

# EINFÜHRUNG

## AUSGANGSLAGE

Das Ähnlichkeitsgesetz, das Samuel Hahnemann im Jahr 1790 formulierte, liegt heute noch jeder klassisch homöopathischen Behandlung zugrunde. Darüber, dass Ähnliches mit Ähnlichem geheilt werde, sind sich alle Homöopathinnen und Homöopathen einig. Jede und jeder von ihnen wird aber in der praktischen Arbeit rasch die Erfahrung machen, dass diese Grundprämisse nicht reicht, um in allen Fällen ein wirksames Mittel verordnen zu können.

Um den Menschen in seinem tiefsten Sein therapeutisch anrühren und heilen zu können, brauchen wir eine Vorstellung davon, wo seine innerste und ganz individuelle persönliche Problematik liegt. Und wir brauchen Arzneisubstanzen, welche ebenfalls auf ihre individuelle Einzigartigkeit hin untersucht worden sind. Nur wenn eine Verordnung — wie immer sie zustande kommt — diese tiefen Ebenen miteinander in Resonanz bringt, gelingt wahre Heilung.

Auch wir standen nach ersten Praxisjahren vor der Schwierigkeit, entweder die wirkliche Individualisierung aufzugeben und mit zwei bis fünf Dutzend gut bekannter Arzneien zu behandeln, oder aber hartnäckig an der Hahnemannschen Forderung nach dem ähnlichsten Heilmittel festzuhalten — und weiterzusuchen. Es war in dem Moment eine grosse Hilfe, als wir 1994 in Seminaren von Dr. Stefan Preis und Dr. Peter Mattmann auf die homöopathische Methodik des argentinischen Arztes Dr. Alfonso Masi-Elizalde aufmerksam wurden. Diese erlaubte erstmals eine ganz systematische Analyse von Arzneimitteln und Patientengeschichten. Sie bestätigte den Anspruch an eine konsequente Individualisierung und führte schnell weg von der so genannten Polychrest-Homöopathie. Darüber hinaus lieferte die Methodik auch erstmals ein Verständnis dafür, wie die Miasmen-Theorie aus heutiger Sicht verstanden und praktisch angewendet werden kann.

In den Jahren 1996/97 waren wir beteiligt an der Publikation der *Materia medica homoeopathica*, revidiert nach Dr. A. Masi-Elizalde. Von 1998-2000 leiteten wir mehrere Seminare zur Masi-Methode in den Räumen der damaligen Gemeinschaftspraxis von "Homöopathie im Zentrum" in Basel.

Unser wichtigstes Ziel war es dabei, eine Verbesserung des Arzneimittelstudiums, der Anamnesetechnik und der Verlaufsbeurteilung zu erreichen und zu vermitteln — jedoch nicht, eine möglichst umfassende Theorie der Homöopathie zu liefern. Schon mit diesem Anspruch gerieten wir in eine von Masi-Elizalde etwas abweichende Position. Dessen Anliegen ist nämlich eher die Suche nach einer absoluten Wahrheit in der Beschreibung des homöopathischen Arzneimittels und damit eine wesentlich grössere Sicherheit in der Verschreibung eines so genannten Simillimums.

Eine noch deutlichere Abweichung vom Gedankengut Masi-Elizaldes ergab sich durch den Bezug seiner Methode zur Philosophie des Thomas von Aquin.

Obwohl Masi-Elizalde selbst immer betonte, es sei nicht der religiöse Aspekt dieses philosophischen Gedankengebäudes, welcher in der homöopathischen Arbeit von Bedeutung

sei, störten wir uns zunehmend an der christlich-patriarchalen Sprache, am Nichtvorkommen von Frauenthemen, an den absolut gesetzten Gottesbegriffen, an der ganzen Moral von Sünde und Strafe, die unserer Meinung nach die Frage nach Krankheit und Heilung des Menschen nur belastet, statt sie zu erhellen.

Immer wieder versuchten wir zwar, "Sünde" nicht als "Sünde", d.h. nicht als etwas falsch Gemachtes, Negatives, Böses zu verstehen, ebenso "Strafe" nicht als etwas, was einen quasi "von oben" ereilt — aber so recht gelingen wollte die Umdeutung nie, da die Begriffe durch unseren gesellschaftlichen Kontext doch zu sehr belastet sind.

Als wir schliesslich anfangen, unsere Resultate schriftlich zu fixieren, gerieten wir endgültig in die Zwickmühle — wer nicht "Sünde" meint, sollte auch nicht "Sünde" hinschreiben! Befreien konnten wir uns vom Ballast christlicher Terminologie und thomistischer Philosophie in dem Moment, als wir in der Revision der Arzneimittel nicht mehr nach einer "Ur-sünde" und nach einer "geneideten göttlichen Eigenschaft" suchten.

Statt dessen formulierten wir die Frage nach dem "Knick in der Optik", den offenbar jeder Mensch bei seiner Geburt mitbringt. Zahlreiche Philosophien und psychologische Ansätze gehen von einem solchen "Grundproblem" aus. Unser Ansatz wird im untenstehenden Kapitel "Primäre Psora" noch näher erläutert. Wir gehen dabei von einer Reihe grundsätzlicher Fragen aus, mit der wir uns in der täglichen Arbeit einer Symptomsammlung nähern. Diese Fragen sind in den jeweils links stehenden grauen Kästchen gefasst und bilden das gleich bleibende Raster unserer Arzneimitteldarstellungen.

Wir hoffen, dass durch unsere eher praxisorientierte Vorgehensweise auch jene Homöopathinnen und Homöopathen einen Zugang zu den positiven Entwicklungen finden, die dank Masi-Elizalde in die Homöopathie Einzug gehalten haben, welche bis jetzt sofort assoziierten „ach, das ist diese religiöse Geschichte...“.

Nachstehend versuchen wir eine kurze Einführung in unsere Überarbeitungsform zu geben, obwohl uns bewusst ist, dass eine schriftliche Darstellung kein Einführungsseminar ersetzen kann.

Dabei gehen wir Schritt für Schritt so vor, wie wir dies bei einer *Mittel- oder Fallbearbeitung* zu tun pflegen.

Die *Arzneimitteldarstellungen* präsentieren sich später aber umgekehrt: Dort steht das *Resultat* der Analyse kurz gefasst auf den ersten drei Seiten, damit sich jede Leserin, jeder Leser rasch einen Überblick über die Kernidee einer Mittelhypothese verschaffen kann.

Wir möchten an dieser Stelle betonen, dass unsere Ergebnisse vorläufiger Art sind und durch Anwendung in der Praxis bestätigt oder revidiert werden können.

Wer sich intensiver mit der eigentlichen Masi-Methode befassen möchte, findet in den Quellen-Angaben am Ende dieses Kapitels Literaturhinweise.

In den revidierten Arzneimitteln benutzen wir — so weit es Sinn macht — die maskuline Form und beziehen uns damit auf "der Mensch".

Die Auswahl der behandelten Arzneimittel folgt keinem System. Wir lassen uns leiten von interessanten Krankengeschichten, Begegnungen mit speziellen Prüfungssymptomen, Interesse an bestimmten Substanzen usw.

Ein zweiter Band revidierter Arzneimittel-Darstellungen ist in Arbeit.

## THEMENLISTE

Der erste Schritt in der Revision eines Arzneimittels besteht in der Erstellung einer so genannten *Themenliste*.

Dazu wird ein Teil der Prüfungssymptome nach bestimmten Kriterien *geordnet*.

Wir stützen uns dabei vorwiegend auf die Originalsymptome aus den *Materiae Medicae* von Stapf, Hartlaub & Trinks, Hahnemann, Allen, Hering, sowie auf moderne Prüfungsberichte (vgl. die jeweiligen Quellen-Angaben).

Die Symptome werden wörtlich und in der originalen Schreibweise zitiert, da Übersetzungen oder die Übertragung in die Repertoriumssprache eine reiche Fehlerquelle darstellen. Die Symptombispiele in den folgenden Abschnitten stammen aus dem Kapitel *Carbo animalis*.

**Welche Symptome** werden in einer Themenliste berücksichtigt?

### 1. Sämtliche **Mind-Symptome**

Beispiel: „Die Gegenstände auf der Strasse scheinen ihm verändert, z.B. weiter auseinander und heller, als gewöhnlich, wie in einer leeren, verlassenen Stadt“.

*Allgemeine psychische Reaktionen* wie Trauer, Furcht, Zorn oder Freude können in einem Thema zusammengefasst werden, (vgl. Nr. 7 „Traurig, verzweifelt, deprimiert“ oder Nr. 15 „Lustig“), wenn sich eine Empfindung oft wiederholt und damit etwas von der Stimmung eines Mittels zum Ausdruck bringt. Für die Hypothesenbildung sind diese Themen aber von geringem Interesse.

Entscheidend sind vielmehr die *Inhalte* der Symptome, z.B. „Er fühlt sich, früh, *wie verlassen*, und voll *Heimweh*“, oder „nicht zu vertreibende grämliche Gedanken und Unmut *über Gegenwärtiges und Vergangenes*, bis zum Weinen“.

### 2. Alle **Trauminhalte** oder **Wahnideen**

Beispiel: „Lebhafte Träume über wissenschaftliche Gegenstände“.

### 3. **Körpersymptome**, die mit einem **Mind-Anteil** „dotiert“ sind.

Beispiel: „Zusammenschnürung der Brust, zum Ersticken, früh im Bette; sie glaubt zu sterben, bekommt vom Sprechen Stiche im Herzen, und bei Bewegung der Arme ein Gefühl, als ob das Herz und die Brust zerreißen wollte“. Siehe auch das ganze Thema 29, „Körpersymptome mit Ängstlichkeit“. Der Sexualität ist in dem Sinne ebenfalls immer ein eigenes Thema gewidmet.

### 4. **Auffällige Körpersymptome, Lokalisationen und Modalitäten.**

Beispiele: „Zuckendes Reißen in der linken Hinterhauptsseite: es schießt wie ein Blitz sehr schmerzhaft in verschiedener Richtung hin und her“ oder „Am Unterbauche, auf der rechten Seite, schmerzhaft empfindung, als wolle sich da etwas durchquetschen“.

Als Modalität fällt bei *Carbo animalis* z.B. die Frühverschlimmerung, Th 20, ins Auge.

### 5. **Als-ob-Symptome**

Beispiele: "Beim Ergreifen von irgendetwas werden die Finger steif, als ob sie nicht genügend Kraft hätten" oder "bei Bewegung der Arme ein Gefühl, als ob das Herz und die Brust zerreißen wollte".

**6. Allgemeine Schmerzqualitäten** wie stechen, brennen, reissen, ziehen usw. werden oft nur als Auflistung der Symptomnummern aufgeführt, da ihre Bedeutung für die Hypothesenbildung meist gering ist.

*Geordnet* werden die Symptome nun nach thematischer Aussage, so dass unter einem einzelnen Thementitel Mind-Symptome, Träume, Als-ob-Empfindungen usw. zusammengefasst werden können.

Vgl. Thema 8 "Will oder kann nicht sprechen".

Umgekehrt ist es möglich, dass *ein einzelnes Symptom zwei oder mehr thematische Inhalte* aufweist und daher in der Themenliste mehrfach auftaucht.

So erscheint das Symptom "er fühlt sich früh wie verlassen, und voll Heimweh" einmal unter Thema 1 "Verlassenheit", einmal unter Thema 4 "Heimweh".

Ebenso tauchen am Ende eines Themas manchmal Quellenangaben mit zahlreichen Symptomnummern auf: Diese belegen den Umfang eines Themas, die entsprechenden Symptome sind bereits unter einem andern Thema aufgeführt, oder sie sind wenig speziell und lohnen nicht, im einzelnen zitiert zu werden. Vgl. Th 40, "Behinderte Sicht".

Schon das Durchlesen einer Themenliste kann hilfreich sein, wenn es darum geht, sich für eine Differentialdiagnose rasch einen umfassenden Überblick über die wesentlichen Inhalte eines Arzneimittels zu verschaffen.

Wenn man mehrere Themenlisten hintereinander durchblättert, wird man erkennen, dass einige allgemeine Lebensbereiche bei den meisten Arzneimitteln auftauchen: Arbeit, Beziehung zu anderen Menschen, der eigene Körper, Gesundheit, Krankheit, Tod, Intellekt, Lernen, usw. Damit die Nuance des einzelnen Arzneimittels herausgearbeitet werden kann, bedarf es also einer weiterführenden Fragestellung.

## Annäherung an die MIASMATISCHE DYNAMIK

In einem zweiten Bearbeitungsschritt werden die in der Themenliste vorsortierten Symptome nach neuen Kriterien geordnet. Um zu verstehen, auf welche Weise dies geschieht, bedarf es eines kurzen Ausflugs in die Geschichte und Philosophie der Homöopathie:

Hahnemann postuliert in seiner Miasmen-Theorie in den "Chronischen Krankheiten" *eine* Grundkrankheit des Menschseins, die so genannte Psora. Diese Idee einer "primären Ursache" für Krankheit und Leiden ist auch in anderen philosophischen oder religiösen Systemen bekannt, man denke etwa an die christliche Erbsünde. Später ergänzte Hahnemann zwei weitere Miasmen, nämlich Sykosis und Syphilis, in jüngerer Zeit wurde von anderen Homöopathen ein Tuberkulose- resp. ein Krebs-Miasma vorgeschlagen.

*Eine* Unklarheit in der Miasmen-Diskussion rührt sicher daher, dass einer "Grundkrankheit Psora", einer ursächlichen "Erbsünde", die den Menschen krank macht, eigentlich keine weiteren "Sündenfälle" hinzugefügt werden können.

Wie sich später noch deutlicher zeigen wird, eignen sich aber die weiteren Miasmen, um Krankheitsverläufe zu beschreiben. "Sykotische" oder "syphilitische" Symptome beschreiben eine dynamische Entwicklung im Krankheitsprozess, dieser wird z.B. dramatischer, ernster, und schwerer therapierbar. Er wandelt sich von der funktionellen Störung (Psora) zur Wucherung (Sykosis) und schliesslich zur Läsion (Syphilis).

Masi-Elizaldes grosses Verdienst ist die Entdeckung, dass sich eine vergleichbare Dynamik auf der *psychischen* Ebene des Menschen abspielt. Einer "Urschuld" (der so genannten primären Psora) begegnet der Mensch in einer ersten Reaktionsphase mit Angst (sekundäre Psora). Weil dieser Zustand auf Dauer nicht angenehm ist, kompensiert er die Angst in einer nächsten Phase (tertiäre Psora) durch Aufblähung (Egotrophie), Flucht (Egolyse) oder Angriff (Alterolyse).

Dieses Geschehen lässt sich in den Symptomen jedes hinreichend geprüften Mittels nachvollziehen. Es gibt also keine "psorischen", "sykotischen" oder "syphilitischen" Mittel mehr, wohl aber entsprechende Phasen innerhalb einer jeden Symptomsammlung. Diese dynamische Entwicklung wird in den folgenden Abschnitten näher erläutert.

## MIASMATISCHE DYNAMIK — SEKUNDÄRE PSORA

Als erstes sammeln wir die Symptome, welche ein individuelles Leiden ausdrücken: Ängste, Trauer, schreckhafte Träume, furchterregende Phantasien usw. Später versuchen wir, daraus Rückschlüsse zu ziehen auf den Wesenskern des Arzneimittels, resp. des Patienten.

Ein wesentliches Merkmal der sekundären Psora ist es, dass der Mensch hier noch fähig ist, seiner Angst zu begegnen, seinem Leiden Ausdruck zu geben und es in unterschiedlicher Weise — z.B. mit vorübergehenden Kompensationshaltungen der tertiären Psora — zu bewältigen.

## MIASMATISCHE DYNAMIK — TERTIÄRE PSORA

Um nicht ein Leben in Angst, respektive im Leidenszustand der sekundären Psora zubringen zu müssen, entwickelt jeder Mensch verschiedene Kompensationsmechanismen. So lange ein freies Flottieren zwischen den verschiedenen Haltungen möglich ist, nehmen wir wie bereits erwähnt ein psychisches Gleichgewicht an und halten einen Menschen für relativ gesund. Im alltäglichen Leben ist es nötig, mal Angst zu haben, dann wieder eine egotrophe Haltung einzunehmen, um eine besondere Aufgabe anzupacken, oder auf ein trauriges Ereignis mit Niedergeschlagenheit zu reagieren. Wenn sich aber eine der Kompensations-Strategien verfestigt und die betreffende Person in einer bestimmten Haltung verharrt, sprechen wir von "tertiärer Psora". Diese umfasst die drei folgenden Möglichkeiten:

### Egotrophie

Die Aufblähung, "Sykotisierung" oder Hypertrophie des Ego: Der Mensch versucht, sein individuelles Leiden zu verdrängen, indem er es zu seiner persönlichen Lebensphilosophie, einer Art **Vollkommenheitsvorstellung** erhebt. Gerade dort, wo seine grösste Empfindlichkeit liegt, entwickelt er die höchsten Ansprüche. Er will wie der "Kleine Häwermann" in der Kindergeschichte von Theodor Storm "mehr, mehr" von einem bestimmten Bereich seines Lebens (s. Anmerkungen am Ende des Einführungskapitels). Wir sollten darauf achten, diese Haltung nicht als moralisch verwerflich zu beurteilen, wie es einer alten christlichen oder einer neueren esoterischen Denkweise vielleicht entsprechen würde.

Eine andere Form der Egotrophie ist die **Kompensation des Verlusterlebens** (dieses wird im Kapitel "Primäre Psora" genauer beschrieben). Der Mensch sagt sich hier, dass es gar keine Unzulänglichkeit gibt, er schaltet sein Leiden aus, indem er es leugnet oder nicht zur Kenntnis nimmt. Die Lafontain'sche Fabel vom Fuchs und den Weintrauben illustriert diese Haltung trefflich.

### Egolyse

Eine weitere Kompensationsform des menschlichen Leidens ist Flucht oder Rückzug. In der syphilitischen Lysis begegnen wir einer "Auflösung des Ego", d.h. Symptomen wie Depression, tiefsitzender Resignation und letztendlich dem Suizid. Zeigen sich in den Phasen von sekundärer Psora und Egotrophie bunte, individuelle Symptome, wird das Mittelbild hier immer düsterer, einheitlicher und schwerer unterscheidbar.

### Alterolyse

In der dritten Variante der tertiären Psora geht der Mensch dazu über, die Verantwortung für sein Leiden der Mitwelt zuzuschieben. Er wird aggressiv, schimpft, prügelt und kann so weit gehen, seine Probleme erledigen zu wollen, indem er ein Stück Aussenwelt zerstört.

## LEITMOTIV — PRIMÄRE PSORA

Bis hierher haben wir eine Neugruppierung bekannter Symptome (Themenliste) und eine Einteilung in einen dynamischen psychischen Ablauf (miasmatische Dynamik) vorgenommen.

Um aus dem vorliegenden Material nun eine Kernidee herauschälen zu können, begeben wir uns auf die Ebene der primären Psora, in die Gedankenwelt der Ursünde oder — weniger christlich-moralisch formuliert — auf die Suche nach dem individuellen "Knick in der Optik".

Wir gehen davon aus, dass jeder Mensch eine etwas verzerrte Wahrnehmung in sein Dasein mitbringt. Diese macht es ihm unmöglich, sich selbst und seine Umgebung objektiv oder vollständig zu sehen.

Da die Verzerrung ganz individuell ist, sind die Menschen in ihren Denkweisen, Empfindlichkeiten, Ängsten, Träumen usw. absolut voneinander verschieden. Diese Einzigartigkeit hilft uns nun, ein vielschichtig wirkendes Arzneimittel zu verschreiben — falls es gelingt, die so genannte primäre Psora eines Patienten zu verstehen und sie mit der Kernidee eines Arzneimittels in Beziehung zu setzen.

Man muss sich bewusst machen, dass die Aussagen über die primäre Psora auf einer Meta-Ebene liegen: Hier lassen sich Schlüsse ziehen, Thesen aufstellen, Vermutungen äussern. Es ist jedoch unmöglich, ein Arzneimittel oder gar einen Patienten *direkt* in dieser vertieften Art und Weise wahrnehmen zu wollen.

Zwar gibt es Symptome, welche die primäre Psora deutlich illustrieren, z.B. Träume, Wahnideen oder Als-ob-Empfindungen. Um aber den roten Faden in die Hand zu bekommen, an dem entlang wir die Grundproblematik einer Arzneisubstanz entwickeln können, müssen wir uns weiteren Fragen zuwenden:

Welche „Conditio humana“ lehnt er ab?  
Wo wünscht er sich Vollkommenheit?

Jedem Menschen sind eine Vielzahl von Pflichten und Einschränkungen auferlegt: Die Auseinandersetzung mit dem Körper, die tägliche Arbeit, die Sorge um die Familie, die Beziehung zum Mitmenschen, die Fragen nach dem Sinn von Leben, Krankheit und Tod usw. halten ihn ein Leben lang in Atem.

Dort, wo der Mensch sich nun am meisten gegen sein Schicksal empört, ausgerechnet mit *dieser* Aufgabe betraut worden zu sein, verbirgt sich seine Ablehnung: Diese Bedingung des Menschseins, diese Conditio humana will er nicht akzeptieren.

Umgekehrt hat er vom gleichen Bereich eine Vollkommenheitsvorstellung. In seinem Inneren trägt er die Idee von einer heileren Welt, er weiss zutiefst, wie er sein Dasein verbessern würde, wenn es in seiner Macht stünde.

Egotrophe Symptome stellen dieses Wunschdenken oft bildlich dar und zeigen, wo dieser Mensch "mehr, mehr" will.

Wo erlebt er deshalb ein Nichtgenügen, einen Verlust?

Die logische Folge des zu hohen Anspruchs an einen bestimmten Bereich des Menschseins ist ein Gefühl von Verlust. Was immer der Mensch anstrebt, wie sehr er sich auch bemüht — das Resultat wird ihm nie vollkommen erscheinen und er kann in diesem speziellen Gebiet keine Befriedigung erfahren.

Besonders wertvoll für die Suche nach dem Grundproblem des Arzneimittels oder des Patienten sind Verlust-Empfindungen, die der Realität nicht angemessen sind. So kann jemand das Gefühl haben, nie einen passenden Partner zu finden — wenn wir aber nachfragen, stellt sich heraus, dass er eigentlich recht zufrieden verheiratet ist. Ein anderer Patient glaubt, nicht richtig sprechen zu können und klagt darüber, wie er immer nach Worten ringen müsse — in der Anamnese erleben wir ihn aber durchaus wortgewandt.

In einem späteren (egolytischen) Stadium der Pathologie kommt es immer mehr zu realen Verlusten oder Dysfunktionen genau dort, wo man sich "mehr, mehr" wünschte. Diese Zustände sind nur noch wenig individuell ausgeprägt — oft versagen die Sinneskräfte, die Gedanken verwirren sich, die Bewältigung des Alltags gelingt nicht mehr, usw. — weshalb sich die "Verlust-Kapitel" zum Teil sehr ähnlich lesen.

Was empfindet er infolge der Ablehnung als Bedrohung oder als Strafe?

Offenbar ist es der menschlichen Psyche tief eingepägt, dass sie für ihre Hybris, für ihren Vollkommenheitsanspruch eine Bestrafung erwartet.

Nehmen wir an, jemand strebe nach einer vollkommenen Liebesbeziehung. Dieser Mensch will also etwas, was nicht zu haben ist und erlebt folgerichtig in dem Bereich immer eine Frustration, oder wie oben erwähnt ein Verlustgefühl

Man kann jetzt weiter Fragen, welche Ängste er an dem Punkt erlebt:

In unserem Beispiel würde der Patient sich davor fürchten, auf andere Menschen zuzugehen, oder Angst haben, mit seinem ungenügenden Körper nicht attraktiv für andere zu sein, oder so sehr um den Verlust seines Partners bangen, dass er sich lieber auf keine Beziehung einlässt.

Sowohl aus dem individuellen Verlust-Erleben als auch aus den konkreten Ängsten vor einer Bestrafung lassen sich Rückschlüsse ziehen auf den Vollkommenheitsanspruch und damit auf die Kernidee.

Worauf richtet sich der Fokus der inneren Aufmerksamkeit?

Wenn wir uns den „Knick in der Optik“ wie in der untenstehenden Grafik bildlich vorstellen, sehen wir, dass in *dem* Bereich, wo der „innere Suchscheinwerfer“ hinfällt, besonders grosse



Aufmerksamkeit liegt. Hier befindet sich der empfindlichste Punkt wo der Mensch „allergisch“ reagiert, dort fühlt er sich immer unmittelbar betroffen, gekränkt, aufgewühlt.

Um im obigen Beispiel zu bleiben: Ein Mensch, der sich eine vollkommene Liebesbeziehung wünscht, reagiert z.B. das erste Mal in der Pubertät, dann bei jeder Zurückweisung oder Enttäuschung, vielleicht sogar bei der Lektüre von Groschenromanen. Ereignisse, die anderen Menschen banal vorkommen, machen dieses Individuum betroffen, vielleicht sogar körperlich krank, weil seine primäre Psora gereizt wurde.

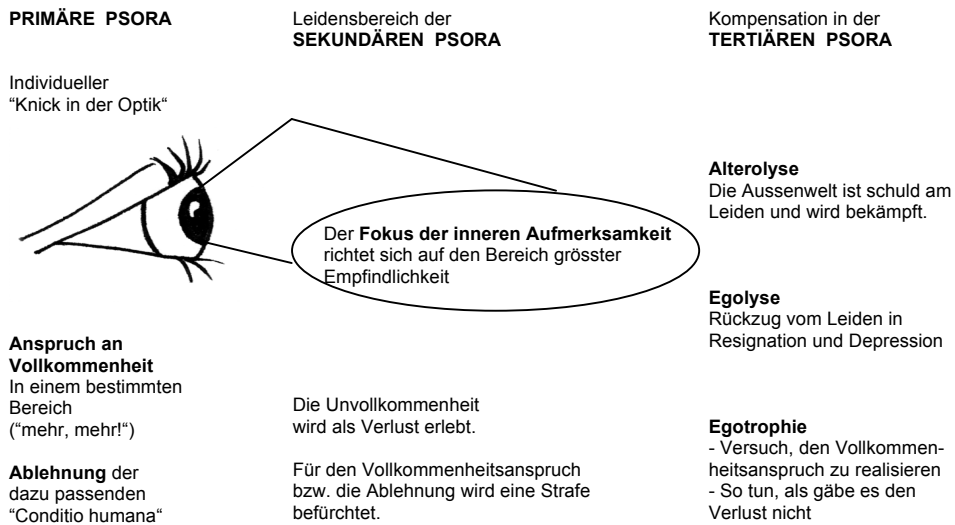
Wie könnte sich ein bewusster Umgang mit der Grundproblematik darstellen?

Im Laufe unserer Arbeit wurde uns bewusst, dass nicht alle Erscheinungsformen eines Arzneimittels abgedeckt sind, wenn man nur die pathologischen Verhaltensweisen beschreibt.

Wir versuchen uns also neu bei jedem Mittelbild vorzustellen, wie ein Mensch aussehen könnte, der sich seiner Psora so weit als möglich bewusst geworden ist und einen kreativen Umgang damit gefunden hat — „zu dem höhern Zwecke unsers Daseins“ wie Hahnemann im „Organon“ schreibt.

Die Nuancierung zur Egotrophie hin ist dabei manchmal hauchdünn. Der Leser sei durchaus zur eigenen Beobachtung und Reflexion aufgefordert.

## ZUSAMMENFASSUNG



## **INTERPRETATION einzelner Themen oder Symptome**

In diesem Kapitel werden noch einmal alle wesentlichen Symptome durchgekämmt und darauf hin überprüft, ob sie sich im Licht der Hypothese erklären lassen. Dies dient auch der Kontrolle, ob nicht ein wesentlicher Aspekt vernachlässigt, "zurechtgebogen" oder falsch verstanden wurde. Oft ergeben sich höchst interessante Zusammenhänge zwischen der Hypothese einerseits und Mythologie, Symbolik, Etymologie, Philosophie, Märchen usw. andererseits.

## **DIFFERENTIALDIAGNOSE**

Wünschenswert wäre eine DD zur *Grundproblematik* eines Arzneimittels, damit man nach einer Fallbearbeitung die Möglichkeit hätte, Mittel mit ähnlichen Inhalten zu finden. Dies scheitert momentan noch an einem Stichwortverzeichnis (einer Art "Repertorium der revidierten Mittel"), an der zu geringen Zahl überarbeiteter Arzneien und an unserer zu kleinen Arbeitskapazität. Aus diesem Grund gibt es bei vielen Mitteln noch keine Angaben zur DD, bei einigen finden sich Vergleichsmittel aus den Hypothesensammlungen der MMH oder der AFADH.

## **ZUR SUBSTANZ**

Hier finden Sie Angaben zur Prüfsubstanz, zu deren Herkunft, Gewinnung und Bezeichnung. Manchmal ergeben sich selbst hier interessante Beziehungen zur Hypothese.

## **ANMERKUNGEN**

Ein Sammelkapitel für alles, was uns im Verlauf der Hypothesenbildung interessant erschien, aber nicht direkt eingearbeitet werden konnte. Passend zu dieser Einführung seien also zwei Literaturstellen zitiert:

Eine wunderbare Illustration für einen unerfüllbaren, unermesslichen Anspruch ans Schicksal oder eine Vollkommenheitsvorstellung (primäre Psora) finden wir in Theodor Storms Kindergeschichte "Der kleine Häwermann":

"Es war einmal ein kleiner Junge, der hiess Häwermann. Des Nachts schlief er in einem Rollenbett (...), wenn er aber nicht müde war, so musste seine Mutter ihn darin in der Stube herumfahren, und davon konnte er nie genug bekommen. Nun lag der kleine Häwermann eines Nachts in seinem Rollenbett und konnte nicht einschlafen; die Mutter aber schlief schon lange neben ihm in ihrem grossen Himmelbett. „Mutter“ rief der kleine Häwermann, „ich will fahren!“ Und die Mutter langte im Schlaf mit dem Arm aus dem Bett und rollte die kleine Bettstelle hin und her, und wenn ihr der Arm müde werden wollte, so

rief der kleine Häwermann: „Mehr, mehr!“ und dann ging das Rollen wieder von vorne an. Endlich aber schlief sie gänzlich ein; und soviel Häwermann auch schreien mochte, sie hörte es nicht; es war rein vorbei. Da dauerte es nicht lange, so sah der Mond in die Fenserscheiben, der gute alte Mond, und was er da sah, war so possierlich, dass er sich erst mit seinem Pelzärmel über das Gesicht fuhr, um sich die Augen auszuwischen: (...) Da lag der kleine Häwermann mit offenen Augen in seinem Rollenbett und hielt das eine Beinchen wie einen Mastbaum in die Höhe. Sein kleines Hemd hatte er ausgezogen und hing es wie ein Segel an seiner kleinen Zehe auf; dann nahm er ein Hemdzipfelchen in jede Hand und fing mit beiden Backen an zu blasen. Und allmählich, leise, leise, fing es an zu rollen, über den Fussboden, dann die Wand hinauf, dann kopfüber die Decke entlang und dann die andere Wand wieder hinunter. „Mehr, mehr!“ schrie Häwermann, als er wieder auf dem Boden war (...) Als er dreimal die Reise gemacht hatte, guckte der Mond ihm plötzlich ins Gesicht. „Junge“, sagte er, „hast du noch nicht genug?“ „Nein“ schrie Häwermann, „mehr, mehr! Mach mir die Tür auf! Ich will durch die Stadt fahren; alle Menschen sollen mich fahren sehen.“ „Das kann ich nicht“, sagte der gute Mond; aber er liess einen langen Strahl durch das Schlüsselloch fallen; und darauf fuhr der kleine Häwermann zum Haus hinaus (...)“ So geht die Geschichte weiter, immer wieder fragt der Mond „Junge, hast du noch nicht genug?“ und immer schreit Häwermann „mehr, mehr!“ Er rollt bis in den Himmel, gerät mit Mond, Sternen und schliesslich der Sonne in Konflikt, welche ihn am Ende ins Meer wirft. Die Geschichte endet mit dem Abschnitt: „Ja und dann? Weisst du nicht mehr? Wenn ich und du nicht gekommen wären und den kleinen Häwermann in unser Boot genommen hätten, so hätte er doch leicht ertrinken können!“

Wir sehen also einen hypertrophen Anspruch, der niemals befriedigt werden kann und schliesslich von aussen gebremst wird. Häwermanns Vollkommenheitsanspruch wird auf ein menschliches Mass zurecht gestutzt.

Ein zweites Zitat illustriert wie bereits erwähnt die Kompensationshaltung der Egotrophie: Jean Lafontaine, "Der Fuchs und die Trauben":

"Ein Fuchs, der aus Gascogne war oder Normandie, halbtot vor Hunger schon, sah hoch einst am Spalier Weintrauben, reif erschienen die mit ihrer braunen Bäckchen Zier. Oh, wie nach diesem Schmaus der Fuchs Verlangen trug! Doch da er sie nicht konnt erreichen, sprach er: „Sie sind zu grün, für Buben gut genug.“ War's besser nicht als klagend weichen?"

## QUELLEN

ÜLM	Preis Stefan und Masi-Elizalde, Alfonso: Überarbeitung der Lehre, Materia Medica und Technik der Homöopathie, Verlag Sylvia Faust, Höhr-Grenzhausen 1993
MMH	Preis Stefan, Mattmann Peter, Weihe Christoph, Studer Susanne, Weiss Karl: Materia Medica Homoeopathica - revidiert nach Dr. Alfonso Masi-Elizalde, Luzern 1996/97 (Für die Einführung in die Masi-Methode sind vor allem die Vorworte von Preis/Mattmann/Weihe wertvoll, sowie die Erarbeitung einer Hypothese am Beispiel von <i>Elaps corallinus</i> .)
AFADH	Association Française pour l'Approfondissement de la Doctrine Homéopathique, Cahiers de Doctrine depuis 1984
Lou	Loutan Guy, Répertoire de Thèmes et de Matière Médicale Dynamique, 8. ed. Genf 1997

## VERÄNDERUNGEN IN DER HOMÖOPATHISCHEN PRAXIS

Unsere Praxisarbeit wurde bereichert durch eine vertiefte Wahrnehmung des Patienten, durch eine strukturierte und systematisierte Fallbearbeitung und durch ein ebensolches Mittelstudium.

Die folgenden Erläuterungen können kein Einführungsseminar in die Methodik ersetzen. Ein geplanter Band mit gesammelten Kasuistiken wird dafür hoffentlich mehr Raum bieten. Trotzdem möchten wir einige Aspekte unserer Erfahrung aufgreifen:

### Eine andere Anamnesetechnik

In einem Zeitrahmen von etwa zwei Stunden halten wir das Gespräch mit dem Patienten möglichst im Wortlaut fest.

Eine wertfreie Grundhaltung und eine offene Fragestellung sind dabei von entscheidender Bedeutung. Entsprechende Fortbildungskurse in Themenzentrierter Interaktion, in Gesprächsführung und Aktivem Zuhören z.B. nach Thomas Gordon, oder Carl R. Rogers, können wir nur empfehlen.

An erster Stelle steht der Spontanbericht des Patienten, sowie das genaue Erfassen aller Beschwerden, die ihn zu uns führen. Wir legen Wert auf die Feststellung, dass unsere Methodik nicht allein die Mind-Symptome erfassen will, sondern dass auffällige Körpersymptome von grosser Bedeutung für eine Patientenhypothese sein können.

Die Frage nach der Causa führt uns oft auf die psychische Ebene. Dabei legen wir unser Augenmerk vor allem auf die im Kapitel "Themenliste" beschriebene *Motivation*, die hinter allgemein menschlichen Reaktionen Freude, Trauer, Wut und Angst steht.

Erzählte uns früher jemand, er leide seit dem Tod seiner Frau unter bestimmten Symptomen, flackerte sofort die Repertoriums-Rubrik "Beschwerden durch Kummer" auf, und wir fragten vielleicht noch nach, ob er denn ab und zu weinen könne. Natürlich sagte der Mann meistens, er weine nur gerade, wenn er allein auf dem Friedhof stehe, und die Schiene zum Arzneimittel Natrium muriaticum war vorprogrammiert.

Heute fragen wir deshalb nach, was ihn denn am Tod seiner Frau am meisten betroffen gemacht habe: Jemand leidet z.B. darunter, dass der Pfarrer die Begräbnisfeier in unziemlicher Hast erledigt hat. Ein zweiter ist auf seine Frau sauer, weil sie ihn so im Stich gelassen hat und er sich nun allein versorgen muss, ein dritter zerbricht fast daran, dass er das Leiden seiner Kinder miterleben muss, usw. Diese Symptome haben nun einen *psychischen Inhalt*, den wir für eine Patienten-Hypothese verwenden können.

Selbst banale Aussagen können verraten, wo der individuelle Fokus der inneren Aufmerksamkeit liegt. So könnte eine Patientin von ihrem momentanen Stress berichten, weil sie demnächst mit ihren drei Kindern allein nach Italien fahre. Da wir geneigt sind, diese Reaktion für "normal" zu halten, verpassen wir vielleicht die Nachfrage. Auf diese könnten wir überrascht erfahren, dass die Patientin unter einer Tunnelphobie leidet, oder dass sie fürchtet, ihr Auto werde ausgeräumt, oder dass sie glaubt, die zweiwöchige Trennung von ihrem Liebhaber nicht aushalten zu können.

Mit einer klassischen Kopf-zu-Fuss-Befragung runden wir die Anamnese ab.

### **Welch ein Zeitaufwand !**

Einer der wichtigsten Kritikpunkte an der so genannten Masi-Methode richtet sich gegen den hohen Zeitaufwand in der Fallbearbeitung. Es stimmt, dass wir für die Erstellung einer Patienten-Hypothese zwei bis vier Stunden einsetzen.

Ein Gewinn zeigt sich dann, wenn es gelingt, ein möglichst passendes Mittel (das so genannte "Simillimum") zu verordnen, welches dem Patienten über eine lange Zeit Besserung bringt. Es wird sich z.B. in einer akuten Erkrankung, bei einem speziellen Stress oder bei einem Rückfall bewähren. In all diesen Situationen brauchen wir kein neues Mittel zu suchen. Wir begleiten vielmehr den Patienten und entscheiden je nach Situation über die Höhe der einzusetzenden Potenz.

### **Nur noch ein Mittel fürs ganze Leben ?**

Um diese Frage beantworten zu können, werden wir — so es uns gegeben ist — noch ein paar Jahrzehnte weiter arbeiten und Fallverläufe beobachten müssen. Masis Postulat des einen und einzigen Mittels scheint auch uns zu absolut.

Der Anspruch, für jeden Menschen das Simillimum zu finden, scheitert an verschiedenen Gegebenheiten: Es gibt zu wenig ausreichend geprüfte Substanzen. Nur wenige von ihnen stehen uns in revidierter Form zur Verfügung. Der Zugriff über Stichwortverzeichnisse und Repertorien lässt selbst im Computer-Zeitalter noch Wünsche offen. Ganz entscheidend aber ist, dass sich Heilung letztlich unserem Willen und der Berechenbarkeit entzieht.

Um ein Arzneimittel zu verordnen, sind wir nach wie vor auf eine klassische Repertorisation angewiesen. Das Schwergewicht legen wir dabei auf die § 153-Symptome, nicht so sehr auf die Mind-Rubriken. Ein Beispiel dafür, wie anfällig die Gemüts-Rubriken für Übersetzungs- und andere Fehler sind, ist im Kapitel Anmerkungen von Gratiola dokumentiert.

Die seltenen Fälle, in denen wir erlebten, dass ein einziges Mittel die Patienten über Jahre zur allseitigen Zufriedenheit begleitet und eine wirkliche Entwicklung in Gang gebracht hat, sind dermassen befriedigend, dass wir immer wieder neu motiviert werden, trotz aller Unzulänglichkeiten weiter zu forschen.

### **Neue Beurteilung des Fallverlaufs – durch miasmatische Dynamik**

Wie oben ausgeführt, halten wir einen Menschen dann für gesund, wenn ihm das Flottieren zwischen verschiedenen miasmatischen Phasen noch gelingt (sekundäre Psora), wenn er mit Höhen und Tiefen seines Daseins angemessen umgehen kann.

In der tertiären Psora ist die Beweglichkeit zwischen diesen Reaktionsmechanismen hingegen gestört. Es werden Blockaden aufgebaut und der Mensch verharrt in einer der Kompensationshaltungen. Er behauptet, eigentlich keine Probleme zu haben, wären da nicht diese lästigen körperlichen Beschwerden (Egotrophie). Oder er sieht nur noch schwarz und versinkt in einer tiefen Depression (Egolyse). Oder er beschuldigt die anderen Menschen, an seinem Leiden schuld zu sein (Alterolyse).

Umgekehrt zu dieser Dynamik verläuft nun der *Heilungsprozess*: wenn ein Mensch sein ihm ähnlichstes Heilmittel bekommt. Während körperlich nach wie vor die Hering'sche Regel gilt, verläuft die Heilung auf der psychischen Ebene in entgegengesetzter Richtung als von der klassischen Homöopathie postuliert:

Die Bewältigungsstrategie des Patienten fällt zusammen und er durchläuft eine Zeit von Ängsten, Niedergeschlagenheit und Unsicherheit, gleichzeitig aber eine Besserung seiner körperlichen Beschwerden. Die Inhalte dieser so genannten psorischen Krise müssen *zwingend* im Zusammenhang stehen mit dem Grundgedanken des verabreichten Arzneimittels *und* mit der Biographie des Patienten. Sähen wir in dem Moment eine "sinnlose" Krise, würde dies eher auf eine unfreiwillige Mittelprüfung hinweisen.

Während der psorischen Krise können verschiedene Reaktionen auftreten: Ein Mensch wird zornig auf sein Schicksal, kommt in Kontakt mit seinen existenziellen Ängsten, fühlt sich plötzlich unsicher auf einem bisher vertrauten Territorium, erinnert sich spontan an Kindheitsängste und Traumen, erlebt aber auch euphorische Phasen der Zuversicht — bis sich dies alles schliesslich in einer gesunden Balance einpendelt.

Mit anderen Worten: Heilung verläuft von der tertiären zur sekundären Psora hin. Im Idealfall erkennt der Mensch sogar ein Stück weit seinen "Knick in der Optik" und findet damit einen kreativen Umgang.

Nach herkömmlichen Verschreibungen sehen wir dagegen oft, dass Menschen sich zwar psychisch stärker fühlen, die körperlichen Beschwerden aber hartnäckig persistieren oder sich auf ein anderes Organ verlagern. In dem Fall wäre eine so genannte Egotrophierung im Gange, d.h. eine Verschiebung des Krankheitsgeschehens in Richtung tertiärer Psora.

Dank der "miasmatischen Dynamik" können wir einen Heilungsverlauf also wesentlich sicherer beurteilen und begleiten.

### **Wünsche zum Schluss**

Gibt es in Ihrer Praxis Fälle, die über mindestens drei Jahre mit immer dem gleichen Mittel eine Besserung erfahren haben? Möchten Sie diese publizieren? Treten Sie mit uns in Kontakt, unabhängig davon, *wie* Sie das Mittel gefunden haben. [h.i.z@swissonline.ch](mailto:h.i.z@swissonline.ch)

Wir hoffen, dass etwas von der Begeisterung, die wir in der Mittelbearbeitung immer wieder erleben dürfen, in diese Publikation eingeflossen ist.

Und wir wünschen uns, diese Arbeit im Kreise anderer interessierter Homöopathinnen und Homöopathen noch lange fortsetzen zu können — zum Wohle möglichst vieler Patienten.



