

Schroyens oder Plate – wie finde ich sicher zu einer wirksamen Verschreibung?

Dr. Stephan Gerke

Anhand des Beispiels der Arzneimittelfindung für eine Patientin mit einer rezidivierenden depressiven Störung und einem chronischen Rückenschmerzsyndrom werden insbesondere unter dem Aspekt der Verschreibungssicherheit die Probleme einer Arzneimittelfindung mithilfe eines Kent-basierten Repertoriums dargestellt. Eine zusätzliche Fallanalyse mit dem Symptomenlexikon von Uwe Plate führt zu einer Präzisierung des gefundenen Repertorisationsergebnisses. In einer ersten kurzen Beobachtung des Behandlungsverlaufes bestätigt sich die Wirksamkeit der so gefundenen Arznei.

Selbst engagierte Befürworter der Homöopathie räumen ein, dass die statistische Evidenz für die Wirksamkeit homöopathischer Behandlungen gelinde gesagt nicht besonders überzeugend ist (Vergl. Mathie 2014, Mathie 2018, Walach 2018¹).

Ob wir es wollen oder nicht, die von Seiten der „Skeptiker“ mit massiven Mitteln geführte Diskussion wird uns zwingen, uns mehr und mehr externer statistischer Überprüfung unserer Behandlungsergebnisse zu stellen. Ob sich die gefühlten und immer wieder behaupteten guten Ergebnisse homöopathischer Behandlungen auch in statistischen Studien überzeugend belegen lassen, wird ganz entscheidend davon abhängen, die Verschreibungssicherheit zu verbessern.

Gerade im städtischen Raum wird vom Homöopathen vor allem eines erwartet: eine wirksame Verschreibung! Man kann sich vielleicht eine Fehlverschreibung leisten, manchmal auch eine zweite, aber dann brechen viele Patienten die Behandlung

ab. Trotz aller Sorgfalt bei der Verschreibung, trotz akribischen Repertorisierens und Materia medica-Vergleichs sind mit den gängigen Werkzeugen Fehlverschreibungen nicht zu vermeiden. In manchen Fällen könnte es hilfreich sein, eine Arzneimittelidee, die aufgrund einer Repertorisation mit einem Kent-basierten Repertorium nahe liegend erscheint mit einer zweiten Methode zu überprüfen. Ein derartiges Vorgehen könnte sich bei der Behandlung chronischer Patienten als ein entscheidender Beitrag zur Erhöhung der Verschreibungssicherheit erweisen.

Diese Überlegungen seien anhand einer kürzlich erlebten Behandlung dargestellt. Es geht mir dabei mehr darum, die Methodendiskussion anzuregen, als einen Behandlungsverlauf darzustellen, denn dazu ist die Behandlungsdauer natürlich noch viel zu kurz.

Vor kurzem untersuchte ich eine Anfang 60-jährige Patientin, bei der durch die vorbehandelnde Klinik eine rezidivierende depressive Störung und eine chronische Schmerzstörung diagnostiziert worden war.

Diagnose:

Rezidivierende depressive Störung ohne psychotische Symptome, gegenwärtig teilweise remittiert (F33.1 nach ICD 10).

1 Mathie et al., Randomised placebo-controlled trials of individualised homeopathic treatment: systematic review and meta-analysis in: „Systematic Reviews“ 2014, 3:142 (<http://www.systematicreviewsjournal.com/content/3/1/142>)
Mathie 2018: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised, Other-than-Placebo Controlled, Trials of Individualised Homeopathic Treatment; Homeopathy 2018;107:229–243
Walach H., „Ist Homöopathie also nur ein Placebo? Pros und Cons und einige Fälle zum Nachdenken“ <https://www.homöopathie-forschung.info/page/2/>

Aktuelle Therapie:

40 mg Paroxetin (SSRI Antidepressivum)
15 mg Mirtazapin (NaSSA Noradrenerg spezifisch serotonerges Antidepressivum).

Krankheitsanamnese:

Erstmals war sie 2004 an einer Depression erkrankt, damals habe ihr Paroxetin „super“ geholfen. Zweimal hatte sie in der Zwischenzeit Absetzversuche gemacht, nach einigen Monaten habe sich dann jedoch jeweils wieder ein depressives Syndrom ausgeprägt, so dass sie dann Paroxetin wieder eingenommen habe. Einen dritten Absetzversuch habe sie im Vorfeld der aktuellen Episode mit Hilfe einer naturheilkundlichen Ärztin unternommen. Trotz täglicher Einnahme von 900 mg eines Johanneskrautpräparates sei die Depression wieder gekommen, schlimmer als je zuvor, so dass sie sich in einer psychosomatischen Klinik habe behandeln lassen. Unter erneuter Behandlung mit Paroxetin und Mirtazapin habe sich die Depression gebessert, allerdings habe es diesmal viele Wochen gedauert, bis Paroxetin „angeschlagen“ habe. Das Mirtazapin sei vor allem wegen Schlafstörungen angesetzt worden, ein Reduktionsversuch in der Klinik hatte prompt dazu geführt, dass wieder verstärkt Schlafstörungen aufgetreten waren. Zu manischen Episoden sei es bisher nie gekommen.

Familienanamnese:

Bruder: Im Alter von 22 Jahren Tod durch Suizid, wie aus heiterem Himmel, durch Erhängen.

Bruder: Im Alter von 58 Jahren bei einem Brand erstickt. Er habe unter einer bipolaren affektiven Störung gelitten.

Schwester: Depressionen / war schon in der Klinik, müsse laufend Psychopharmaka einnehmen.

Schwester: Depressionen / war schon in der Klinik, nehme laufend Psychopharmaka ein.

Familienstand: Geschieden, alleine lebend, zwei erwachsene Kinder

Sozial: Angestellte, sie arbeitet jetzt reduziert 30 Std./Woche

Symptomatik:

Die Symptomatik sei in jeder depressiven Episode etwa gleich gewesen, nur diesmal deutlich schlimmer

als die Male davor. Sie fühle sich nicht traurig, sie sei völlig lustlos und antriebslos, habe auch keinerlei Appetit mehr, obwohl sie eigentlich gerne kochen würde. In der Folge war es zu einem Gewichtsverlust von 2 kg innerhalb von vier Wochen gekommen. Es sei ihr alles egal, sie müsse sich zu jeder Kleinigkeit zwingen, Waschen, Anziehen, alles könne sie nur mit großer Mühe bewältigen. Am liebsten würde sie nur herumliegen und warten, wie die Zeit vergeht, bis das Paroxetin wirkt. Aber die Zeit vergeht nicht, es ist als würde jede Minute eine Ewigkeit dauern.

„Ich fühle mich einfach nur total erschöpft, Fernsehen geht gar nicht, Stricken auch nicht, oft sitze ich einfach nur stundenlang auf einem Stuhl oder liege auf dem Sofa und starre nach draußen. Ich denke dann immer nur, was könnte ich denn tun, damit das Paroxetin endlich hilft.“

Körperlich:

„Da ist so ein Gefühl innerer Spannung, als ob es alles zusammenziehen würde.“ Die Patientin ballt dabei die Fäuste vor der Brust.

„Schlafen kann man dann nicht mehr, auch tagsüber nicht, obwohl ich mich total müde fühle. Weinen geht auch nicht.“

Weiterhin: Auffallendes Kältegefühl, vor allem in den Füßen: „Da hilft keine Wärmflasche und keine Fußbäder.“

Modalitäten:

„Geräusche machen mir dann sehr zu schaffen, das ist wirklich deutlich, wenn da irgendein Radau auf der Straße ist, dann würde ich am liebsten alles verbarrikadieren. Was ein bisschen hilft ist Kaffee trinken, und wenn jemand da ist, dann bin ich abgelenkt, da lasse ich mir dann schon auch gerne mal was erzählen.“

Biographie:

Die Patientin ist als erste von 5 Geschwistern im ländlichen Raum aufgewachsen. Von Seiten des Vaters habe die Arbeit im eigenen Familienbetrieb immer sehr im Vordergrund gestanden, die Mutter sei warmherziger gewesen. Insgesamt sei die Kindheit

von hohen Leistungserwartungen und einer strengen, wenn auch nicht harten katholischen Erziehung geprägt gewesen.

Trotz sehr guter schulischer Leistungen sei sie in ihrem Bestreben nach einer höheren Schulbildung von den Eltern nicht unterstützt worden, nur der Intervention des Klassenlehrers habe sie es zu verdanken, dass sie wenigstens die Realschule besuchen durfte, die sie dann mit sehr guten Leistungen beendet habe.

Im Anschluss habe sie eine Ausbildung im Bürobereich begonnen und abgeschlossen. Noch während dieser Zeit lernte sie ihren späteren Ehemann, einen Akademiker, kennen. In der Ehe bekam sie zwei Kinder, nach fast 30 Jahren wird die Ehe auf ihr Betreiben hin geschieden, da sich der Ehemann von seinem Wesen her stark verändert habe.

Seit der Trennung von ihrem Ehemann sei sie noch einmal eine flüchtige Beziehung eingegangen, sie habe das genießen können, es habe sich dann jedoch recht bald herausgestellt, dass die charakterlichen Unterschiede doch zu schwerwiegend waren, um sich auf Dauer miteinander wohl fühlen zu können. Sie sei nun grundsätzlich offen für eine neue Beziehung, würde in der Hinsicht aber keine besonderen Anstrengungen unternehmen, da sie auch gut alleine zurechtkomme.

Diagnostische Einordnung:

Hahnemann unterscheidet ja in seinen §§ 215 und 225 grundsätzlich zwei unterschiedliche Arten psychiatrischer Erkrankungen, nämlich die einen, die bloße Körperkrankheiten seien und sich lediglich in ihrer Symptomatik ganz in den Bereich der Geistes- und Gemütsymptome vereinseitigt haben, und die anderen, die „bei geringer Kränklichkeit, vom Gemüthe aus, Anfang und Fortgang nehmen, durch anhaltenden Kummer, Kränkung, Ärgerniß, Beleidigungen und große, häufige Veranlassungen zu Furcht und Schreck.“

Diese Unterscheidung findet sich in der moderneren Psychiatrie durchaus bis in die späten 1980er Jahre, in der Unterscheidung von „endogenen“ und neurotischen Erkrankungen wieder. Erst mit Einführung

des ICD 10 wurde diese Unterscheidung mehr oder weniger aufgegeben und der Krankheitsbegriff durch den Begriff der „Störung“ ersetzt.

K. Jaspers² unterscheidet in der Herangehensweise an psychiatrische Erkrankungen einen „verstehenden“ Ansatz, dem er einen „erklärenden“ Ansatz gegenüberstellt. Er arbeitet damit heraus, dass die Manifestierung einer endogenen psychiatrischen Erkrankung in gewisser Weise immer das sinnstiftende Narrativ einer mehr oder weniger verständlichen Abfolge von Lebensereignissen durchbricht.

Tatsächlich ist es auch nach meiner Erfahrung mitunter eher kontraproduktiv, bei den schon von Hahnemann beobachteten im „körperlichen“ begründeten Geistes- und Gemütskrankungen einen sinnhaften biographischen Kontext konstruieren zu wollen. Wenn derartige Erkrankungen vorliegen, läuft man mit dem Versuch eines „Verstehens“ Gefahr, die Tatsache der Erkrankung in einem weltanschaulichen Kontext deuten zu wollen, der im ungünstigen Falle auf Seiten des Patienten zu einer Verstärkung von Schuldgefühlen, oder Groll führt, und auf Seiten des Homöopathen die Gefahr birgt, mit den „Beschwerden durch“-Rubriken zu einer spekulativen Arzneiwahl veranlasst zu werden.

Die Patientin erlebt ihre Erkrankung als „körperlich“ begründet, d. h. sie selbst kann keine wesentlichen Zusammenhänge der Krankheitsdynamik mit biographischen Ereignissen sehen. Auch die bis in die 1980er Jahre so genannten „Kriterien der Endogenität“, die sich in der aktuellen ICD 10 Diagnostik zum großen Teil noch in den sogenannten „somatischen Symptomen“³ wieder finden, sind bei der Patientin zum großen Teil erfüllt. Aus psychiatrischer Sicht muss man daher das Unvermögen der Patientin, einen biographischen Kontext der Erkrankung zu sehen, nicht als „Verdrängung“ werten, sondern als anemessene Selbstwahrnehmung.

2 Jaspers K., Allgemeine Psychopathologie Springer Berlin Heidelberg New York 1973
3 Dilling, Mombour, Schmidt, S. 150 „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ Verlag Huber, Bern 2008

		nux-v.	arg-n.	phos.	puls.	con.	lach.	sep.	lyc.	bell.	ph-ac.	Ca
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		12	11	10	10	10	10	9	9	9	9	9
		25	19	23	20	19	15	21	19	17	17	16
1. Ablage 1 Krankheit												
1. Gemüt - Gleichgültigkeit, Apathie - alles; gegen	(113) 1	2	1	2	2	1	1	2	2	1	3	1
2. Gemüt - Gesellschaft - Verlangen nach	(141) 1	2	3	4	2	2	1	2	3	1	1	2
3. Gemüt - Gesellschaft - Verlangen nach - amel. in Gesellschaft	(22) 1	-	2	1	1	-	-	-	2	-	-	1
4. Gemüt - Weinen - kann nicht weinen, obwohl er traurig ist	(28) 1	2	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-
5. Gemüt - Wahnideen - Zeit - länger; die Zeit erscheint	(26) 1	1	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-
6. Gemüt - Zeit - langsam, scheint länger; vergeht zu	(87) 1	2	2	-	-	1	1	-	3	-	-	-
7. Gemüt - Sitzen - Neigung zu sitzen	(124) 1	3	1	3	3	3	1	2	1	2	2	1
8. Schlaf - Schlaflosigkeit - Müdigkeit - trotz Müdigkeit	(34) 1	1	-	1	1	-	1	2	-	2	1	1
9. Schlaf - Schlaflosigkeit - Schläfrigkeit - mit	(113) 1	2	1	3	3	2	2	3	1	3	2	2
10. Allgemeines - Hitze - Lebenswärme, Mangel an	(284) 1	3	2	3	2	2	2	2	2	1	3	3
11. Extremitäten - Kälte - Füße	(318) 1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
12. Gemüt - Empfindlich - Geräusche, gegen	(227) 1	3	2	2	2	3	2	3	2	3	1	2
13. Gemüt - Brütet, grübelt - Ecke; sitzt stumpfsinnig oder brütend in einer	(11) 1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-
2. Ablage 2												
14. Allgemeines - Speisen und Getränke - Kaffee - amel.	(65) 1	2	1	1	-	-	1	-	-	-	-	-

Abb. 1: Repertorisation. Quelle: Synthesis TE ohne Anzeige der Unterrubriken

Analyse, Repertorisation und Verordnung

Die folgenden Rubriken bezeichnen ein Symptom und müssen deswegen jeweils zu Gruppen zusammengefasst werden:

- Gemüt – Gesellschaft – Verlangen nach
- Gemüt – Gesellschaft – Verlangen nach – amel. in Gesellschaft
- Gemüt – Wahnideen – Zeit – länger; die Zeit erscheint
- Gemüt – Zeit – langsam, scheint länger; vergeht zu
- Schlaf – Schlaflosigkeit – Müdigkeit – trotz Müdigkeit
- Schlaf – Schlaflosigkeit – Schläfrigkeit – mit

Die Patientin schildert ein recht typisches mittelschweres bis schweres depressives Syndrom mit im Vordergrund stehender Antriebshemmung. Der Fall mutet fast wie eine einseitige Erkrankung an. Allerdings gibt es doch einige wenige Charakteristika, die, wenn auch nur ein wenig, vom üblichen Bild einer Depression abweichen.

Beispielsweise wird ein derart verändertes Zeiterleben zwar durchaus von einigen depressiven Patienten erlebt, aber keineswegs von allen. Auf Nachfrage hatte

die Patientin dieses veränderte Zeiterleben auch noch einmal ausdrücklich als deutlich geschildert.

Auch die von der Patientin geschilderte ausgeprägte Lärmempfindlichkeit wird zwar des Öfteren berichtet, aber eben keineswegs von allen depressiven Patienten.

Das worunter die Patientin am meisten litt, wenn es nicht durch Mirtazapin gelindert wurde, waren die massiven Schlafstörungen und eine dementsprechende Tagesmüdigkeit, sowie die völlige Antriebs- hemmung.

Eine interessante körperliche „begleitende Beschwerde“ waren die von der Patientin geschilderten kalten Füße.

Die entsprechenden Rubriken werden mit dem Attribut „eliminierend“ versehen, hier kenntlich an der roten Farbe. Dadurch werden nur noch die Mittel angezeigt, die in allen „eliminierenden Rubriken“ aufgeführt sind (Repertoriumseinstellung: *Synthesis TE* ohne Anzeige der Mittel aus den Unterrubriken).

Diese Überlegungen führten mich zu der folgenden Fallanalyse:

		<table border="1"> <tr> <td>nux-v.</td> <td>con.</td> <td>arg.n.</td> <td>lach.</td> <td>lyc.</td> <td>merc.</td> <td>nat-c.</td> <td>ambr.</td> <td>nux-m.</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>9</td> <td>9</td> <td>9</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>23</td> <td>18</td> <td>15</td> <td>14</td> <td>17</td> <td>15</td> <td>13</td> <td>10</td> <td>11</td> </tr> </table>									nux-v.	con.	arg.n.	lach.	lyc.	merc.	nat-c.	ambr.	nux-m.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	9	9	9	8	8	8	8	6	23	18	15	14	17	15	13	10	11
		nux-v.	con.	arg.n.	lach.	lyc.	merc.	nat-c.	ambr.	nux-m.																																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9																																				
10	9	9	9	8	8	8	8	6																																						
23	18	15	14	17	15	13	10	11																																						
1. Ablage 1 Krankheit																																														
1. Gemüt - Gleichgültigkeit, Apathie - alles; gegen	(113) 1	2	1	1	2	2	1	1	1																																					
a 2. Gemüt - Gesellschaft - Verlangen nach	(180) 1	2	2	3	1	3	1	2	1																																					
a 3. Gemüt - Gesellschaft - Verlangen nach - amel. in Gesellschaft	(23) 1	-	-	2	-	2	-	-	-																																					
4. Gemüt - Weinen - kann nicht weinen, obwohl er traurig ist	(28) 1	2	-	-	-	-	-	-	-																																					
b 5. Gemüt - Wahnideen - Zeit - länger; die Zeit erscheint	(26) 1	1	1	2	-	-	-	1	1																																					
b 6. Gemüt - Zeit - langsam, scheint länger; vergeht zu	(67) 1	2	1	2	1	3	2	1	2																																					
7. Gemüt - Sitzen - Neigung zu sitzen	(151) 1	3	3	1	1	1	1	2	-																																					
c 8. Schlaf - Schlaflosigkeit - Müdigkeit - trotz Müdigkeit	(35) 1	1	-	-	1	-	-	1	-																																					
c 9. Schlaf - Schlaflosigkeit - Schläfrigkeit - mit	(128) 1	2	2	1	2	1	2	2	1																																					
10. Allgemeines - Hitze - Lebenswärme, Mangel an	(293) 1	3	2	2	2	2	2	1	1																																					
11. Extremitäten - Kälte - Füße	(358) 1	2	3	2	3	3	3	3	1																																					
12. Gemüt - Empfindlich - Geräusche, gegen	(248) 1	3	3	2	2	2	2	1	2																																					
13. Gemüt - Brütet, grübelt - Ecke; sitzt stumpfsinnig oder brütend in einer	(11) 1	-	1	-	-	-	-	-	-																																					
2. Ablage 2																																														
14. Allgemeines - Speisen und Getränke - Kaffee - amel.	(65) 1	2	-	1	1	-	-	-	-																																					

Abb. 2: Repertorisation. Quelle: Synthesis TE Anzeige ohne Unterbriken

Für jedes der jetzt noch in der Analyse verbliebenen Arzneimittel gab es gute Verschreibungsargumente (jeweils zit. n. Hering h1.de⁴):

Nux vomica:

Langeweile; die Zeit scheint unerträglich lang, geht langsam vorbei. RA 1282
 Verlangen von seinem Zustand zu sprechen, mit ängstlichem Nachdenken darüber.
 Große Angst ohne besonderen Grund RA 1241; meint sie würde nicht fähig sein, im Leben weiterzukommen; Hinfalligkeit; Frösteln; Schlaflosigkeit;
 Abneigung gegen Arbeit RA 1283 und große Mattigkeit oder Schwäche am Morgen.

Conium:

Sehr große Gleichgültigkeit. CK27
 Müdes, mattes Gefühl im Gehirn, mit körperlicher und nervöser Erschöpfung.
 Abneigung gegen Geschäfte.
 Stimmung ernst; gefühllos aufgrund von Trägheit.

Vollständige Gleichgültigkeit; interessiert sich für nichts, besonders beim Gehen im Freien. CK3 & Hypochondrie.

Kann keinerlei Erregung ertragen, die körperliche und seelische Depression mit Schwäche herbeiführt.

Argentum nitricum:

Die Zeit scheint sehr langsam zu gehen.
 Zurückhaltend, traurig, schweigsam, mit Dumpfheit im Kopf und Pochen im ganzen Körper.
 Bleibt häufig im Bett aus geringstem Anlaß, unter dem Vorwand „unpäßlich“ zu sein. & Hypochondrie.
 Keine wirkliche Neigung zur Arbeit. & Asthma.
 Große Müdigkeit und Niedergeschlagenheit. & Schwermut.

Lachesis:

Abneigung gegen seine eigene Arbeit; klagt über Kleinigkeiten.
 Still, bekümmert, niedergeschlagen, amel. von Seufzen; Widerwillen gegen Gesellschaft und Abneigung gegen Sprechen; Besorgnis um die Zukunft mit Widerwillen gegen das Leben; Neigung an allem zu zweifeln; mißtraut und legt alles falsch aus; Trägheit; Abneigung gegen jede Art von Arbeit und Bewegung. & Schwermut.

4 Hering C. 1990 „Leitsymptome unserer Materia Medica“, Übers. von Renée von Schlick, Zit. n. eh

Entmutigt, Widerwillen gegen das Leben. & Schwer-
mut nach der Entbindung.

Lebensmüde, sieht alles von der negativen Seite;
agg. morgens, amel. den ganzen Tag über; das ge-
ringste Geräusch stört den Schlaf.

Auch bei Betrachtung der anderen fünf in Frage
kommenden Arzneimittel hilft der vermeintlich ret-
tende Blick in die *Materia medica* nicht wirklich
weiter.

Am ehesten noch hätte ich dazu tendiert, als weitere
Modalität „Kaffee bessert“ für die Analyse mit heran-
zuziehen. Das hätte zur Entscheidung zwischen *Nux*
vomica, *Argentum nitricum* und *Lachesis* geführt.
Aber die Modalität war bei der Patientin nicht beson-
ders ausgeprägt.

In so einer Situation gerate ich in Versuchung, an-
dere Aspekte in die Fallanalyse einzubeziehen. So
könnte man nach einer „Essenz“ Ausschau halten
oder nach einem „vorherrschenden Miasma“, oder
versuchen eine „Causa“ zu entdecken. Oder man
versucht sich an „Allgemeinsymptome“ zu klam-
mern, auch wenn diese im Zusammenhang der ak-
tuellen Erkrankung überhaupt nicht verändert
sind.

Kurz, man beginnt, sich auf schwankendem Boden
zu bewegen, verschreibt, mit guten Gründen, aber si-
cherlich weit jenseits von „Heilungsgewissheit“ und
hofft auf das Beste beim Follow-Up. Immerhin mit
der nicht allzu tröstlichen Beruhigung, dass man ja
noch ein paar gute Ideen hat, wenn die erste Ver-
schreibung sich als Fehlverschreibung herausstellen
sollte.

Seit einiger Zeit habe ich begonnen, mich mit dem
Symptomenlexikon von Uwe Plate auseinander zu
setzen.

Es ist hier nicht der Raum, diese sehr fundierte, an-
hand der Texte der alten Meister begründete Metho-
de im Einzelnen darzustellen.

Ein paar Grundgedanken seien jedoch kurz skizziert.

- 1) Nach § 154 *Organon* kommt es Hahnemann nicht
nur darauf an, dass ein Arzneimittel in einer Prü-
fung eine der Symptomatik des Krankheitsfalles
ähnliche Symptomatik hervor gebracht hat, son-
dern eine Verschreibung wird umso sicherer, **je**
häufiger ein Arzneimittel die für den Krankheitsfall
charakteristischen Symptome hervorgebracht hat.

§ 154 *Organon*

„Enthält nun das, aus der Symptomen-Reihe der
treffendsten Arznei zusammengesetzte Gegenbild,
jene in der zu heilenden Krankheit anzutreffenden,
besonderen, ungemainen, eigenheitlich sich aus-
zeichnenden (charakteristischen) Zeichen **in der**
größten Zahl und in der größten Ähnlichkeit, so ist
diese Arznei für diesen Krankheitszustand das
passendste, homöopathische, spezifische Heilmittel.“
(Hervorhebung durch den Autor)

- 2) Jedes nur **einmal** in einer Prüfung aufgetretene
Zeichen ist unsicher, es könnte sich auch um eine
zufällige Beobachtung handeln, die nicht auf die
Wirkung der Arznei auf den Organismus zurückzu-
führen ist. Wenn dagegen ein Zeichen wiederholt,
am besten mindestens **dreimal** in einer Prüfung
benannt wurde, dann kann man mit ziemlicher Si-
cherheit davon ausgehen, dass es sich um eine
spezifische Arzneiwirkung handelt (beispielsweise
hat *Asa fétida* in der Arzneimittelprüfung 16 Mal
„Stechen von innen heraus“ hervorgebracht ⁵⁾).
- 3) „Heilungssymptome“ sind nicht sicher auf eine
unmittelbare Wirkung der Arznei zurückzuführen.
So könnte ein Bauchschmerz besser werden,
wenn die Stuhlverstopfung beseitigt ist. Wie si-
cher kann ich mir sein, dass ein Arzneimittel, das
bei einem Patienten mit Stuhlverstopfung den
Bauchschmerz behoben hatte, nachdem der
Stuhlgang wieder in Gang gekommen war, auch fä-
hig ist, einen Bauchschmerz zu beheben, der von
einer akuten Appendizitis hervorgerufen wird?

⁵ Vergl. Plate U.: Hahnemanns Arbeitsweise mit dem Symptomen Lexikon,
2003 Braunschweig; aktuelle Version unter
<http://www.symptomenlexikon.de/styled-6/>

- 4) Die größtmögliche Sicherheit bei der Arzneimittelwahl ist dann gegeben, wenn die Kombination mehrerer, für den Krankheitsfall charakteristischer Zeichen in möglichst großer Anzahl (möglichst mindestens dreimal) auch in der Arzneimittelprüfung aufgetreten ist.
- 5) Eine Abfolge sicher verschriebener, hinreichend ähnlicher Arzneien ist mindestens ebenso fähig, eine Krankheit zu heilen, wie die Gabe eines „Similimums“ (für dessen Bestimmung oft erhebliche Unsicherheiten in Kauf genommen werden müssen).

In der methodischen Umsetzung geht man so vor, dass man sich auf die Hauptbeschwerde konzentriert und diese auf Zeichenkombinationen hin untersucht.

Im Fall der Patientin war das zunächst die Kombination der sie am meisten belastenden Zeichen: Lustlosigkeit, Schlaflosigkeit, Tagesschläfrigkeit, Schwächegefühl.

Daraus ergeben sich in den Begriffen des *Symptomenlexikons* folgende Möglichkeiten für Zeichenkombinationen:

Lustlosigkeit – Schlaf alle
(Unter dem Stichwort „Schlaf – alle“ werden von dem Programm alle Prüfungssymptome gefunden, in denen von Schlafstörungen jeglicher Art berichtet wird, nicht jedoch von Beschwerden, die den Schlaf stören.)

Lustlosigkeit – Schlafmüdigkeit
(Unter diesem Stichwort sind alle Prüfsymptome gelistet, die mit Müdigkeit in Verbindung stehen, aus welchen Gründen auch immer es zu der Müdigkeit gekommen sein mag.)

Lustlosigkeit – Schwäche

Als „begleitende Beschwerde“ hatte die Patientin deutlich ein Engegefühl in der Brust beschrieben:

Beklemmung – Brust

Ein weiteres begleitendes Symptom war die Kälte in den Füßen:

Kälte einzelner Teile – Füße

Dies führte zu folgender Auswertung:

	1	2	3	4	5
1 Lustlosigkeit – Schlaf alle					
2 Lustlosigkeit – Schlafmüdigkeit					
3 Kälte einz. Teile – Fuß					
4 Beklemmung – Brust					
5 Schwäche – Lustlosigkeit					
LACH	3	3	8	9	4
CHIN	3	3	13	9	
ANAC	4	3	4	5	
PHOS	2	2	7	32	4
MAG-C	3	3	2	7	1
CHEL	3	3	1	4	1
SULPH	1	1	14	28	1
SEP	1	1	8	23	2
LAUR	1	1	4	18	1

Abb. 3: Repertorisation mit dem Symptomenlexikon nach Uwe Plate Version 5 (SL 5)

Zeichenkombination:

- „Lustlosigkeit – Schlaf alle“ kann in der Arzneimittelprüfung von Lachesis dreimal gefunden werden,
- „Lustlosigkeit – Schlafmüdigkeit“ erscheint ebenfalls dreimal in der Arzneimittelprüfung von Lachesis,
- „Kälte einzelner Teile – Fuß“ ist 8 Mal in der Arzneimittelprüfung von Lachesis beobachtet worden,
- „Schwäche – Lustlosigkeit“ war 4 Mal in der Arzneimittelprüfung von Lachesis beobachtet worden.

Das Programm ermöglicht es, direkt die Fundstellen in den Arzneimittelprüfungen aufzurufen, um die Berechnung am Text zu verifizieren.

So finden sich bei „Lustlosigkeit – Schlaf alle“ folgende Fundstellen:

1	Lustlosigkeit – Schlaf alle
2	Lustlosigkeit – Schlafmüdigkeit
3	Kälte einz. Teile – Fuß
4	Beklemmung – Brust
5	Schwäche – Lustlosigkeit
1	
LACH	3
CHIN	3
ANAC	4
PHOS	2
MAG-C	3
CHEL	3
SULPH	1
SEP	1
LAUR	1

Unlust zu eigentlichen Arbeiten, entweder gleichgültig oder trübe gestimmt; dabei müde und etwas erschlafft (Rlm).

Morgens matt in allen Gliedern zum Schlafe geneigt; allgemeine Mattigkeit zum Hinlegen, nach Liegen besser, bald unlustig, traurig, Unlust zum Arbeiten, gleichgültig oder trübe, wie nach einer durchschwärmten Nacht; Körperlich wie zerschlagen und geistig träge (d.2.–16.T) (Rlm).

Besondere Redseligkeit; Abends bei körperlicher Erschlaffung, Schläfrigkeit ohne in Schlaf kommen zu können. Ohne sich aufzurichte, spricht er viel, will Geschichten erzählen, kommt aber stets aus einer in die andere. Dabei besinnt er sich jedoch und weiß es bald, wenn er etwas verkehrtes hineingemengt hat; er verbessert es dann; gerät aber immer wieder auf die selben Abwege. So plagt er sich den halben Abend hin (d.1.T) (C.H).

Abb. 4: Symptomenlexikon nach Uwe Plate Version 5 (SL 5)

Das folgende, vom Programm gefundene Symptom scheint den Aspekt der Lustlosigkeit nicht gut zu treffen: „Besondere Redseligkeit; Abends bei körperlicher Erschlaffung, Schläfrigkeit ohne in Schlaf kommen zu können. Ohne sich aufzurichten, spricht er viel, will Geschichten erzählen, kommt aber stets aus einer in die andere. Dabei besinnt er sich jedoch und weiß es bald, wenn er etwas verkehrtes hineingemengt hat; er verbessert es dann; gerät aber immer wieder auf dieselben Abwege. So plagt er sich den halben Abend hin.“

Die Zeichenkombination Nummer 5: „Schwäche – Lustlosigkeit“ wird aber von den übrigen in Frage kommenden Mitteln nur noch von Phosphorus gedeckt, das aber bei den beiden ersten beiden Zeichenkombinationen jeweils nur mit zwei Treffern zu Buche schlägt. Nach dieser Analyse wäre Lachesis eindeutig das am besten passende Mittel, weil es die betrachteten Zeichenkombinationen nicht nur in Ähnlichkeit, sondern auch in signifikanter Anzahl hervorgebracht hat. Tatsächlich ist bei Vergleich der Analyse mit Hilfe des **Symptomenlexikons** mit der mit „Radar“ durchgeführten Fallanalyse Lachesis das einzige Mittel, für das sich aus beiden Perspektiven gute Verschreibungsargumente finden lassen.

Verordnung

► **Lachesis Q** 1–3 Tropfen, jeweils 2 x 5 Tropfen täglich, Fläschchen fünfmal kräftig schütteln vor jeder Einnahme, nach jeweils 14 Tagen auf die nächst höhere Potenz wechseln.

Verlaufparameter:

- Tagesmüdigkeit
- Schlafstörungen (Möglichkeit, Mirtazapin reduzieren zu können)
- Erschöpfung: aktuell bei 50 % (wenn 100 % eine „normale Fitness“ wäre)
- Mittelfristig: ausschleichendes Absetzen von Paroxetin ohne Wiederkehr der depressiven Symptomatik

Bisheriger Verlauf

Anruf nach 14 Tagen: In den ersten ein, zwei Tagen der Einnahme habe sie „ein bisschen schlechte Stimmung“ gehabt. Inzwischen sei die Stimmung „gut“. Die Reduktion von Mirtazapin von 15 mg auf 7,5 mg täglich habe sie ohne Schlafstörungen gut verkräftet.

Follow-Up zwei Monate später:

Aktuelle Medikation:

Mirtazapin 3,75 mg/die nur noch jeden zweiten Tag
Paroxetin 40 mg/die
Lachesis Q 3

Auch die weitere Reduktion von Mirtazapin von 7,5 mg auf 3,75 mg jeden zweiten Tag habe sie ohne Verschlechterung der Schlafstörungen gut bewältigen können. Allerdings beobachte sie seit dem letzten Reduktionsschritt wieder eine vermehrte Erschöpfbarkeit.

Verordnung:

► Weiterhin **Lachesis** Q-Potenzen, Einnahme wie oben

Wegen starker Tagesmüdigkeit und Erschöpfungsgefühl im Zusammenhang mit dem letzten Reduktionsschritt von Mirtazapin, vorübergehende Erhöhung der Dosis auf erneut 3,75 mg/die.

Ich beobachte gelegentlich bei dem Versuch, Mirtazapin ausschleichend abzusetzen, dass die Patienten doch erhebliche Schwierigkeiten bekommen, wie dies mitunter ähnlich auch beim Entzug von Benzodiazepinen beobachtet werden kann.

Follow-Up drei Monate nach der EA:

Paroxetin 40 mg
Mirtazapin 3,75 mg, drei Tage Pause, einen Tag Einnahme

Die Patientin nimmt jetzt nur noch jeden vierten Tag 3,75 mg Mirtazapin. Die Stimmung ist weiterhin ausgeglichen. Das Erschöpfungsgefühl sei wieder etwas besser geworden, aber noch deutlich vorhanden. Im Urlaub habe sie gar keine Rückenschmerzen gehabt. Seit sie wieder angefangen habe zu arbeiten, seien jetzt auch wieder leichte Rückenschmerzen aufgetreten, sie habe sich bezüglich ergonomischer Optimierung des Arbeitsplatzes bereits beraten lassen.

Verordnung:

Paroxetin 40 mg/die weiterhin
Mirtazapin in etwa zwei Monaten Absetzversuch
Lachesis Q-Potenzen weiterhin

Annahme: möglicherweise handelt es sich um eine „psychogene Chronifizierung“ des Erschöpfungsgefühls, deswegen Versuch, sie zu mehr Aktivität zu bewegen, trotz Erschöpfungsgefühl, um zu sehen, ob sich durch vermehrte Aktivität das Erschöpfungsgefühl bessern lässt.

Follow-Up 5 Monate nach EA:

Paroxetin 40 mg/die
Lachesis Q-Potenzen

Die Patientin konnte Mirtazapin zwischenzeitlich absetzen, das Erschöpfungsgefühl hatte sich leicht gebessert, der Rückenschmerz würde sehr wechselhaft auftreten. Die Stimmung sei „gut“.

Verordnung:

► Weiterhin **Lachesis** Q-Potenzen

Es wurde ein Schema zum ausschleichenden Absetzen von Paroxetin besprochen.

Telefonat 5 Monate und eine Woche nach EA:

Der Rückenschmerz habe sich verschlechtert, auch die Schlafstörungen hätten wieder zugenommen.

Verordnung:

► **Lachesis C 1000** 2 Globuli gleich, zwei Globuli in Wasser verrührt, 4 – 6 Mal täglich ein Teelöffel einnehmen, für 24 – 48 Std. Sobald der Schmerz deutlich besser wird, wieder Rückkehr zu Lachesis Q-Potenzen.

Zwei Tage später:

Nach Einnahme von Lachesis C 1000 sei sie völlig „platt“ gewesen, sie hätte nur noch schlafen können. Sie habe dann aufgehört Lachesis zu nehmen, der

Rückenschmerz sei jetzt deutlich gebessert. Das Schlafen sei wieder sehr gut gegangen.
Beurteilung: Erstreaktion nach Hochpotenz.

Verordnung:

Weiter mit der Einnahme von Lachesis pausieren, sobald sich erste Anzeichen einer Verschlechterung bezüglich Schlafstörungen, Stimmung, Erschöpfung oder Rückenschmerz zeigen, sofort wieder mit Lachesis Q-Potenzen einsetzen. Falls es unter Lachesis Q-Potenzen dann nicht zu einer prompten Besserung kommen sollte, sollte sich die Patientin bei mir melden.

Follow-Up 7 Monate nach EA:

Paroxetin 25 mg/die
Lachesis Q-Potenzen

Die Patientin hatte Paroxetin seit einer Woche auf 25 mg reduziert. Sie würde noch eine leichte Erschöpfung bemerken (70 – 80 % wenn 100 % „normal“ wäre). Bezüglich der Tagesmüdigkeit hätten ihr Injektionen von Aminosäuren sehr gut geholfen, sie könne jetzt nicht einmal mehr im Zug schlafen. Sie fühle sich jetzt annähernd normal belastbar. Die Rückenschmerzen seien wesentlich besser geworden, was die Patientin auch auf regelmäßiges Üben zurückführt. Die Patientin fühlt sich weitgehend gesund!

Verordnung:

Weiterhin Lachesis Q-Potenzen
Weiterhin ausschleichendes Absetzen von Paroxetin
Nächstes FU in ca. 5 Monaten.

Fazit

Natürlich ist der Fallverlauf noch viel zu kurz, um beurteilen zu können, ob Lachesis wirklich eine gut passende Arznei für die Erkrankung der Patientin ist. Ich habe diese Kasuistik auch nicht geschildert, um zu zeigen, dass man mit Lachesis auch mittelschwere bis schwere Depressionen erfolgreich behandeln kann, sondern ich wollte im Anschluss an meine Aus-

führungen zur Fallanalyse⁶ mit Hilfe eines auf dem Repertorium von Kent basierenden Werkzeuges eine Idee geben, in welche Richtung der Weg zu noch höherer Verschreibungssicherheit gehen könnte.

Das *Symptomenlexikon* wird nach meiner vorläufigen Einschätzung ein auf dem Werk von Kent basierendes Repertorium bei der Behandlung von Geistes- und Gemütskrankheiten nicht vollständig ersetzen können. Aber es kann vielleicht in vielen Fällen wertvolle zusätzliche Aspekte eröffnen.

Wenn der Fall eintritt, wie in dem oben Geschilderten, dass man mit zwei verschiedenen Methoden zu einem gleichen Ergebnis kommt, dann denke ich, ist man dem von Hahnemann postulierten, und von Klunker immer wieder geforderten Ideal einer „à priorischen Heilungsgewissheit“ ein gutes Stück näher gekommen.

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



Dr. med. Stephan Gerke

Jahrgang 1959, Studium der Medizin und Philosophie, Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie, Ausbildung zum Verhaltenstherapeuten. Seit 1997 niedergelassene Praxis als Psychiater, Homöopath und Verhaltenstherapeut. 2000 Diplom der internationalen Akademie für klassische Homöopathie, Alonissos, 2007 Diplom des DZVhÄ.

⁶ Vergl. Verlag Symbol und Homöopathie, Dr. Stephan Gerke „Homöopathie bei psychiatrischen Patienten. Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung von Depression u. a. psychischen Erkrankungen“ Karlsruhe 2016 <https://www.homsym.de/gerke-stephan/homoeopathie-bei-psychiatrischen-patienten.-moeglichkeiten-und-grenzen-der-behandlung-von-depression-u.-a.-psychischen-erkrankungen/5>