynismus“, „mangelnde Leistungsfähigkeit- bzw. Bereitschaft“ ermittelt.

¹³ https://www.dimdi.de/static/de/hta/aktuelles/news_0297.htm_319159486.htm

¹⁴ Dilling H. et al.: ICD 10, Kapitel V, Huber 2008 S. 99

Sind das alles nur Folgen von zu viel Stress am Arbeitsplatz?

Sicher spielen die modernen Arbeitsbedingungen wie von Schröder oben benannt eine Rolle.¹⁶ Und sicher ist eine der großen Gefahren der ganzen Diskussion, dass politisch zu verantwortende gesellschaftliche Missstände lediglich als gesundheitliches Problem einzelner abgehandelt werden, nach dem guten alten Motto: „Ein Gesunder hält's aus“. So unverzichtbar politische Aufmerksamkeit also auf der einen Seite sein mag, so ist konkrete Hilfe für den Einzelnen auf diesem Wege leider nicht zu erwarten. Hier hilft nur die Betrachtung des Einzelfalles weiter. Möglicherweise gibt es eben doch Persönlichkeitsmerkmale, die anfällig machen für „Burnout“.

Fischer¹⁷ nennt:

- Hohe (idealistische) Erwartungen an sich selbst, hoher Ehrgeiz, Perfektionismus,
- starkes Bedürfnis nach Anerkennung,
- es anderen immer recht machen wollen, dabei eigene Bedürfnisse unterdrücken,
- Gefühl unersetzbar zu sein, nicht delegieren zu können/wollen,
- Einsatz und Engagement bis hin zur Selbstüberschätzung und Überforderung,
- Arbeit als einzig sinngebende Beschäftigung, Arbeit als Ersatz für soziales Leben.

Bei kritischer Würdigung dieser „Persönlichkeitsvariablen“ fällt auf, dass viele dieser Eigenschaften durchaus soziokulturell mehr oder weniger erwünscht sind. Das Phänomen „Burnout“ ist also nicht nur die Kehrseite der Münze, auf die neoliberale Art mit „Humankapital“ umzugehen,¹⁸ sondern es wirft auch kritische Fragen im Hinblick auf ein kalvinistisch erfolgsorientiertes Wertesystem¹⁹ auf.

Dass es bisher keine klare Definition von Burnout gibt, dass offenbar auch von Seiten internationaler Gremien kein Bedarf gesehen wird, eine solche diagnostische Kategorie einzuführen, hat Gründe. Viele Patienten, die wegen „Burnout“ in die Praxis kommen, sind schlicht und ergreifend krank.

¹⁵ Maslach C, Jackson SE (1981): The measurement of experienced burnout, *Journal of Occupational Behaviour* 2: 99-113 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/pdf>)

Neubach B. Schmidt K-H.: Gütekriterien einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D) - Eine Replikationsstudie bei Altenpflegekräften, *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, A&O 2000 Vol 44 / No 3 S. 140-156

¹⁶ Auch Hugendick D. argumentiert in diesem Sinne (Hugendick D. „Burnout Nein, wir können nicht mehr“ *Zeit online* 5.10.2011 (<http://www.zeit.de/kultur/2011-10/burnout-zwischenruf>))

¹⁷ Fischer HJ: A psychoanalytic view of burnout, in: Farber BA (ed.): *Stress and burnout in the human service professions*, New York, Pergamon, 1983

¹⁸ <http://www.zeit.de/kultur/2011-10/burnout-zwischenruf/seite-1>

¹⁹ Vergl. Max Weber: *Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus*, Area Verlag Erfstadt 2007

Ahola et al.²⁰ kommen zu dem Ergebnis, dass viele Patienten mit „Burnout“, an einer klinischen Depressionen leiden. So sieht das offenbar auch Ulrich Haegerl, der Vorsitzende der Deutschen Depressionshilfe:

„Eine Vermengung von Stress, Burnout und Depression führt zu einer Verharmlosung der Depression ... Beiläufig raten Kollegen den Betroffenen, sie sollten einfach mal Urlaub machen.“

Wenn man eine Depression habe, sagt Haegerl, dann sei davon dringend abzuraten. Urlaub helfe depressiven Menschen genauso wenig wie viel Schlaf. Angebracht seien Psychotherapie oder Antidepressiva.²¹

Nach Auswertung von über 800 englisch- und deutschsprachigen Publikationen,²² die seit 2004 gesichtet worden waren, kommen Korczak, Kister und Huber zu dem Ergebnis: „Sowohl die psychischen und neurobiologischen Mechanismen, die den verschiedenen Symptomen zugrunde liegen, als auch die Zusammenhänge mit anderen Krankheitsbildern sind größtenteils ungeklärt.“²³

„Im Kern herrscht Einigkeit darüber, dass Burnout eine umfassende arbeitsbezogene Erschöpfung darstellt. Ebenso wird von dem überwiegenden Anteil der Wissenschaftler das Burnout-Syndrom ... akzeptiert, (als) ein Syndrom bestehend aus Erschöpfung, Depression, Zynismus und verringerter Leistungsbereitschaft bzw. -fähigkeit.“²⁴

Es ist also Aufgabe des Therapeuten, jeweils im Einzelfall mit den Patienten herauszuarbeiten, wo die Ursachen für sein Leiden liegen, ein „Störungsmodell“ zu formulieren und daraus ein Therapiekonzept zu entwickeln, um gemeinsam mit dem Patienten einen Weg aus seinem Leiden zu finden - womit man dann bei einem ganz klassischen Ansatz der „Selbstmanagementtherapie“ nach Kanfer²⁵ angekommen wäre. Ich will das anhand dreier Fallgeschichten verdeutlichen.

Fallbeispiele Burnout

„Vielleicht bin ich der falsche Mann für den Job“

v Fall: 49-jähriger Mann

Leitender Arzt, verheiratet, zwei Kinder.

²⁰ Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, et al.: The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Dis* 2005; 88: 55–62. [CrossRef MEDLINE](#)

²¹ Albrecht H. Burnout: *Die Zeit*: 1.12.2011 Nr. 49, <http://www.zeit.de/2011/49/M-Burnout/seite-2>

²² Korczak D, Kister C, Huber B: Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms, DIMDI, Köln 2010.

²³ Kaschka WP, Korczak D, Broich K: Burnout — a fashionable diagnosis, *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108(46): 784. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0781

²⁴ Korczak D, Kister C, Huber B: Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms, DIMDI, Köln 2010. S. 95

²⁵ Kanfer F. *Selbstmanagementtherapie, ein Lehrbuch für die klinische Praxis*, Springer 2011

Telefonat vom 18.4.2012:

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 selber gleich mal.“

„Seit einigen Wochen geht es mir wirklich ziemlich schlecht, die Arbeit wird mir einfach zu viel, ich habe das Gefühl, ich arbeite mich auf 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 dann endlich eingeschlafen bin, dann wache ich schon nach ein paar Stunden, lange vor dem Wecker, 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 Prüfungsvorbereitungen, ich bin mit dem Stoff einfach nicht mehr zurecht gekommen, konnte mich nicht mehr konzentrieren. Ich habe die Prüfungen dann um ein Semester verschoben, irgendwann ist es dann wieder gegangen.“

v Analyse und Repertorisation

Natürlich muss man solch einen Patienten normalerweise kurzfristig einbestellen - aber der Patient 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 rezidivierenden Störung ohne psychotische Symptome (F33.10 nach ICD 10)²⁶ zu stellen, also einer „echten Geistes- und Gemütskrankheit“ wie sie Hahnemann in seinen § 210 ff *Organon*²⁷ beschreibt.

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

²⁶ Dilling H, Mombour W., Schmidt M.H.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 6. Auflage 2008

²⁷ Hahnemann, Samuel 1992: *Organon der Heilkunst*, 6. Auflage, Heidelberg

§ 210 „...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...“

vergangenen Tages auf ihn ein. Schließlich zeigen sich die ersten Anzeichen geistiger Erschöpfung: ... Anwendungen 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.“²⁸

Auch der kürzeste Bericht enthält Symptome:

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

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

2 Ablage 2

1. Schlaf - Erwachen - nachts - Mitternacht - nach - 4 h	(34)	1
2. Gemüt - Gedanken - hartnäckig	(100)	1
3. Gemüt - Sorgen; voller - Geschäfte, um seine	(10)	1
4. Gemüt - Selbstvertrauen - Mangel an Selbstvertrauen	(90)	1

Quelle: Schroyens F. Synthesis TE 2009 (D) Radar Version 10.5.003

Das Kent-Zitat war natürlich aus der Beschreibung von Nux vomica.

✓ Verordnung und Verlauf unter Nux vomica

Verordnung

-> **Nux vomica C 200**, zwei Globuli sofort einzunehmen, zwei weitere in Wasser verkleppert, 6-8 Mal täglich einzunehmen. Wiedervorstellung morgen.

Telefonat am 19.4.2012

„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 zurecht gekommen bin.“

Verordnung

²⁸ Kent J.T. 2001: *Homöopathische Arzneimittelbider*, Übers. von R. Wilbrand, Haug

Wechsel auf Nux vomica Q 1 Tropfen, 4-6 Mal täglich einzunehmen, 5 Mal 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.²⁹ Bei diesem Patienten, den ich nur anlässlich der Behandlung seiner Tochter vor Jahren gesehen hatte, und den ich ansonsten nur vom Telefon her kannte, wollte ich auf keinen Fall eine Arzneimittelprüfung riskieren (auch hier immer Kent vor Augen³⁰).

Telefonat vom 23.4.2012

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 grauenhaft³¹, 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.“

Verordnung

-> **Nux vomica C 200**, 1 Mal 2 Globuli und 2 Globuli in Wasser aufgelöst, 4 x täglich einen Teelöffel

Telefonat vom 25.4.2012

²⁹ Hochpotenzen, entgegen den ausdrücklichen Anweisungen J.T. Kents (und Hahnemanns) vergl. § 276 *Organon*) in häufigen Wiederholungen zu geben, war ja nicht nur bei Alf Geukens (in Anlehnung an § 246 und § 278) gängige Praxis, sondern findet sich beispielsweise auch bei

E. v. Seherr-Thohs (E. v. Seherr-Thohs: „Nierenkarzinom mit multiplen Knochen- und einer Lungenmetastase“, HK 3.08, S. 31 ff und „C.M. Bogers General Analysis bei akuten und chronischen Fällen in der täglichen Praxis - Teil 1“, HK 2.12, S. 45 ff).

E. v. Seherr-Thohs: „Antwort zu diesem Leserbrief“ HK 3.12, S. 6f. in dem Seherr-Thohs auch noch einmal eingehend auf die Quellenlage und seine klinische Erfahrung bezüglich häufig wiederholter Gaben von Hochpotenzen eingeht.

Zu Hahnemanns Praxis vergleiche auch:

Schuricht, Ulrich: „Die Weiterentwicklung von Potenzierung und Gabenwiederholung in Hahnemanns Spätwerk - ein Blick auf die Quellen“, ZKH 2005; 49: S. 54 – S. 64.

³⁰ „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.“ (Kent J.T. 2001: *Homöopathische Arzneimittelbilder*, Übers. von R. Wilbrand, Haug-Verlag, Bd. 3, S. 649). Ich denke man tut gut daran, diese Warnung auch bezüglich der häufigen Wiederholung anderer Arzneien in Hochpotenz zu beherzigen.

³¹ Die typische Beschreibung eines „Morgentiefs“ ist ein Kriterium des „somatischen Syndromes“ bei Depressionen (Dilling H, Mombour W., Schmidt M.H.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 6. Auflage 2008, S. 150.

Er wirke insgesamt gelassener, ruhiger, nicht mehr so fahrig.

Verordnung

-> **Nux-v. C 1000**, 1 x 2 Globuli und 2 Globuli in Wasser aufgelöst, 4 Mal täglich einen Teelöffel.

Telefonat vom 26.4.2012

Nachdem es gestern ganz gut gegangen sei, sei die Nacht wieder sehr unruhig gewesen. Mittags sei er vorzeitig aus der Arbeit nach Hause gegangen.

Verordnung

Wieder Wechsel zu Nux vomica C 200, zwei Globuli sofort, zwei weitere Globuli in Wasser verkleppert, 4-6 Mal täglich einen Teelöffel. Sobald verfügbar könne er auch einmalig Nux vomica C 50.000 Globuli als Einmalgabe einnehmen. Arbeitsunfähig für den morgigen Tag. Bei Bedarf Lorazepam 0,5 mg.³²

Telefonat vom 30.4.2012

Er habe am Samstag noch einmal Nux vomica C 200 genommen, habe davon jedoch keine unmittelbare weitere Besserung verspürt. Er habe dann 0,5 mg Lorazepam eingenommen, daraufhin habe er sich beruhigen können. Am Sonntag habe er Nux vomica C 50.000 eingenommen, ohne irgendwelche Sofortwirkung verspürt zu haben. Am Montagmorgen habe er „total rotiert“, habe sich selber 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.³³ Wenn man sich sicher ist, das richtige Arzneimittel gefunden zu haben, dann wird im Allgemeinen nach 6-wöchiger ausschließlich homöopathischer Behandlung der antidepressive Effekt ähnlich sein, wie nach 6 Wochen ausschließlich allopathischer Behandlung.³⁴ In dieser Situation, wo die Arzneimittelwahl unsicher war, hätte für den Patienten ein Verzicht auf allopathische Medikation bedeutet, möglicherweise zwei Monate länger die Depression „aushalten“ zu müssen, als notwendig.

³² 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-Effektes“ (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.

³³ „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.“ (Vithoulkas G., Die Wissenschaftliche Homöopathie, Burgdorf 1993, S. 236)

³⁴ 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 einer meiner nächsten Artikel werde ich von einigen dieser ausschließlich homöopathisch behandelten Patienten mit Depression berichten.

Nachdem Depressionen potenziell lebensbedrohliche Erkrankungen sind, wird man in einer Situation, in der nicht rasch eine tiefgreifende Besserung der Depression unter homöopathischen Arzneimitteln gelingt, dem Patienten eine zusätzliche allopathische Antidepressionsbehandlung dringend nahe legen.³⁵ Es empfiehlt sich dabei, einschleichend zu dosieren, da so erfahrungsgemäß die Nebenwirkungen der Antidepressiva besser toleriert werden. Gleichzeitig kann man sich die sedierende und schlafanstoßende „Nebenwirkung“ mancher Antidepressiva zu Nutze machen und auf diese Art Tranquilizer einsparen.

Verordnung

Arbeitsunfähigkeit für 14 Tage, 7,5 mg Mirtazapin,³⁶ nach Verträglichkeit auf 15 mg / Tag zu steigern.

v Telefonat vom 2.5.2012 und Mittelwechsel

Derzeitige Medikation:

- Mirtazapin 7,5 mg abends – wird vom Patienten nur sporadisch eingenommen
- Nux vomica Q 1 Tropfen, 6 Mal am Tag 1-2 Tropfen
- zusätzlich Nux vomica C 50.000 am 28.4.12

„Von der 50.000 am Samstag 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 nur, 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 zurecht gekommen bin. Und jetzt habe ich hier eine leitende Funktion und soll alles 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 Phantasien, wir haben hier einen hohen Turm, der ist stadtbekannt, da stelle ich mir schon manchmal

³⁵ „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.“ (Gerke, Hock: Psychiatrie und Psychologie, in Geißler, Quak: *Leitfaden Homöopathie*, Urban und Fischer 2009, S. 357f.)

³⁶ Mirtazapin ist ein noradrenerg / spezifisch serotonerges Antidepressivum mit alpha 2 Arenozeptor-antagonistischer Wirkung, das deutlich sedierend und insbesondere in niedrigen Dosierungen auch schlafanstoßend wirkt.

Besitzer 28.3.13 21:59

Formatiert: Hervorhebung

Besitzer 28.3.13 21:59

Formatiert: U4, Aufzählungszeichen + Ebene: 1 + Ausgerichtet an: 0 cm + Einzug bei: 0,8 cm

Besitzer 28.3.13 21:59

Formatiert: Nummerierung und Aufzählungszeichen

vor, wie das wäre, kurz über das Geländer - und alles ist vorbei.³⁷ 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 überlegt...

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 (F. 33.2 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 die selbe Erkrankung handelt, die auch nach dem selben 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 Höhe³⁸ ist Aurum metallicum:

Schroyens F., Synthesis TE 2009 (D) Komplettes Synthesis

Gemüt - Suizidneigung; Neigung zum Selbstmord - stürzt sich

. Tiefe, in die: (27) acon. vh1 anac. Arg-n. bg2,mrr1,ptk1 ars. AUR. bg2,mrr1,ptk1,vh/dg,vhx3 aur-m-n. wbt2
BELL. bg2,gf1,fr,k1,st camph. crot-h. gels. ptk1 glon. bg2,sf1,de hydrog. srj2 hyos. gf1,fr ign. gf1,fr,st,vh
iod. bg2,ptk1,sf1,de iodof. sf1,de lach. bg1,bg2,ptk1,st lyc. gk0* Lyss. ckh1,vh,vh/dg,vhx1 marb-w. es1 Nux-v. bg2 orig.
sec. gf1,fr,vh sil. gf1,fr,vh staph. Stram. vh/dg,vhx1 sulph. ptk1

Quelle: Schroyens F. Synthesis TE 2009 (D) Radar Version 10.5.003

³⁷ E. Ringel („Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften Entwicklung“, Wien, Düsseldorf, Maudrich, 1953; E. Ringel (Hrsg.): „Selbstmordverhütung“, Bern: Huber, 1969) hat das Präsuizidale Syndrom beschrieben, eine Abfolge von sozialer Rückzugsneigung, passiven Todeswünschen, vagen Suizidgedanken, konkreten Suizidgedanken, Suizidvorbereitungen, Suizidimpulse 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 in dem Ausmaß ihrer inneren Not verstanden, wenn die Frage nach Suizidgedanken oder Suizidversuchen in der Vergangenheit gestellt wird.

³⁸ Klinischer Hinweis: Bei Gedanken, sich vor einen Zug zu werfen oder mit dem Auto gegen einen Baum zu fahren kann ebenfalls diese Rubrik herangezogen werden.

Damit rückt Aurum in der Repertorisation an erste Stelle:

The screenshot shows the 'Fall-Analyse' software interface. The main window displays a list of symptoms under 'Ablage 2' with their respective frequencies and a small table to the right. The table has columns for various remedies: auf., nux-v., sil., aur-m-n., stram., sulph., ars., C.

	auf.	nux-v.	sil.	aur-m-n.	stram.	sulph.	ars.	C.
1. Schlaf - Erwachen - nachts - Mitternacht - nach - 4 h (75) 1	1	2	1	1	1	2	1	1
2. Gemüt - Gedanken - hartnäckig (151) 1	3	2	2	2	2	2	2	1
3. Gemüt - Sorgen; voller - Geschäfte, um seine (12) 1	1	1	-	-	-	-	-	1
4. Gemüt - Selbstvertrauen - Mangel an Selbstvertrauen (204) 1	2	2	3	2	1	1	1	2
5. Gemüt - Suizidneigung; Neigung zum Selbstmord - stürzt sich - Tiefe, in die (27) 1	4	2	1	1	2	1	1	-

Quelle: Schroyens F. Synthesis TE 2009 (D) Radar Version 10.5.003

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

„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.“

„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.“ CK3³⁵

Das letzte 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.“³⁹

„...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 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

³⁹ Hering C., *Leitsymptome unserer Materia Medica: aurum metallicum* (hr1.de Radar: Enzyklopaedia Homeopathica)

machen, an sich und allem, was sie tun, herumkritisieren und schließlich von dem Gefühl beherrscht sein, wertlos zu sein, unfähig, irgendetwas zustande zu bringen.“⁴⁰

Verordnung am 2.5.2012

-> **Aurum metallicum C 200** und, sobald verfügbar, Aurum metallicum Q 1, 6-8 Mal täglich 2-3 Tropfen, fünf mal kräftig schütteln vor jeder Einnahme.

-> Mirtazapin 7,5 mg zur Nacht, nach Verträglichkeit Dosis zügig auf 30 mg steigern.

Krankschreibung für vier 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 Zustandes 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 unter Aurum

Der Patient hatte innerhalb weniger Tage Mirtazapin auf 30 mg gesteigert, in den folgenden drei Wochen kam es unter Mirtazapin, Aurum C 200 und am 2.5.2012 Aurum Q 1 zu einer deutlichen Beruhigung des agitierten Syndroms. Lorazepam musste nur sporadisch eingesetzt werden.

Anfang Mai Aurum metallicum C 1000, weiterhin Behandlung mit Aurum Q-Potenzen (wie oben, jeweils alle 14 Tage auf die nächst höhere Potenz wechseln).

Im Zusammenhang mit der Einnahme von Aurum C 1000 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 C 1000) hatte der Patient sich nicht vorstellen können, jemals wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren zu können. Jetzt zeigte er sich allen beruflichen Anforderungen gut gewachsen, er sei sich aber bewusst, „...dass das Eis noch dünn sei.“

Verordnung am 16.6.2012

-> **Aurum metallicum C 1000**, alle 4 Wochen wiederholen

-> weiterhin **Aurum Q-Potenzen**, 4-6 Mal täglich 2-3 Tropfen, alle 14 Tage auf die nächst höhere Potenz wechseln

-> Mirtazapin 30 mg täglich

Telefonat vom 20.7.2012

⁴⁰ Vithoulkas G., *Materia Medica Viva*, vh.de „Aurum“ (Radar: Enyklopaedia homoeopathica)

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

Am 21.6.2012 hätte 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.“³⁵). Beides sei innerhalb weniger Stunden nach Einnahme von Aurum C 10.000 vergangen. Nach der Einnahme habe er wieder einen deutlichen Kopfschmerz verspürt, wie auch schon das erste Mal nach der Einnahme von Aurum C 1000.

Verordnung

-> **Aurum metallicum C 1000** bei Auftreten von Depressionssymptomen, sollte innerhalb von 24 Stunden nach Einnahme von Aurum C 1000 kein Kopfschmerz als Hinweis auf eine Reaktion auf Aurum C 1000 auftreten, dann gleich Einnahme von Aurum C 10.000. 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 Jahr erfordert. Nachdem ich mir anhand der klaren Reaktionen des Patienten auf die Aurum Hochpotenz-Gabe 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 21.6.2012 Aurum C 1000 eingenommen. Der Patient fühlt sich völlig gesund, belastbar und steht wieder voll im Berufsleben. Bei vorausgegangenen depressiven Episoden hatte es jeweils nahezu ein Jahr gedauert, bis der Patient sich wieder völlig belastbar gefühlt hatte.

„Als hätte ich nur noch Watte im Hirn“

v Fall: 50-jähriger Mann

Erstanamnese vom 25.8.2011:

50 Jahre alt bei Behandlungsbeginn, verheiratet, keine Kinder, Ingenieur in einem Konzern.

„Ich bin eigentlich nur hier, weil meine Frau sagt, ich soll doch endlich mal zu einem Fachmann gehen, und vielleicht kann man es ja auch mal mit Homöopathie versuchen. Im Juli war ich im Urlaub, da war eigentlich noch alles ganz okay. Aber als ich dann wieder zurück in die Arbeit sollte, da habe ich mich richtig erledigt gefühlt. Ich musste mich innerlich richtig in die Arbeit prügeln. Eigentlich macht mir meine Arbeit ja Spaß - aber in letzter Zeit ist es wirklich viel geworden, 12, 14 Stunden Arbeit am Tag, so geht das schon seit Monaten. Ich hab das Gefühl, ich pack das einfach nicht mehr. Mir macht auch nichts mehr Freude, meine Arbeitskollegen haben mich schon angesprochen und mir gesagt, dass ich immer so verbissen schaue und gar nicht mehr lache. In der Früh wache ich um 5.00 Uhr auf und muss sofort wieder an die Arbeit denken. Dabei habe ich richtig das Gefühl, wie unter einer Glasglocke zu sitzen, als hätte ich nur noch Watte im Hirn. Und dann auch so ungute Gefühle im Magen, als ob man Angst hätte. Der Chef hat gesagt, dass ich irgendwie einen gesundheitlich angeschlagenen Eindruck auf ihn mache, ich sollte doch mal zum

Betriebsarzt gehen. Der Betriebsarzt hat gesagt, ich hätte einen Burnout, ich soll mich lieber richtig auskurieren, ich soll mir ruhig Zeit nehmen, Hauptsache, ich sei dann wieder voll fit, wenn ich wieder anfangen. Außerdem hat er gemeint, ich soll zum Hausarzt gehen. Und der Hausarzt hat gesagt, ich soll mal richtig ausspannen, Sport machen, mich ablenken. Jetzt bin ich seit vier Wochen krank geschrieben, aber viel besser geht es mir deswegen immer noch nicht.

Den Chefs ist das auch vollkommen klar, dass das gar nicht gehen kann, 400 unerledigte E-Mails auf dem Server, sie sagen nur, mach dir keine Sorgen, schau, dass du das Projekt weiter bringst, wir müssen die Deadlines schaffen, alles andere ist egal - und so geht das jetzt schon seit Jahren. Es geht ja immer erst mal ganz gemütlich los mit den Projekten, aber je weiter so ein Projekt voranschreitet, umso mehr Themen kommen dazu. Die Zulieferer, die wir seit Jahren hatten, die wussten genau was wir brauchten, die haben auf Zuruf geliefert und das Ding hat funktioniert, da konnte man sich drauf verlassen; aber dann stellt unser kluges Management fest, dass es irgendwo in Polen jemanden gibt, der das um ein Drittel billiger macht, und schon hast du den dreifachen Aufwand, musst ständig hin und her telefonieren, bis die endlich begriffen haben, was du brauchst, und dann kommt das Teil endlich, und dann stellst du fest, dass du es noch mal zurückschicken musst, weil die Maße nicht stimmen. Aber auf dem Papier schaut das toll aus, wenn man die Einkaufspreise um 40% reduziert hat.“

Die Symptome, die der Patient im weiteren Gespräch berichtet, sind typische Symptome einer mittelschweren depressiven Störung:

Schlafstörungen, Durchschlafstörungen, Erwachen 2.00 Uhr, Früherwachen 5.00 Uhr; dann der erste Gedanke an die Arbeit, „wie soll ich das alles schaffen?“.

Er meint, das Leben noch einigermaßen auf die Reihe kriegen zu können (ist allerdings arbeitsunfähig geschrieben).

Flaues Gefühl im Bauch, „wie wenn man Angst hat“.

Insuffizienzgefühle; Druckgefühl im Kopf; der Kopf ist nicht frei, er fühlt sich wie gedämpft, wenn er ein Bier trinkt wird das etwas besser.

3 kg Gewichtsverlust in ca. vier Monaten.

Subjektiv ist das Erinnerungsvermögen beeinträchtigt - unsicher- „stimmt das woran ich mich erinnere?“.

Appetit und Libido erheblich reduziert.

Freudlosigkeit, gedrückte Stimmung, gegen Abend wird die Stimmung etwas besser (Morgentief).

Braucht erhöhte Konzentration, wenn er sich irgendetwas vornimmt.

Von Suizidalität glaubhaft distanziert!

Er habe, wie er sagt, eine sehr nette und fürsorgliche, liebevolle Frau. Er macht sich Sorgen, ob ihr nicht alles zu viel werden könnte.

Körperlich:

Seit es ihm nicht so gut gehe, falle ihm ein eigenartig modriger Schweißgeruch auf.

Eher Tendenz zu durchfälligen Stühlen.

Allgemein:

Eher Hitzegefühl. Mitunter würden die Füße unter der Bettdecke heiß, so dass er sie herausstrecke.

Zur Krankheitsanamnese:

Er habe bereits zwei Mal ähnliche Zustände erlebt, vor 15 Jahren (damals hatte er daraufhin die Firma gewechselt) und vor 6 Jahren. Die letzte Episode, vor 6 Jahren, sei nach einigen Monaten von alleine wieder vergangen.

Als junger Mann sei er an einem malignen Melanom am Oberschenkel operiert worden.

Familienanamnese:

Der Vater des Patienten sei wegen Depression einige Jahre früher aus dem Beruf ausgeschiedenen, eine Schwester des Patienten war vor einigen Jahren an Krebs verstorben, ein Onkel hätte Suizid begangen.

v Analyse, Repertorisation und Verordnung

Psychiatrische Diagnose:

Mittelschwere rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom (F33.11 nach ICD 10).

Leider fehlen wirklich charakteristische Symptome, vom spontan berichteten modrigen Schweißgeruch einmal abgesehen, auch die Besserung des Kopfdrucks durch alkoholische Getränke ist bemerkenswert.

Schroyens F., Synthesis TE 2009 (D) Komplettes Synthesis

Kopf - Schmerz - alkoholische Getränke

. amel.: (13) androc. srj1 arg-n. bufo castrm. gels. bro1 hell. a1 Ign. Kreos. naja phos. a1 sel. c1 sep. a1 spong. fd4.de

Auf solch einer kleinen Rubrik eine Arzneimittelwahl zu begründen halte ich allerdings für riskant.⁴¹

⁴¹ In der letzten Homöopathie KONKRET (3.12, S. 85f.) hat Heli Retzek sehr schön dargelegt, welche Rubriken „gute Rubriken“ sind: „Eine gute Rubrik umfasst also ca. 30-75 Arzneimittel und hat einen guten Mix von klassischen Autoren, die beigetragen haben.“

125% Synthesis mit Arz. Unterreb. J. Shen

	sulph.	argn.	sep.	kali-p.	nit-ac.	puls.	lyc.	calc.	merc.	nat.
1. Schlaf - Erwachen - nachts - Mitternacht - nach - 2 h (50) 1	1	-	-	3	-	1	1	1	-	-
2. Schlaf - Erwachen - nachts - Mitternacht - nach - 5 h (41) 1	2	-	1	-	-	1	-	-	1	-
x3. Gemüt - Gedanken - Geschäft, an das - abends - Bett, im (3) 1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
x4. Gemüt - Furcht - geschäftlichem Mißerfolg, Bankrott, vor (21) 1	1	1	-	1	-	-	1	1	-	1
x5. Gemüt - Sorgen, voller - Geschäfte, um seine (12) 1	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-
x6. Träume - Geschäft - Tage, vom (55) 1	1	-	1	-	1	3	2	1	2	-
7. Gemüt - Gleichgültigkeit, Apathie - geschäftliche Angelegenheiten; gegen (34) 1	2	2	2	1	-	2	-	2	-	-
8. Gemüt - Gleichgültigkeit, Apathie - Vergnügen; gegen (55) 1	3	2	2	1	2	2	-	-	-	3
9. Kopf - Schmerz - alkoholische Getränke - amel. (13) 1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
10. Allgemeines - Krebsleiden (177) 1	2	1	1	2	3	-	3	2	2	1
11. Schweiß - Geruch - modrig (17) 1	1	-	-	-	2	-	-	-	1	-

Quelle: Schroyens F. Synthesis TE 2009 (D) Radar Version 10.5.003

Die Symptome 3-6 sind in ihrer Bedeutung sehr ähnlich, für die Analyse werden sie daher mit „x“ gekennzeichnet und so zu einer Gruppe zusammengefasst, d.h. in der Auswertung werden alle gelisteten Arzneimittel wie zu einer Rubrik gehörig betrachtet.

Zum allgemeinen Eindruck: Der Patient wirkt durch seine Erkrankung deutlich gedrückt, berichtet aber durchaus mit feinem Humor und Spuren von Selbstironie (*Gemüt - Witzig, geistreich*), er wirkt jovial, ist offenbar am Arbeitsplatz hochkompetent („Der Sulfur-Typ ist so etwas wie ein Erfindergenie. Wenn er eine Idee hat, ist er nicht fähig, sie wieder los zu lassen; ...“⁴²), hat sich seine Kompetenzen allerdings mehr aus Interesse an der Sache, denn aus Ehrgeiz erworben. Er scheint auch ohne große Aufstiegsambitionen zu sein (*Gemüt - Ehrgeiz - Verlust von*), ein Mensch, der sich das gute bayerische Prinzip von „Leben und Leben lassen“ zum Motto gemacht zu haben scheint.

Eher wegen dieses allgemeinen Eindrucks also und weil ich schlicht keine bessere Idee habe („Von Beginn seiner Geschichte an, nämlich seit der Zeit Hahnemanns und auf dessen Empfehlung hin, ist Sulfur das erste Mittel, an das man denken muss, wenn eine Armut an verwertbaren Symptomen besteht...“⁴³), verschreibe ich Sulphur.

Zu Sulphur passt auch die Art, wie sich der Patient, trotz seines eigenen schlechten Zustandes, Sorgen um seine Frau macht - ob ihr nicht doch einmal alles zu viel werden (*Gemüt - Angst - Familie, um seine*). Und natürlich passt Sulphur auch zu den durchgängigen Stühlen und zu den heißen Füßen im Bett (ein Symptom, das im Januar allerdings erheblich hochwertiger ist als im Juli).

Ich entscheide mich also für Sulphur.

Der Patient wollte wieder gesund werden, egal wie, nur so schnell wie möglich. Unter diesem Aspekt verordne ich gleichzeitig noch Mirtazapin in ansteigenden Dosierungen bis 30 mg pro Tag.

⁴² Kent J.T.: *Arzneimittelbilder* Bd. 3, S. 583, Haug 2001

⁴³ a.a.O. S. 580

Verordnung

-> **Sulphur Q 14**, 6 Mal täglich 2-3 Tropfen, 5 Mal kräftig schütteln vor jeder Einnahme, alle 14 Tage auf die nächst höhere Potenz wechseln.

-> Mirtazapin beginnend mit 7,5 mg täglich, nach Verträglichkeit bis auf 30 mg täglich steigern.

v Verlauf unter Sulphur

Follow-Up vom 19.9.2011

Aktuelle Medikation:

- Mirtazapin 30 mg täglich
- Sulphur Q 2, am 8.9.11 Sulphur C 1000

Der Schlaf habe sich deutlich gebessert, Durchschlafstörungen und Früherwachen sind kaum mehr aufgetreten. Es gäbe schon Tage, an denen er sich „ganz normal“ fühle. Vor einigen Tagen sei er am Arbeitsplatz erschienen, habe sich mit einem Kollegen unterhalten. Das Gespräch habe ihn innerlich sehr beschäftigt, seitdem fühle er sich wieder vermehrt belastet. Er könne es sich im Moment noch nicht so recht vorstellen, in absehbarer Zeit die Arbeit wieder aufzunehmen.

Insgesamt habe sich seine Befindlichkeit in den letzten drei Wochen von 20% auf 80% verbessert (wenn 100% bedeutet, sich gesund zu fühlen). Keine neuen Symptome.

Kommentar

Innerhalb von knapp drei Wochen ist es - allerdings unter „Entlastungsbedingungen“ (der Patient war arbeitsunfähig krank geschrieben) - zu einer deutlichen Verbesserung des Zustandes gekommen. Die Besserung der Schlafstörungen ist mit hoher Wahrscheinlichkeit dem Mirtazapin zuzuschreiben. Welchen Anteil ansonsten Sulphur und welchen Anteil Mirtazapin an der Verbesserung hat, muss zunächst offen bleiben.

Ich rege an, ob er für sich selber nicht klare Vorgaben entwickeln könnte, um zu verhindern, dass er am Arbeitsplatz wieder überfordert werde. In einem zweiten Schritt müsste er diese Vorgaben mit seinen Vorgesetzten verhandeln.

Verordnung

-> **Sulphur** in ansteigenden Q-Potenzen, 2 Mal 5 Tropfen täglich, 5 Mal kräftig schütteln vor jeder Einnahme.

-> Mirtazapin auf 45 mg täglich steigern.⁴⁴

Eine „Arbeitsplatzbeschreibung“ für seine Tätigkeit entwickeln und mit dem Vorgesetzten verhandeln.

Mit der Krankenkasse Möglichkeiten einer gestuften Wiedereingliederung am Arbeitsplatz klären.

Follow-Up vom 19.10.2011

Aktuelle Medikation:

⁴⁴ Ich steigere die Mirtazapin-Dosierung trotz bereits eingetretener klinischer Besserung bis zur oberen Grenze der empfohlenen Erhaltungsdosis aus zwei Gründen: Erstens verträgt der Patient das Mittel offenbar recht gut, zweitens fürchte ich „depressive Einbrüche“ in dem Moment, wo der Patient wieder mit den Anforderungen am Arbeitsplatz konfrontiert ist. Dem will ich pharmakologisch so weit wie möglich entgegen wirken.

- Mirtazapin 45 mg täglich
- Sulphur Q 4, 2 Mal 5 Tropfen täglich, 5 Mal kräftig schütteln vor jeder Einnahme.

Die Befindlichkeit hat sich seit dem letzten Termin eher wieder etwas verschlechtert. Die Vorstellung irgendwann wieder mit der Arbeit beginnen zu sollen, belastet ihn noch sehr. Eine Frühberentung komme für ihn allerdings auch überhaupt nicht in Frage.

Kommentar

Ein typischer Aversions-Aversions-Konflikt. Der Patient steht zwischen zwei ungeliebten Alternativen: wieder arbeiten oder Frühberentung. In dieser Situation wird die Depression zur „Konfliktlösung“ durch Symptombildung.

Wenn es hier nicht gelingt, eine bessere Lösung zu finden, dann kann es sehr schnell zu „psychogener Chronifizierung“⁴⁵ der Beschwerden kommen.

Auch wenn offenbar die Situation am Arbeitsplatz ein „Heilungshindernis“⁴⁶ darstellt, so entlässt das den Arzt natürlich nicht aus der Notwendigkeit einer weiteren aktiven Depressionsbehandlung. Deswegen kombiniere ich jetzt zusätzlich zum Mirtazapin auch noch Venlafaxin. (Vergleiche Fußnote 46) Nachdem sich keine neuen Symptome gezeigt haben, verändere ich die homöopathische Verschreibung nicht.

Verordnung

- Mirtazapin 45 mg täglich (Blutspiegelkontrolle),
- Venlafaxin in ansteigenden Dosierungen, nach Verträglichkeit bis 150 mg täglich,
- Sulphur in ansteigenden Q-Potenzen, 2 Mal 5 Tropfen täglich.

Follow-Up vom 27.10.2011

Die Blutspiegelkontrolle ergab einen suffizienten Mirtazapinspiegel, die zusätzliche Medikation mit Venlafaxin brachte eine Besserung der Grübelneigung des Patienten, der Zustand blieb aber insgesamt kaum gebessert.

Der Patient hatte inzwischen mit seinem Vorgesetzten eine gewisse Umstrukturierung seines Arbeitsplatzes erreichen können, die Aufgaben, mit denen er verantwortlich befasst war, konnten drastisch reduziert werden. Es waren „Frühwarnzeichen“ einer drohenden

⁴⁵ Vergleiche McCullough James P.: Psychotherapie der chronischen Depression, München 2006 und Gerke S. und Hock N.: Endomorphe Reaktion, in: *Leitfaden Homöopathie*, Quak, Geissler (Ed.) S. 361

⁴⁶ Hahnemann, *Organon* § 252 und *Chronische Krankheiten* Bd 1: „Ich gehe nun zu den übrigen, möglichst zu meidenden Hindernissen der Heilung chronischer Krankheiten über. Diejenigen Ereignisse im Menschen-Leben, welche im Stande sind, die sich bloß durch einige der oben angegebenen Zeichen vom gesunden Zustande abweichender Unbäßlichkeiten verrathende, also nur noch latente und im Innern schlummernde Psora zum Ausbruch in offenbare, chronische Krankheiten zu bringen, eben diese Ereignisse vermögen, wenn sie dem schon chronisch Kranken begegnen, seine Krankheit nicht nur zu erhöhen und schwieriger heilbar, sondern auch, wenn sie in hohem Grade ihn bestürmen, dieselbe unheilbar zu machen, im Fall die üble Lage desselben sich nicht plötzlich zu seinem Besten verändert. Doch sind solche Ereignisse von sehr verschiedner Natur und daher auch von sehr verschiednem Grade nachtheiligen Einflusses. 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.“

Überlastung (z.B. bei mehr als 10 unerledigten E-Mails eine Stunde vor Ende der Arbeitszeit) besprochen worden und Maßnahmen, die der Patienten in derartigen Fällen ergreifen könnte. Es war dem Patienten klar geworden, dass es ihm nicht möglich sein würde, sich wieder wohl zu fühlen, solange er die Wiederaufnahme der Arbeit als gewaltige Bedrohung wahrnehmen würde. Die einzige Möglichkeit, der Arbeit ihren bedrohlichen Charakter zu nehmen, war, in einer „Exposition“ die „korrigierende emotionale Erfahrung“⁴⁷ zu ermöglichen, dass die vorgenommenen Modifikationen der Arbeitsumgebung und die mit dem Patienten konzipierten Verhaltensänderungen zur Prävention von Überlastungssituationen effizient genug sind, um eine erneute Überforderung am Arbeitsplatz wirksam vermeiden zu können. Die Ausgangserfahrung: „Ich arbeite und zerstöre mein psychisches Wohlbefinden“ müsste also durch die korrigierte emotionale Erfahrung: „Ich arbeite, und ich fühle mich wohl dabei“ ersetzt werden.

Diese Zusammenhänge waren für den Patienten unmittelbar nachvollziehbar, so dass er beschloss, in „das kalte Wasser“ zu springen und mit der Arbeit wieder zu beginnen, obwohl er sich noch nicht wieder „völlig fit“, sondern im Gegenteil, in seinem Wohlbefinden noch erheblich beeinträchtigt fühlte. Zunächst nur für zwei Stunden am Tag und unter der Maßgabe, dass er lediglich zuarbeiten würde und keine Entscheidungsverantwortung zu tragen brauchte.

Verordnung

- > Mirtazapin 45 mg täglich
 - > Venlafaxin 150 mg täglich
 - > Sulphur in ansteigenden Q-Potenzen 2 Mal täglich 5 Tropfen
- Beginn einer Arbeitserprobung zwei Stunden täglich.

Follow-Up vom 23.11.2011

Aktuelle Medikation:

- Mirtazapin 45 mg täglich
- Venlafaxin 150 mg täglich
- Sulphur Q 7

„Seit 2 ½ Wochen geht es mir richtig gut, ich bin wieder optimistisch, habe wieder angefangen, an dem Oldtimer herumzuschrauben, den ich bei mir in der Garage habe, habe auch schon Pläne für den Winterurlaub mit meiner Frau gemacht. Seit zwei Wochen bin ich wieder in der Arbeit, zwei Stunden am Tag, nächste Woche ist abgesprochen, dass ich die Arbeitszeit wieder auf vier Stunden täglich steigern. Als ich mich entschlossen hatte: ‚So, egal, wie mies du dich im Moment fühlst, ab nächster Woche wird wieder gearbeitet‘, da ging es schlagartig bergauf!“

v „Zwischenmittel“-Gabe

Der Patient konnte seinen guten Zustand halten, innerhalb von zwei Monaten hatte er am Arbeitsplatz die volle Belastbarkeit wieder erreicht.

Im **Februar 2012** führte ich noch einmal eine ausführliche homöopathische Anamnese mit dem Patienten und entschied mich wegen

- Mangels an Reaktion auf Sulphur (?)

⁴⁷ Ferenczi S. und Rank O.: *Entwicklungsziele der Psychoanalyse*, Wien, 1924, Int Psychoanal Verlag

- Krebs in der Vorgeschichte
- Krebs bei der Schwester
- Verlangen nach bitteren Getränken
- Harmoniebedürftigkeit

zu einer Gabe Carcinosinum als „Zwischenmittel“

Verordnung

-> **Carcinosinum C 1000**, 1 Mal 2 Globuli, bei ausbleibender Reaktion nach einer Woche
Carcinosinum C 10.000, 1 Mal 2 Globuli

v Verlauf unter Carcinosinum

Außer vorübergehend metallischem Mundgeschmack, vermehrter Hauttrockenheit und Hautjucken (alles Sulphur-Symptome) habe der Patient keine besonderen Reaktionen auf Carcinosinum feststellen können, so dass ich die homöopathische Behandlung sechs Wochen nach Gabe der Carcinosinum-Hochpotenzen mit Sulphur in ansteigenden Q-Potenzen wieder weiter führte. Ab März 2012 wurden die Antidepressiva, zunächst Mirtazapin, dann auch Venlafaxin®, bis August 2012 ausschleichend, vollständig abgesetzt. Aktuell fühlt sich der Patient weiterhin sehr wohl, er wird weiterhin, auch unter dem Aspekt einer Rezidivprophylaxe, mit Sulphur in ansteigenden Q-Potenzen behandelt; es sind vier Mal im Jahr kurze Termine zur weiteren Therapiekontrolle geplant. In den nächsten Jahren will der Patient seine wöchentliche Arbeitszeit auf 35 Stunden reduzieren.

Kommentar

Unter einer kombinierten Behandlung mit Mirtazapin und Sulphur erlebte der Patient zu Behandlungsbeginn eine deutliche Zustandsverbesserung. Dann jedoch belegte der weitere Verlauf, dass eine weitere Verbesserung auch unter einer antidepressiven Kombinationstherapie nicht mehr erreichbar war. Der mangelnde Therapiefortschritt war also eindeutig nicht der mangelnden Wirksamkeit des homöopathischen Arzneimittels (oder der Antidepressiva) geschuldet, sondern dem Vorliegen eines psychischen Heilungshindernisses. Erst als das depressive Syndrom (durch den Entschluss des Patienten, sich wieder der Situation am Arbeitsplatz zu stellen) als Vermeidungsstrategie nicht mehr funktionierte, kam es zu einer vollständigen Genesung des Patienten.

Ob Sulphur oder Mirtazapin nun die anfängliche Besserung herbeigeführt haben, ist bei diesem Patienten schwierig zu entscheiden. Allerdings kommt es bei ca. 30-40% der Patienten nach Absetzen der Antidepressiva innerhalb von vier Monaten zu einer Rückkehr der depressiven Symptome. So besteht also zumindest eine 30-40%ige Wahrscheinlichkeit, dass Sulphur den Patienten bei guter Gesundheit erhält.

Nach Yiend⁴⁸ dauert es durchschnittlich 10,3 Monate, bis Remission erreicht wird, laut Henkel⁴⁹ liegt die Remissionsrate bei in der Klinik behandelten Patienten nur bei 48,8%. Mit 100% Remission innerhalb von ca. fünf Monaten unter kombinierter homöopathischer und allopathischer Behandlung ist bei dem Patienten, im Vergleich zu ausschließlich allopathischer Behandlung, also ein durchaus respektables Ergebnis erzielt.

⁴⁸ Yiend J, Paykel E, Merritt R et al.: Long term outcome of primary care depression, J. Affect. Disord 118:79- 86 zit. nach Laux: Depressive Störungen, in Möller Laux Kapfhammer: *Psychiatrie*, 2011 Bd. 2 S. 371 ff.

⁴⁹ Henkel V, Seemüller F, Obermeier M et al 2009: Does early improvement triggered by antidepressants predict response/ remission? Analysis of data from a naturalistic study on a large sample of inpatients with major depression, J. Affect. Disord 115: 439-449 zit. n. a.a.O.

„Einfach wahnsinnig müde“

An das Ende meiner Fallberichte möchte ich eine kleine Kasuistik von einem Patienten schildern mit einer schwer klassifizierbaren Müdigkeit. Daneben bestand noch eine Reihe anderer körperlicher Beschwerden. Oft ist in solchen Fällen einer bunten Symptomenvielfalt ein geduldiges, jahrelanges Behandeln mit verschiedenen Mitteln erforderlich. Umso mehr war ich erstaunt, dass sich bei diesem Patienten schon nach der ersten Verschreibung eine deutliche Besserung auf nahezu allen Ebenen zeigte. Natürlich ist der Verlauf noch viel zu kurz, um zu einer abschließenden Beurteilung zu kommen. Ich schildere den Fall dennoch, weil das Mittel zwar jeder Homöopath kennt, aber bei im Vordergrund stehender „psychischer Symptomatik“ wird es sicher eher selten eingesetzt.

v Fall: 49-jähriger Mann

Erstanamnese vom 4.11.2011:

49 Jahre bei Behandlungsbeginn, verheiratet, keine Kinder, angestellter Akademiker.

„Zwei bis drei Tage in der Woche bin ich einfach wahnsinnig müde. Ich fühle mich völlig erschöpft, wie erschlagen, das kommt immer abends, wenn ich durch bin mit der Arbeit, ich kann mich dann zu gar nichts mehr aufraffen, schaffe es dann auch kaum noch, in den Sport zu gehen. Da kann ich fast die Uhr danach stellen, das kommt so um 17:00 Uhr.“

Allgemeines - Nachmittags (13 - 18 h) - 17 h

Wenn ich mich trotzdem überwinde, dann ist es nach dem Sport besser.

Allgemeines - Anstrengung; körperliche - amel.

Aber meistens schaffe ich es nicht mehr. Das ist so eine Müdigkeit, die sitzt förmlich in den Knochen - eine Art von körperlicher Müdigkeit, ich fühle mich dann fast unfähig, mich zu bewegen. Das kommt einfach so zwei oder drei Mal in der Woche. Angefangen hat das nach einer Sportverletzung 2010, da hat mich ein gegnerischer Verteidiger einfach umgehauen, das war schon eine gezielte Attacke, das Innenband war durch und das Schlüsselbein war gebrochen. Danach musste ich erst mal ein halbes Jahr pausieren mit dem Training. Ich muss noch viel an den Typen denken.“

Der Patient arbeitet in der IT Branche, macht einen sehr überlegten Eindruck, um so mehr fällt auf, dass bei dem Bericht über den gegnerischen Verteidiger doch deutlich Aggressionen spürbar werden.

„Der Schiedsrichter hat sich schon mehrfach bei mir entschuldigt. Manchmal denke ich schon, was ich mit dem Typen anstellen könnte, aber Rache bringt ja nichts, man muss nach vorne schauen.“

Gemüt - Haß - Rachsucht; Haß und

Aber seitdem ist das mit dieser Müdigkeit.

Gemüt - Beschwerden durch - Zorn

Außerdem habe ich überempfindliche Schleimhäute, das fühlt sich an, als würde ich gleich eine Erkältung bekommen, der Hals kratzt, und wenn ich nur eine Hand unter der Bettdecke rausstrecke, dann läuft die Nase voll und ich muss niesen - das ist ziemlich lästig. Die ganzen Schleimhäute sind dann so gereizt. Ich muss ständig räuspern, habe Halsschmerzen, wenn ich was lutsche oder was Warmes trinke wird es besser. Früher hatte ich mal Asthma, dann hat sich die Lunge angefühlt, als hätte ich da Wasser drin und ich habe weniger Luft bekommen. Vor ein paar Jahren habe ich eine Desensibilisierung gemacht, das mit dem Asthma war aber schon vorher nicht mehr so schlimm gewesen.

So 3-4 Mal im Monat habe ich ziemliche Kopfschmerzen, da muss ich eine Kopfschmerztablette nehmen, sonst hilft da gar nichts, sich ins Bett zu legen bringt gar nichts, auch Sport bringt nichts. Sport macht den Kopfschmerz sogar eher noch schlimmer. Den Kopfschmerz habe ich, seit ich mit 13 Jahren mal einen ziemlichen Schlag auf den Kopf bekommen habe. Ich musste damals 14 Tage ins Krankenhaus und hatte das Gefühl, dass ich zwei oder drei Jahre gebraucht habe, bis ich mich davon wieder so richtig erholt hatte.“

Kopf - Verletzungen des Kopfes; nach

Der Patient berichtet noch eine Fülle anderer Symptome, die ich als fleißiger homöopathischer Arbeiter natürlich alle, soweit reparatorisierbar, nachschlage, die Schilderung hier aber überspringe.

v Analyse, Repertorisation und Verordnung

Psychiatrische Diagnostik:

Psychiatrisch ist das Krankheitsbild am ehesten als „Somatoforme Störung“ (F 45.8 nach ICD 10) zu klassifizieren.

Eine Analyse der bisher gelisteten Rubriken ergibt Folgendes:

	nat.-m.	rhus-t.	hep.	aur.-m-n.	stann.	zinc.	ruv.
1. Allgemeines - Nachmittags (13 - 18 h) - 17 h (57) 1	1	2	2	2	2	2	2
2. Allgemeines - Anstrengung; Körperliche - amel. (53) 1	1	4	2	1	1	-	-
3. Gemüt - Haß - Rachsucht, Haß und (21) 1	3	-	-	1	1	1	2
4. Kopf - Verletzungen des Kopfes; nach (44) 1	2	2	1	-	-	1	-

Quelle: Schroyens F. Synthesis TE 2009 (D) Radar Version 10.5.003

Verordnung

-> **Rhus toxicodendron** in ansteigenden Q-Potenzen, 2 Mal 5 Tropfen, 5 Mal kräftig schütteln vor jeder Einnahme, jeweils alle 14 Tage auf die nächst höhere Potenz wechseln.

v Verlauf unter Rhus toxicodendron

Follow-Up vom 12.03.2012

Medikation: Rhus toxicodendron Q 6 derzeit.

In den letzten drei Monaten habe er noch zwei Mal mittelschwere Kopfschmerzen gehabt, der Schmerzmittelverbrauch habe sich von vier Tabletten im Monat auf zwei Tabletten in drei Monaten gesenkt. Die abendliche Müdigkeit sei schon innerhalb der ersten 6 Wochen der Einnahme weitgehend verschwunden und jetzt praktisch völlig weg. Auch das Niesen komme nur noch sehr selten vor. Der Reizzustand der Schleimhäute ist nicht mehr da. Seine Lebensqualität habe sich insgesamt deutlich gebessert, er fühle sich eigentlich beschwerdefrei.

Follow-Up vom 22.10.2012

Er nehme weiterhin regelmäßig Rhus toxicodendron als Q-Potenz, es ginge weiterhin sehr gut, die allergischen Beschwerden, die er sonst im Frühjahr immer gehabt habe, seien dieses Jahr kaum aufgetreten. Auch ansonsten fühle er sich weiterhin sehr gut.

Zusammenfassung

Ich habe drei Patienten mit im Vordergrund stehenden Müdigkeits-Erschöpfungssyndromen beschrieben. Zwei der Patienten hatten einen klaren Zusammenhang ihrer Beschwerden mit Überlastung am Arbeitsplatz gesehen. In zwei der Fälle war psychiatrisch eine mittelschwere bis schwere Depression nach ICD 10 zu diagnostizieren. Alle Patienten erlebten innerhalb weniger Wochen unter kombinierter oder ausschließlicher homöopathischer Behandlung eine deutliche und anhaltende Besserung der Beschwerden, innerhalb weniger Monate konnte bei allen Patienten die volle Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden.

Die Verläufe waren insgesamt deutlich besser, als bei alleiniger allopathischer Behandlung zu erwarten gewesen wäre. Insbesondere war unter homöopathischer Behandlung ein ausschleichendes Absetzen der allopathischen Medikation problemlos möglich.

Die Kasuistiken legen die Vermutung nahe, dass eine kombinierte allopathische und homöopathische Behandlung bei „Burnout“ einer ausschließlich allopathischen Behandlung überlegen sein dürfte.

Allerdings zeigt insbesondere die zweite Kasuistik, dass beim Vorliegen von Heilungshindernissen, das heißt bei schwerwiegenden psychischen Faktoren, die einer Genesung entgegen stehen, ohne psychotherapeutische Interventionen keine Symptommfreiheit erreicht werden kann.

Wie in der Einleitung schon angedeutet, ist es nicht richtig, das Thema „Burnout“ nur auf medizinische Aspekte zu reduzieren. Ich habe versucht, einige Gedanken zum gesellschaftspolitischen Hintergrund zu formulieren und einige recht interessante Quellen dazu gefunden. Für diesen letzten Teil des Artikels ist eine homöopathische Fachzeitschrift

natürlich nicht der passende Rahmen. Ich freue mich, wenn der eine oder andere noch weiter lesen mag; ich habe diesen (dritten) Teil des Artikels unter der Rubrik „Veröffentlichungen“ (<http://www.dr-med-gerke.de/index.php?main=ver%F6ffentlichun&site=11:00:00>) auf meiner Homepage hinterlegt.

Dr. Stephan Gerke
Killerstraße 2
82166 Gräfelfing
www.dr-med-gerke.de