Dr. med. Claudia de Laporte

Homöopathie bei psychischen Erkrankungen

2., bearb. und erweiterte Auflage

Verlag Homöopathie + Symbol Berlin

Inhalt

Geleitwort 12
Vorwort 13

1 Einleitung: Was leistet Homöopathie bei psychischen Erkrankungen? 14

Teil 1 Entstehung, Diagnose und Differenzialdiagnose von Neurosen 29

2 Konflikte 31
2.1 Schwieriger Umgang mit Konflikten und Aggression 31
2.2 Konstruktive Aggression 34
2.3 Destruktive Aggression 37
2.4 Autoaggression 41
2.5 Innere Konflikte 42

3 Entstehung von Neurosen 49
3.1 Diagnose von Neurosen 50
3.2 Tiefere Wurzeln der Neurosen in der Kindheit 52
3.2.1 Orale Phase und frühe Individuationsentwicklung 53
3.2.2 Anale Phase 54
3.2.3 Ödipale Entwicklung 55
3.2.4 Bewältigung der Entwicklungsphasen 56
3.3 Strukturniveau der Neurosen 57
3.4 Auslösende Situationen und Schwellensituationen 58
3.5 Copingstrategien bzw. Abwehrmechanismen 60
3.5.1 Wichtige Abwehrmechanismen 62

4 Differenzialdiagnose von Neurosen 65
4.1 Organische Abklärung 66
4.2 Psychosen 66
4.3 Reaktive Störungen 71
4.4 Persönlichkeitsstörungen 72

5 Entstehung und Erhaltung von Glück und Gesundheit 73
5.1 Konzepte des Glücklichseins 74

Teil 2 Homöopathische Behandlung 79

6 Ansätze zur Behandlung 80
6.1 Psychosen und die Lehre Hahnemanns 81
6.1.1 Beschreibung im Organon 82
6.2 Schulmedizinische Behandlungsansätze bei Psychosen 84
6.3 Möglichkeiten und Grenzen der homöopathischen Behandlung von Psychosen 86
6.4 Neurosen und die Lehre Hahnemanns 88

7 Fallaufnahme 91
7.1 Zusammenspiel von Homöopathie und Psychotherapie 91
7.1.1 Erstgespräch 91
7.2 Heilsame Interaktion zwischen Behandler und Patient 95
7.2.1 Umgang mit Angst 96
7.2.2 Therapeutische Techniken 98
7.3 Hindernisse in der Interaktion 107
7.3.1 Fragetechnik 107
7.3.2 Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene 108
7.3.3 Kommunikationsstörungen 112
7.3.4 Häufige psychosoziale Prägungen von Ärzten und anderen Helfern 113
7.3.5 Schwierige Konstellationen in der Arzt-Patient-Beziehung 114

8 Wahrnehmung des Gemütszustands 117
8.1 Nonverbale Informationsquellen 117
8.1.1 Intuitive Wahrnehmung 117
8.1.2 Gegenübertragung 119
8.1.3 Beobachten der psychisch interessanten „Zeichen“ 121
8.1.4 Fremdanamnese 133
8.2 Anamnestische Hinweise auf verdrängte Konflikte 134
8.2.1 Biographie des Patienten 135
8.2.2 Träume 138
8.2.3 Abwehrmechanismen 142
8.2.4 Auslösende Situation und innerer Konflikt 145

9 Mittelwahl 149
9.1 Konstitutionelle Behandlung neurotischer Erkrankungen 151
9.2 Miasmatische Reaktionsformen auf psychischer Ebene 154
9.3 Repertorisation von Persönlichkeitsmerkmalen und Konflikten 155
9.3.1 Selbstwert 159
9.3.2 Aggression 162
9.3.3 Kontaktaufnahme 163
9.3.4 Angst 164
9.3.5 Aktivitätsgrad 165
9.3.6 Verantwortung 166
9.3.7 Lebensgenuss 168
9.3.8 Spiritualität und Lebensideale 170
9.3.9 Psychostatus (= psychiatrische Einschätzung) 172

10 Verlauf homöopathisch behandelter Neurosen 175
10.1 Potenzwahl, Gabenhäufigkeit, häufige Reaktionen 176
10.1.1 Verbesserung 179
10.1.2 Verschlechterung 182
10.1.3 Stagnation 182
10.1.4 Abbruch 186

11 Nichthomöopathische Behandlung psychischer Erkrankungen 188
11.1 Psychotherapie 189
11.1.1 Ambulante Psychotherapie 189
11.1.2 Was kennzeichnet eine „gute“ tiefenpsychologische Psychotherapie? 194
11.1.3 Selbsthilfegruppen bei Neurosen 196
11.1.4 Strategien zur konstruktiven Konfliktlösung 197

11.2 Bedenken seitens des Psychotherapeuten gegen gleichzeitige homöopathische Behandlung 200
11.3 Was leisten Kliniken bei Neurosen und Psychosen? 203
11.4 Was leisten Psychopharmaka bei Neurosen bzw. Psychosen? 203

Teil 3 Die häufigsten Gemütskrankheiten in der homöopathischen Praxis 205

12 Angstsyndrome 209
12.1 Panikattacken 210
12.2 Phobien 211
12.3 Hypochondrische Syndrome 211
12.4 Generalisierte Angstneurose 212
12.5 Reaktive Angst 212
12.6 Krankhafte Angstsymptome 212
12.7 Therapie der Angststörungen 215

13 Reaktive Störungen und neurotische Depression 216
13.1 Reaktive seelische Störungen 217
13.1.1 Belastungsreaktionen 217
13.1.2 Therapie der reaktiven Störungen 217
13.2 Depressionen 219
13.2.1 Therapie der Depressionen 220

14 Suizidalität 223
14.1 Verlaufsformen der Suizidalität 223
14.2 Umgang mit Suizidalität 224

15 Psychovegetative Störungen (somatoforme Störungen) 226
15.1 Verlauf, Diagnostik und Behandlung 228

16 Zwangsneurosen 234
16.1 Entstehung 235
16.2 Prognose 235
16.3 Therapie 235
16.4 Persönlichkeitsstörungen am Beispiel zwanghafter Charaktere 236

17 Konversionsneurosen 237

18 Seelische Traumata 239
18.1 Definition des Psychotraumas als Krankheitsbild: Posttraumatische Belastungsstörung PTBS 240
18.1.1 Homöopathische Behandlung der Symptome einer PTBS 240
18.2 Definition des Psychotraumas als Ursache verschiedener Krankheitsbilder 245
18.2.1 Repertoriumsrubrik „Beschwerden von…“ bzw. „Folgen von…“ 245
18.3 Traumabewältigung 246
18.4 Psychotherapie der Psychotraumata 247
18.5 Umgang mit Traumapatienten im homöopathischen Gespräch 247
18.6 Traumatisierung durch emotionale Partnerschaftsgewalt: in der Praxis häufig und doch nicht erkannt 248
18.6.1 Beispiel einer Misshandlungsbeziehung: Extrasystolie und Husten (Aurum metallicum) 248

18.6.2 Ein weiterer Fall: Staphisagria bei einer noch nicht abgeschlossenen Traumatisierung durch Partnerschaftsgewalt 259
18.6.3 Verdacht auf emotionale Partnerschaftmisshandlung 264
18.7. Opfer werden in der Partnerschaft: ein Frauenthema 269
18.8. Partnerschaftsgewalt im Überblick/Checkliste 271

19 Fallbeispiel: Von Paula, die vor ihrer Weltreise nach innen reiste 273

Anhang 283

Repertorisationstafeln 284

Selbstwert 285
Macht, Verachtung, Unterdrückung (Tafel 1) 285
Arroganz, Eitelkeit (Tafel 2) 287
Mangel an Selbstvertrauen, Selbsterniedrigung (Tafel 3) 288
Kränkungungsgefühle und Opferrolle (Tafel 4) 289
Geiz, Neid, Eifersucht (Tafel 5) 291
Erotik (Tafel 6) 292

Aggression 293
Wut, Zorn (Tafel 7) 293
Gewalt (Tafel 8) 294
Autoaggression, Suizid (Tafel 9) 296

Kontaktaufnahme 298
Zurückhaltung, Kontaktscheu, Ruhebedürfnis, Eigenbrötelei (Tafel 10) 298
Verlassenheitsgefühle (Tafel 11) 301
Distanzlosigkeit (Tafel 12) 302

Angst 303
Ängstlichkeit (Tafel 13) 303
Leichtsinn (verdrängte Angst) (Tafel 14) 304

Aktivität 305
Übertriebene Aktivität, Leistungsbereitschaft (Tafel 15) 305
Passivität (Tafel 16) 307

Verantwortung 308
Übertriebenes Verantwortungsgefühl, Pedanterie, Perfektionismus, Kontrolle, starkes Über-Ich (Tafel 17) 308
Nächstenliebe, Mitgefühl, Helfersyndrom (Tafel 18) 310
Vermeiden von Verantwortung: Unentschlossenheit und Ambivalenz (Tafel 19) 310
Vermeiden von Verantwortung: Kindlichkeit (Tafel 20) 311
Gewissenlosigkeit (Tafel 21) 312

Lebensgenuss 313
Trauer, Versagung, Kummer, Pessimismus (Tafel 22) 313
Übertriebener Optimismus (Tafel 23) 316
Reizbarkeit, Unzufriedenheit, Auflehnung (Tafel 24) 317

Spiritualität, Lebensgenuss 319
Atheismus, Ablehnung von Spiritualität (Tafel 25) 319
Übertriebene Religiosität (Tafel 26) 319
Idealismus, starre Überzeugung (Tafel 27) 320

Psychostatus 321
Starke Affekte (Tafel 28) 321
Affektarmut, Rationalisieren (Tafel 29) 323
Bewusstseinslage (Tafel 30) 325
Konzentrations- und Denkstörung, Verwirrung (Tafel 31) 327
Geistesklarheit, Ideenreichtum (Tafel 32) 331
Intellekt, mangelnder (Tafel 33) 332
Gedächtnis (-störungen) (Tafel 34) 333

In der Praxissituation wahrnehmbare „Zeichen"-Rubriken 335

Vita Dr. Claudia de Laporte 338

Literatur 339

Sachverzeichnis 343

Geleitwort

Wir leben in einer Zeit voller Leistungsdruck, deren Kennzeichen bei hohem individuellem Freiraum und gleichzeitig – zunehmend – mangelnder Planbarkeit beruflicher Zukunft ein deutliches Anwachsen psychischer und psychosomatischer Krankheiten ist.

Insbesondere mit depressiven Störungen und/oder Angsterkrankungen kommt ein erheblicher Teil der Patienten in die Allgemeinarztpraxis – teils für den Behandler offen erkennbar, teils durch multiple Beschwerden psychosomatisch „verschlüsselt".

Experten sprechen für den Bereich seelischer Störungen mittlerweile von der „Epidemie des 21. Jahrhunderts" (siehe DÄB 2006, Heft 13, S. 384 ff.).

Auf dem Feld seelischer Gesundung hat nun die homöopathische Behandlungsweise seit jeher für ihre Patienten einen wesentlichen Beitrag geleistet.

Es ist der Kollegin Claudia de Laporte zu danken, dass jetzt ein ausführliches und zeitgemäßes Praxishandbuch erscheint, dass den homöopathischen Praktiker in die Grundlagen der Neurosenpsychologie einführt, um darauf aufbauend die besonderen Aspekte der Anamnesetechnik und Verlaufsbeurteilung unter Integration psychotherapeutischer Konzepte herauszuarbeiten.

Insbesondere die Fallvignetten zeigen auch für Psychotherapeuten beispielhaft, wie durch korrekte homöopathische Behandlung allein durchgreifende Besserung erzielt, Medikamente eingespart oder in Kombination mit Psychotherapie die Nachhaltigkeit des Therapieerfolgs gesichert werden kann.

Aber auch mögliche Grenzen werden deutlich angesprochen.

Das Buch ist getragen von der langen Praxiserfahrung der Autorin in beiden Bereichen, und es macht deutlich: „Homöopathie und Psychotherapie reichen einander die Hand"!

Besonders freut es mich, im Eingangsteil des Buches einige nachdenkenswerte Aspekte der „Entstehung und Erhaltung von Glück und Gesundheit" zu finden – schon Samuel Hahnemann sah als Therapieziel den Leibeszustand in „…harmonischem Lebensgang in Gefühlen und Thätigkeiten, so dass unser inwohnende, vernünftige Geist sich dieses lebendigen, gesunden Werkzeugs frei zu dem höheren Zweck unsers Daseins bedienen kann." (nach § 9 Organon der Heilkunst, 6. Auflage)

Möge dieses Buch viele Leser finden, die die Erfahrungen der Autorin mit Gewinn in ihre Praxis integrieren, oder, neugierig geworden, sich mit der homöopathischen Heilweise zum Wohle ihrer Patienten näher vertraut machen!

Kissing, im April 2006

Lars Broder Stange

Arzt für Allgemeinmedizin
und Homöopathie

Vorwort

Anlass für die Idee zu diesem Buch war die Geschichte einer Kollegin, die ihre fundierte homöopathische Arbeit aufgab, weil sie sich den in der homöopathischen Praxis üblicherweise sehr häufig auftretenden psychischen Problemen ihrer Patienten nicht gewachsen fühlte. Auch in anderen Bereichen der Medizin scheinen Menschen mit psychischen Problemen ihre Behandler immer wieder an Grenzen ihres Wissens und ihrer Belastbarkeit zu führen.

So entstand dieses Buch: Es wendet sich in erster Linie an Homöopathen, die sich mehr psychotherapeutisches Rüstzeug für die Einschätzung und den Umgang mit psychischen Symptomen wünschen. Darüber hinaus richtet es sich jedoch auch an Psychotherapeuten, die mehr über das Zusammenwirken von Homöopathie und Psychotherapie erfahren wollen, um hierüber einen Einstieg zur Integration der Homöopathie in ihre Arbeit zu finden.

Nachdem die erste Auflage schon seit Jahren vergriffen, aber anhaltend nachgefragt war, entschloss ich mich zur Gestaltung einer überarbeiteten Neuauflage, die nun in enger Zusammenarbeit mit Martin Bomhardt (Verlag Homöopathie + Symbol) realisiert werden konnte. Dabei wurde das Buch auch durch ein neues Kapitel zu einer speziellen psychischen Problematik erweitert, die in den letzten Jahren in meiner Praxis zunehmend wichtiger wurde und mir auch persönlich sehr am Herzen liegt: seelische Traumatisierung, insbesondere durch subtile Partnerschaftsgewalt. Sie wird leider noch häufig übersehen oder fehldiagnostiziert.

Ziel dieses Buches ist es, in komprimierter, gut verständlicher Form Grundlagen aus der Psychotherapie in Gegenüberstellung zur Homöopathie zu vermitteln. Erläutert werden nicht nur die Entstehung von Neurosen, sondern auch das Erkennen und die Differentialdiagnose neurotischer Erkrankungen und eine Übersicht über die in der Praxis am häufigsten vorkommenden psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen, psychosomatische Erkrankungen und Psychotraumata.

Thematisch sortierte Repertoriumsrubriken erleichtern es, den seelischen Zustand eines Menschen einzuschätzen und die besonderen Symptome in die homöopathische Mittelwahl einfließen zu lassen. Neben konkreten Anleitungen zu Verlaufsbeurteilungen und Dosierungen werden viele einfache, in der täglichen Praxis verwirklichbare Strategien aus der Psychotherapie aufgeführt, die die Heilung unterstützen.

Esslingen, im Sommer 2016

Claudia de Laporte

1 Einleitung: Was leistet Homöopathie bei psychischen Erkrankungen?

Überblick

Gezielte homöopathische Behandlung schafft einen **Raum für seelische Weiterentwicklung**, indem sie (hier am Beispiel von Depressionen gezeigt) ähnlich einem Antidepressivum quälende Symptome wie zum Beispiel Grübeln, Konzentrations- und Schlafstörungen mildert. Darüber hinaus bewirkt sie häufig ein Bewussterwerden des Patienten, indem sie Vergessenes wieder hervorholt und die Erinnerung an Träume fördert. Mittels geschickter Führung durch den Homöopathen und eventuell zusätzliche Psychotherapie kann ein motivierter Patient diesen neu entstandenen Raum zu seiner persönlichen Weiterentwicklung nützen. Persönliche Weiterentwicklung an den entscheidenden Punkten ist in den meisten Fällen mit einem dauerhaften Abklingen der Symptomatik zumindest außerhalb spezieller Belastungssituationen verbunden. Ist ein Patient nicht motiviert oder nicht in der Lage, in die Tiefe zu gehen und an sich zu arbeiten, und kann er auch durch den Homöopathen nicht in die Lage versetzt werden, so wird er doch immerhin vom Effekt der vorübergehenden Symptomlinderung profitieren. Für viele Patienten ist eine doppelgleisige Behandlung durch Homöopathie und Psychotherapie am effektivsten.

In **ersten Teil** dieses Buches werden Grundlagen aus der Neurosenpsychologie behandelt.

Es folgt ein **zweiter Teil** über Fallaufnahme, homöopathische Mittelwahl und Verlauf der Behandlung. Im Vordergrund steht dabei, wie sich psychotherapeutische Konzepte in diese Arbeit integrieren lassen, mit besonderem Augenmerk auf der Interaktion zwischen Homöopath und Patient.

Im **dritten Teil** werden die häufigsten Neurosen in Symptomatik, Verlauf und Prognose sowie therapeutische Ansätze beider Heilmethoden – der Homöopathie und der Psychotherapie – dargestellt.

Unter Homöopathen ist längst bekannt, dass Homöopathie und Psychotherapie sich gegenseitig sehr gut ergänzen. Sie ähneln sich in der Art und der Dauer der **Gesprächsführung** sowie der prinzipiellen **Wirkungsweise**. Doch geht der Erfolg eines Zusammenwirkens weit über eine gute Verträglichkeit dieser beiden Heilmethoden hinaus.

- Homöopathie ermöglicht einen besonders guten Zugang zur Psyche der Patienten.
- Homöopathie kann Psychopharmaka ersetzen. Sie mildert akute psychische Symptome in ähnlicher Weise und stützt durch die Symptomentlastung die Arbeit des Patienten an sich selbst.
- Homöopathie kann eine Psychotherapie stützen oder sogar ersparen. Sie öffnet den Zugang des Patienten zu seinem Unterbewussten und kann so persönliche Weiterentwicklung in Gang setzen.
- Je fundierter der Homöopath auch psychotherapeutische Kenntnisse in seine Arbeit zu integrieren weiß, desto besser lassen sich diese Ziele realisieren.

Klassische Homöopathie ermöglicht einen besonders guten Zugang zu Patienten mit psychischen Symptomen

In homöopathischen Praxen kommen **Neurosen** und **psychosomatische Erkrankungen** besonders häufig vor. Die Gründe dafür finden wir zum Teil in der Sichtweise seelisch erkrankter Patienten, zum anderen aber auch in der Zwischenstellung, die die Homöopathie zwischen Psychotherapie und rein körperorientierter Medizin einnimmt, und in den besonderen Eigenarten einer klassischen homöopathischen Behandlung.

„Hemmschwelle Psychotherapie“

Für viele psychisch erkrankte Menschen ist der Gang zum Homöopathen leichter als der zum Psychotherapeuten, denn noch immer haftet demjenigen, der sich zur Psychotherapie entschließt, „Verrücktheit“ und Labilität an.

Psychiater, aber auch viele Hausärzte und bei ausgeprägter Symptomatik auch Psychotherapeuten raten schneller als Homöopathen zum Einsatz von Psychopharmaka. Die Angst, dadurch „ruhig gestellt“ zu werden und womöglich starke Nebenwirkungen hinnehmen zu müssen, wirkt auf viele Menschen verständlicherweise sehr abschreckend. Die Befürchtung, durch Medikamenteinwirkung eine Persönlichkeitsveränderung erfahren zu müssen, ist besonders beunruhigend und geht meist über die Angst vor Nebenwirkungen bei anderen, körperbezogenen Medikamenten hinaus. Auch aus diesem Grund wenden sich viele psychisch Kranke zunächst an einen Homöopathen, weil sie sich von ihm Hilfe erhoffen, ohne diese extrem beunruhigenden Nebenwirkungen in Kauf nehmen zu müssen.

Psychosomatische Erkrankungen

Zudem geben sich viele psychische Störungen vordergründig nicht als solche zu erkennen, sondern verstecken sich hinter diversen körperlichen Symptomen, die auch nach sorgfältiger Diagnostik unklar und meist ohne organischen Befund bleiben. Das ist oft der Anlass, sich in alternativmedizinische Behandlung zu begeben. Nicht wenige Patienten, die psychosomatische Beschwerden haben, hätten lieber eine körperliche Erkrankung und wollen den seelischen Hintergrund ihrer Beschwerden nicht gerne wahrhaben. Lieber nehmen sie immer noch mehr quälende Untersuchungen in Kauf, als sich als psychisch krank „abgestempelt“ zu fühlen. Gerade diese Patienten fordern oft unser ganzes Geschick, denn sie müssen sich mit ihrer seelischen Thematik auseinander setzen, um geheilt werden zu können.

Geistes- und Gemütssymptome in der Homöopathie

Doch haben Homöopathen ganz besonders bei diesen Patienten einen großen Vorteil gegenüber den schulmedizinisch körperorientiert arbeitenden Kollegen.

> In der Homöopathie spielen Geistes- und Gemütssymptome eine große Rolle und werden ebenso detailliert erfragt wie Körper- und Allgemeinsymptome. Die Dauer eines homöopathischen Erstkontakts übersteigt in der Regel sogar die Dauer der biographischen Anamnese eines Psychotherapeuten.

Es ist wohltuend, zu einem Behandler zu gehen, der nicht nur von einem Teil des Körpers etwas wissen will, sondern sich für Körper und Seele interessiert. Ganz besonders unterstützend ist das, wenn man möglicherweise ganz tief in seinem Herzen spürt, dass hinter den vielen Körpersymptomen doch noch etwas Psychisches verborgen ist, auch wenn man es nicht so recht zugeben mag. Die Erfahrung, über alle, körperliche sowie seelische Symptome sprechen zu dürfen, ohne dass in irgendeiner Form gewertet wird, und die Erfahrung, dass der eigenen Person so viel Zeit und Aufmerksamkeit gewidmet wird, hat schon per se einen heilenden Effekt.

Schulmedizin und Psychotherapie

Sucht der Patient einen Psychotherapeuten auf, wird er häufig auf ein gewisses Desinteresse und ausbildungsbedingtes Unwissen bezüglich körperlicher Symptome stoßen. Geht er zum Arzt, bringt dieser selten Zeit, Geduld und Interesse für die seelischen Nöte auf. Das, obwohl in der allgemeinärztlichen Praxis psychische Beschwerden oder zumindest psychische Mitverursachung körperlicher Probleme zur täglichen Arbeit gehören. Ein gutes Drittel aller psychoneurotischen Erkrankungen sind psychosomatische Störungen und die meisten Neurosen gehen mit Körpersymptomen einher. Wird der psychoneurotische Hintergrund solcher Beschwerden in der Arztpraxis nicht erkannt, können diese Patienten lange und quälende Leidensgeschichten durchleben.

Es könnte fast scheinen, als ob der Mensch in zwei „Abteilungen" gespalten sei, die miteinander nichts zu tun haben. Das **medizinische Fach Psychosomatik** wird in Deutschland zwar universitär gelehrt und in speziellen Krankenhausabteilungen und von niedergelassenen Ärzten für psychotherapeutische Medizin praktiziert, doch hat es eine ausgesprochen starke psychotherapeutische Ausrichtung, bei der körperliche Beschwerden meist sehr zweitrangig behandelt werden.

Konsultiert man Fachärzte, ist die Trennung ebenso deutlich: Beispielsweise scheint in der Dermatologie die Haut nichts mit der Seele zu tun zu haben, auch nicht mit dem Magen oder dem Darm. Zeigt man dem Gastroenterologen oder HNO-Arzt ein Problem an den Lippen, winkt dieser ab und verweist auf den Hautarzt.

Die Aufteilung der Medizin in die verschiedenen Disziplinen, ist gut und wichtig. Doch fehlt der **Generalist**, der den Überblick wahrt. Denn die Spezialisierung vermittelt das Gefühl, dass nichts in einem Individuum wirklich verbunden und zusammengehörig ist, dass womöglich beliebig ein Teil herausgeschnitten werden kann, ohne dass andere Anteile davon betroffen wären. Dies ist für viele Menschen zu Recht irreführend und unangenehm.

Ganzheitlicher Zugang der Homöopathie

Der menschliche Organismus ist ein kompliziertes Zusammenspiel verschiedenster Funktionen, die wiederum auf alle möglichen Einflüsse ganz individuell reagieren. Die Homöopathie trägt dem voll und ganz Rechnung, indem sie sich bemüht, genau diese **individuelle Art und Weise**, in der alle Körperfunktionen sich an die Umwelt anpassen und zusammenwirken, zu beobachten und mittels **sanfter Heilmittel** subtil und spezifisch darauf einzuwirken.

> Deutlicher kann man Psychosomatik, das Zusammenspiel zwischen Körper und Seele, nicht anerkennen. Es ist der Respekt vor der Komplexität des Lebens, der dabei imponiert.

Denn wie kann ein so vielschichtiges Phänomen wie der menschliche Organismus folgenlos mit dem plumpen Holzhammer bearbeitet werden? Liegt es nicht nahe, dass ein kompliziertes Lebewesen wie der Mensch auf subtile, behutsame Art behandelt werden muss, um das Zusammenspiel der einzelnen Funktionen zu erhalten? Es tut vielen Menschen gut, zu erfahren, dass sich ein Therapeut die Mühe macht, die Vielschichtigkeit des Patienten in ihren unterschiedlichen Gesichtspunkten zu erfassen und mit einer in ihrer Subtilität und Komplexität angepassten Heilmethode zu behandeln.

Eine ebenso große Bedeutung für die heilsame Rolle, die die Homöopathie bei seelischen Erkrankungen einnimmt, ist die **Zeit**, die sich der Behandler für den Patienten nimmt, und ist das **bedingungslose Interesse** auch für scheinbare Belanglosigkeiten, die den Patienten beschäftigen.

Die Schulmedizin kann heute – nicht zuletzt aufgrund administrativer und abrechnungstechnisch bedingter Zwänge – dem Patienten nicht die bei seelischen Nöten gewünschte bedingungslose Aufmerksamkeit entgegenbringen, die der Homöopath durch seinen individuellen und umfassenden Heilungsansatz wie selbstverständlich anbietet.

Das homöopathische Interesse geht über ein psychotherapeutisches Erstgespräch hinaus, denn alles, was der Patient an Beschwerden berichtet, ist wichtig. Die seelischen und die körperlichen Bedrängnisse, auch wenn sie noch so belanglos erscheinen mögen. Bereits diese **bedingungslose Aufmerksamkeit** schafft Entlastung für den Patienten und kann einen Prozess in Gang bringen. Die Erfahrung, im Therapeuten einen **achtsamen Zuhörer** gefunden zu haben, ist für viele Patienten neu und wird in der Regel als eine große Wertschätzung empfunden. Ihm wird vermittelt, dass er bis hinein in die kleinsten Symptome einmalig und wichtig ist, dass er sich für keine seiner Empfindungen schämen muss, sondern ganz im Gegenteil in seiner Einzigartigkeit angenommen wird. Allein diese Botschaft kann entlastend für den Patienten sein. Durch die heilsame Wirkung des homöopathischen Medikaments wird sie noch weiter unterstützt.

Viele Patienten beginnen während einer Erstanamnese erst wirklich zu spüren, wie aufwändig und komplex sie selbst als Individuum sind. Gerade im kranken Zustand kann diese Komplexität überfordern und hilflos machen. Manches Mal wäre es wohl angenehmer für Patient und Arzt, wenn es eine einfache, beseitigbare Ursache für die Beschwerden gäbe, wie beispielsweise die schmerzende Stelle am Fuß, die abheilen kann, sobald der darin steckende Dorn gezogen ist.

Doch auf diese Art zeigt sich Krankheit eher selten, im Gegenteil – oft genug ist keine wirkliche Ursache für die Beschwerden zu finden. Verschiedene Einflüsse müssen in Betracht gezogen werden. Viele unserer Patienten haben bereits eine lange Odyssee der vergeblichen „Ursachensuche“ hinter sich und sind resigniert.

Für die Behandlung durch den Homöopathen ist es aber glücklicherweise zweitrangig, die genaue Ursache für die Beschwerden zu wissen. Viel wichtiger ist es, die individuelle Art und Weise zu erfassen, in der der Organismus reagiert und bestimmte Symptome hervorbringt. Dadurch ergibt sich ein völlig neuer Behandlungsansatz und das Scheitern der Vorgänger ist deshalb für den Homöopathen nicht unbedingt Anlass zur Beunruhigung.

Eine von der Ursachenfindung unabhängige Heilmethode ist vor allem für bereits resignierte Patienten entlastend und gibt neue Hoffnung.

Homöopathie kann Psychopharmaka ersetzen

Sie mildert akute psychische Symptome in ähnlicher Weise und stützt durch diese Symptomentlastung die Arbeit des Patienten an sich selbst.

Ein häufiges Symptom bei vielen psychischen Problemen sind beispielsweise **Schlafstörungen.** Nehmen diese überhand, sodass der Patient permanent unausgeruht ist, dass er weder denken noch sich konzentrieren, noch Gedanken wieder loslassen kann, dann wird eine psychische Weiterentwicklung nur sehr schwer zu realisieren sein. Die Voraussetzungen sind dafür einfach nicht gegeben. Es geht dem Patienten zu schlecht, als dass er sich auf einen (oft anstrengenden) seelischen Prozess einlassen könnte.

Werden diese Schlafstörungen gemildert, kann der Patient sich besser konzentrieren, Ängste besser überwinden und klarer denken. Je wohler er sich fühlt, desto eher ist er zu Veränderungen bereit und fähig.

Hierzu ein Fallbeispiel:

Fall 1

Eine 52-Jährige berichtet, an Schlafstörungen zu leiden. Nachts wache sie mit Herzklopfen und Panik auf und könne dann nicht mehr einschlafen. Tagsüber sei sie zappelig und zittrig. Diese Symptome habe sie seit zwei Jahren, seit sie begonnen habe, ganztags zu arbeiten. Bei der Arbeit fühle sie sich überfordert und von einer Kollegin gemobbt.

Als die Patientin acht Jahre alt war, ließen sich ihre Eltern scheiden. Unglücklicherweise waren beide der Ansicht, dass es für die Patientin besser sei,

zum Vater zu kommen, da dieser eine neue Frau habe, die im Gegensatz zur Mutter nicht gezwungen sei, ganztags zu arbeiten und die die Patientin deshalb zu Hause betreuen könne. Diese Stiefmutter habe ihr dann sogar verboten, mit der leiblichen Mutter Kontakt zu haben. Um Ärger zu vermeiden, habe die Patientin sich sehr an die Stiefmutter angepasst und viele ihrer Bedürfnisse unterdrückt.

Weitere Symptome:

- *extreme Unruhe,*
- *Achselschweiß bei Aufregung,*
- *Zählzwang,*
- *Migräne alle zwei Monate, < vor Mens, einseitig, pulsierend, mit Übelkeit,*
- *Angst vor finanziellem Ruin,*
- *Angst vor dem Alleinsein,*
- *sehr penibel,*
- *friert viel,*
- *bei Erkältung Herpes an Nase und Oberlippe,*
- *Verlangen nach warmen Getränken.*

***Arsenicum album** C 200 am 10.7.2003 und Psychotherapie.*

Am 02.09.2003 berichtet sie in der Psychotherapiestunde, dass sie sich viel gelassener und ruhiger fühle und auch viel besser schlafe. Anstatt im Gespräch wie zuvor in erster Linie über ihre ungerechte Situation am Arbeitsplatz zu sprechen und sich damit mehr oder weniger im Kreis zu drehen, kommen viel tiefer liegende Themen hoch, wie zum Beispiel Überanpassung, Passivität und Opferrolle.

Eine Woche später wird eine homöopathische Folgeanamnese gemacht. Da ist die Unruhe schon fast ganz weg, obwohl sich in ihrem Umfeld sonst nichts verändert hat. Sie schläft gut und hatte in der Zwischenzeit weder Migräne noch Herpes. Auch der Achselschweiß ist deutlich reduziert, sie fühlt sich entscheidungsfreudiger und kann wieder leichter einkaufen ohne Verarmungsängste.

An diesem Fall kann die unmittelbare **Entlastungsfunktion der homöopathischen Behandlung** gut beobachtet werden: Vor der Erstanamnese hatten drei psychotherapeutische Gespräche stattgefunden, die stockten, weil die Patientin sich mit ihren Ängsten und Beschwerden im Kreise drehte. Die Homöopathie brachte ihr außer der Symptommilderung die Freiheit, sich tiefer auf die Psychotherapie einzulassen. ***Arsenicum*** wird hier mehr im Sinne einer **Akutmedikation** zur schnellen Symptomlinderung eingesetzt. Eine konstitutionell orientierte Homöotherapie mit einem anderen Mittel folgte nach (s. Kapitel Verlauf homöopathisch behandelter Neurosen, S. 183).

Genau dieser Effekt ist im weitesten Sinne auch von Psychopharmaka erwünscht: eine Entlastung, die der Situation die Spitze nimmt und im günstigsten Fall Potenziale freisetzt. Allerdings bezahlt man diese Entlastung häufig mit unangenehmen **Nebenwirkungen**. Je nachdem, welches Medikament verabreicht wurde, können diese von lästigen Befindlichkeitsstörungen wie Mundtrockenheit oder Obstipation über organische Beeinträchtigungen wie Störungen im Herzreizleitungssystem bis zur Dämpfung der geistigen Aktivität, Verlangsamung und anderen Veränderungen der Psyche reichen.

Mit homöopathischer Behandlung hat man solche Nebenwirkungen nicht. Ein oft beklagter Nachteil homöopathischer Behandlung ist es, dass oft mehrere Medikamente ausprobiert werden müssen, bis das passendste und damit heilsamste gefunden ist. Besonders in akut bedrohlichen Notfällen, für die es sicher und schnell wirksame schulmedizinische Medikamente gibt, wird der Einsatz von Homöopathika deshalb problematisch.

Die bei Psychoneurosen am häufigsten verordneten schulmedizinischen Medikamente sind Antidepressiva. Der Wirkungseintritt von Antidepressiva gegen Depressionen liegt im Durchschnitt bei zehn Tagen bis drei Wochen nach Behandlungsbeginn. Ähnlich wie Homöopathika sind Antidepressiva nicht absolut sicher wirksam, sondern es müssen oft mehrere Präparate langwierig ausprobiert werden, bis eines gefunden wird, das Wirkung zeigt.

Somit ist die Homöopathie den Antidepressiva in ihrer Wirkungsweise gleichwertig, weist aber klare Vorteile bezüglich Auslösung von Nebenwirkungen auf.

4 Differenzialdiagnose von Neurosen

Überblick

Zur **organischen Abklärung einer Neurose** (vor allem Depression) gehört in jedem Fall die Untersuchung der Schilddrüsenfunktion. Aber auch organische Erkrankungen des Zentralnervensystems wie Epilepsie, multiple Sklerose, Morbus Parkinson, Alzheimer und andere Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes, Tumorleiden und hormonelle Veränderungen wie das Klimakterium, sogar Vitaminmangelerscheinungen und Viruserkrankungen können ein depressives Bild hervorrufen.

Auf psychischer Ebene bestimmen die **Psychosen** und die **reaktiven Störungen** das abzuklärende Bild. Psychose ist ein Sammelbegriff für schwere psychische Erkrankungen, bei denen es zu gravierenden Störungen im Bezug zur Umwelt kommt. Zu den psychotischen Symptomen werden Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Ich-Störungen, Denkstörungen, Angstzustände, Depression und Manie gezählt. Häufig fehlt dem Betroffenen die Einsicht in seinen krankhaften Zustand. Schizophrenie und affektive Psychosen (unipolar als endogene Depression/Manie oder bipolar mit manisch-depressiven Phasen) gehören zu den häufigsten psychotischen Erkrankungen. Psychosen verlaufen meist phasenhaft in Schüben und sind multifaktoriell (genetisch, durch Hirnstoffwechselstörungen und durch lebensgeschichtliche Faktoren) bedingt. Die lebensgeschichtliche, psychodynamische Ätiologie spielt eine geringere Rolle als bei Neurosen. Ein Drittel heilt nach einem Schub folgenlos aus, zwei Drittel nach einigen Schüben und ein letztes Drittel bleibt lebenslang bestehen.

Die Unterscheidung zwischen Neurose und Psychose kann vor allem bei den Depressionen so schwierig sein, dass sie sich erst nach einer längeren Verlaufsbeobachtung konkretisiert.

Hahnemann widmet den Psychosen im Organon bedeutend mehr Raum als den Neurosen, die „selten" vorkämen – ein heutzutage eher umgekehrter Zustand.

Auch die reaktiven Störungen, entstanden durch „Erschrecktwerden, anhaltenden Kummer und Beleidigungen" werden im Organon erwähnt. Sie werden definiert als seelisch-körperliche Erkrankungen, die in Zusammenhang mit psychosozialen Belastungssituationen stehen. Es wird unterschieden zwischen posttraumatischer Reaktion (durch traumatisierende, katastrophale Ereignisse wie Krieg, Folter, Missbrauch, Gewalt, Naturkatastrophen usw.) und Belastungsreaktion(durch anhaltende belastende Lebenssituationen wie Scheidung, schwere Verluste, Krankheit usw.).

Eine weitere Differenziadiagnose zu den Neurosen sind die **Persönlichkeitsstörungen** als auffällige Haltungen gegenüber dem Leben, der eigenen Person und in Beziehungen zu anderen.

Leidensdruck entsteht hier durch die Folgen des unangepassten Verhaltens. Persönlichkeitsstörungen kommen auf allen Strukturniveaus vor und sind psychotherapeutisch schwer zu behandeln.

4.1 Organische Abklärung

Vor allem vermeintliche **Depressionen** mit Schwäche und Abgeschlagenheit können durch verschiedene körperliche Störungen verursacht werden. Ganz im Vordergrund stehen Schilddrüsendysfunktionen. Aber auch organische Erkrankungen des Zentralnervensystems wie Epilepsie, multiple Sklerose (MS), Morbus Parkinson, Alzheimer und andere Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes, ebenso Tumorleiden und hormonelle Veränderungen wie das Klimakterium, sogar Vitaminmangelerscheinungen und Viruserkrankungen können ein depressives Bild hervorrufen. Deshalb sollte sorgfältig körperlich abgeklärt werden, sobald sich anamnestisch ein Verdacht in eine bestimmte Richtung ergibt, bevor die Diagnose einer neurotischen Depression gestellt wird. Schilddrüsendiagnostik bei depressiven Patienten ist ein Muss, das erstaunlicherweise doch immer wieder vergessen wird. Wir sollten uns niemals darauf verlassen, dass die Patienten zum Homöopathen oder auch Psychotherapeuten erst nach vollständiger körperlicher Abklärung gelangen.

Auch Medikamente können eine depressive Verstimmung verursachen. Bekannt ist dies für Blutdruckmittel wie den Betablocker Propanolol oder das heutzutage kaum mehr eingesetzte Reserpin. Aber auch unter oraler Einnahme von Kortison, bei oralen Kontrazeptiva, Virustatika und einige Antibiotika können depressive Symptome auftreten.

Die wichtigste, aber manchmal recht schwierige Differenzialdiagnose zu den Neurosen sind die **Psychosen**. Ebenfalls zu unterscheiden sind so genannte **reaktive Störungen** und **Persönlichkeitsstörungen**.

Differenzialdiagnose von Neurosen

Organische Ursachen für psychische Störungen:

- Schilddrüsendysfunktionen,
- organische Erkrankungen des Zentralnervensystems (Epilepsie, MS, Morbus Parkinson, Morbus Alzheimer, Tumoren),
- Stoffwechselerkrankungen (Diabetes usw.),
- Tumorleiden
- hormonelle Veränderungen (Klimakterium usw.),
- Vitaminmangelerscheinungen,
- Viruserkrankungen.

Medikamentös induzierte psychische Störungen:

- Antihypertonika: Propanolol, Reserpin,
- orale Kortisoneinnahme,
- orale Kontrazeptiva,
- Virustatika,
- Antibiotika.

Nichtneurotische psychische Erkrankungen:

- Psychosen (schizophrener Formenkreis, affektive Psychosen),
- reaktive Störungen (posttraumatische Reaktion, Belastungssyndrom),
- Persönlichkeitsstörungen,
- Borderlinestörungen,
- Psychosomatosen (oft neurotisch beeinflusst).

4.2 Psychosen

Psychose ist ein üblicherweise in Abgrenzung zum Begriff Neurose verwendeter Sammelbegriff für schwere psychische Erkrankungen, die sich nicht ohne Weiteres aus einem lebensgeschichtlichen Kontext heraus ableiten lassen und bei denen es zu gravierenden **Störungen im Bezug zur Umwelt** kommt. In den Klassifikationssystemen psychischer Erkrankungen ICD-10 wie auch DSM-IV wird der Begriff Psychose nur begrenzt angewandt. Stattdessen werden die unter diesem Überbegriff zusammengefassten psychischen Störungen dort unter verschiedenen Kapiteln beschrieben.

Zu den psychotischen Symptomen werden Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Ich-Störungen, Angstzustände, Depression und Manie gezählt. Häufig fehlt dem Betroffenen die **Einsicht in seinen krankhaften Zustand**.

Psychosen sind relativ häufige Erkrankungen: Etwa 1% aller Menschen erkranken im Laufe ihres Lebens an einer Psychose. Das entspricht in etwa der Häufigkeit des Auftretens von Diabetes.

Der Gipfel des **Erkrankungsbeginns** liegt zwischen der Pubertät und dem 35. Lebensjahr.

In der Schilderung Hahnemanns von seiner Behandlung des psychotischen Geheimen Kanzleirates Klockenbring wird beschrieben, dass sich Klockenbrings spätere Erkrankung schon Jahre zuvor mit einem diffusen körperlichen Unwohlsein angekündigt habe.

Viel häufiger als durch körperliches Unwohlsein kündigen sich Psychosen durch **Verhaltensauffälligkeiten** an:

- sozialer Rückzug,
- permanente Selbstüberforderung,
- Sonderlingsstatus.

Auch Psychosen werden ebenso wie Neurosen am häufigsten in den bereits beschriebenen **Schwellensituationen des Lebens** ausgelöst. Reizüberflutung mit Schlafmangel, Isolation oder Stress spielen dabei eine wichtige Rolle.

Bei einem Drittel der Betroffenen heilt die Psychose nach einem einzigen Krankheitsschub folgenlos aus. Bei einem weiteren Drittel kommt es über einen längeren Zeitraum hinweg zu mehreren psychotischen Schüben mit dazwischenliegenden beschwerdefreien Intervallen. Nur bei einem letzten Drittel kommt es zu einer chronischen Entwicklung mit ständig vorhandenen Symptomen oder einer anhaltenden Persönlichkeitsveränderung.

Bei der Beurteilung des Behandlungserfolgs, egal ob schulmedizinisch oder homöopathisch, ist dieser spontane, bei der Mehrheit der Betroffenen günstige Krankheitsverlauf mit in Betracht zu ziehen.

Unterschieden werden auf der einen Seite die **organischen oder exogenen Psychosen**, die durch nachvollziehbare körperliche Schäden wie zum Beispiel Tumoren, Infektionen, Verletzungen, Stoffwechselstörungen (Schilddrüse!), Alkohol- oder Drogenmissbrauch hervorgerufen werden und auf der anderen Seite die **endogenen Psychosen**, die durch keine organische Schädigung begründbar sind. Als häufigste Formen gehören dazu die Schizophrenie und die bipolaren oder auch manisch-depressiven Störungen (affektive Psychosen). Letztere können auch unipolar als endogene Depression oder als phasenweise auftretende Manie in Erscheinung treten. Daneben gibt es auch die schizoaffektiven Psychosen, die als Mischform der schizophrenen und der affektiven Psychose auftreten.

Muss eine exogene körperliche Ursache angenommen werden, wird die Behandlung der organischen Grunderkrankung im Vordergrund stehen.

Behandlung von Neurose und Psychose

Die Unterscheidung zwischen Neurose und Psychose ist nach ICD10 und DSMIV derzeit eher unüblich und manchmal auch nicht ganz eindeutig möglich, doch ist sie vor allem für Behandler aus anderen Fachgebieten durchaus hilfreich, sowohl hinsichtlich der Prognose der Erkrankung, als auch aufgrund deutlicher Unterschiede in der psychotherapeutischen, medikamentösen und auch homöopathisch-medikamentösen Behandlung. Zumindest in Deutschland werden schwere psychische Erkrankungen („Psychosen“) in erster Linie von Psychiatern behandelt und zwar vorrangig medikamentös. Anders bei den **Neurosen**: Diese werden vor allem von **Psychotherapeuten** behandelt und, so weit möglich und vertretbar, mittels Psychotherapie und ohne Medikamente.

Obwohl in der homöopathischen Literatur meist in einem Atemzug von „Geistes- und Gemütskrankheiten“ gesprochen wird, lässt sich im Organon doch nachlesen, dass auch Samuel Hahnemann die beiden Erkrankungen deutlich unterschied und verschiedene therapeutische Ansätze forderte.

Sucht ein Patient zuallererst den Homöopathen auf, wird dieser sich mit der Fragestellung auseinandersetzen müssen, ob eine Erkrankung aus dem neurotischen oder dem psychotischen Formenkreis oder eine dazwischen liegende Borderlinepathologie vorliegt.

Vor allem bei schweren, rezidivierenden Depressionen kann die Diskussion darum, ob diese „endogen“ oder neurotisch sind, recht kon-

trovers werden oder manchmal erst im Verlauf oder sogar gar nicht entschieden werden. Im Allgemeinen empfiehlt es sich jedoch, für Therapie und Prognose zumindest richtungsmäßig eine Vorstellung zu haben, ob man eine Psychose oder eine Neurose behandelt oder aber man entschließt sich bewusst für ein abwartendes beobachtendes Offenlassen.

Anhaltspunkte dafür, dass ein Patient an einer Psychose und nicht an einer Neurose leidet, sind folgende Symptome:

Anamnestisch und in der aktuellen Untersuchungssituation bestehen im psychotischen Erleben **Ausfälle der Realitätsprüfung**. Der Patient kann die Unterscheidung zwischen Phantasie und äußerer Wirklichkeit mittels logischen Denkens dauerhaft nicht mehr aufrechterhalten. Das Denken, der „Geist" des Betroffenen ist beeinträchtigt. Im Extremfall entwickeln sich daraus Wahnvorstellungen wie Verfolgungswahn, das Gefühl, bedroht und beeinträchtigt zu werden, Schuldwahn, religiöser Wahn oder illusionäre Verkennungen (der Patient hält z. B. den schwarz gekleideten Pfleger für den Teufel und greift ihn an) sowie Sinnestäuschungen, also Halluzinationen, wie das Hören von Stimmen im Kopf oder Visionen. Störungen in der Realitätswahrnehmung, die vor allem in der Psychose, aber auch isoliert oder bei schweren Neurosen vorkommen, sind auch so genannte Depersonalisations- und Derealisationsphänomene: Die Umwelt oder auch die eigene Person wird als fremd und unwirklich erlebt.

Häufig bestehen verschiedenste Arten von **Denkstörungen,** wie zum Beispiel Gedankenflucht, Gedankenabreißen, Gedankendrängen, inkohärentes Denken, Gedankenleere und so weiter. Ein dadurch häufig auftretendes Symptom bei Psychosen ist der Zerfall der Sprache: Die Sprache wird unverständlich und zusammenhanglos für Außenstehende.

Durch die gestörte Realitätswahrnehmnung und die Denkstörungen wirken Psychosen in der Regel „verrückter" auf uns als Neurosen.

Auch das Gedächtnis und die Konzentrationsfähigkeit leiden bei Psychosen beträchtlich – ein Symptom, das jedoch auch bei neurotischen Depressionen häufig ist. In der Regel haben Psychosen und bipolare Störungen im Gegensatz zu Neurosen einen **schubweisen, phasenartigen Verlauf**. Zwischen den einzelnen Phasen ist der Patient meist vollkommen unauffällig. Vor allem bei den bipolaren Störungen kann der Betroffene oft auf den Tag oder sogar die Stunde genau den Beginn oder das Ende einer depressiven Phase lokalisieren. Dieser **plötzliche Beginn oder das plötzliche Ende** kann, wenn vorhanden, durchaus als Unterscheidungskriterium zu Neurosen verwendet werden.

Ein analytischer psychotherapeutischer Ansatz ist bei den endogenen Depressionen erschwert, da wenig Psychodynamik zu bearbeiten scheint und „aufdeckende" psychotherapeutische Arbeit oft nicht gut vertragen wird. Auch Hahnemann beschreibt in § 224 des Organons, dass das bewusste Eingehen auf den Patienten und seine Nöte seinen Zustand verschlimmert.

Ätiologisch wird dem erblichen Faktor bei Psychosen eine erhebliche Bedeutung zugeschrieben. Tatsächlich sind in der **Familienanamnese** des Patienten sehr oft weitere psychiatrische Erkrankungen bei Blutsverwandten bekannt, weshalb die Familienanamnese immer sorgfältig erfragt werden sollte.

Ein analytischer psychotherapeutischer Ansatz ist bei den endogenen Depressionen erschwert, da wenig Psychodynamik zu bearbeiten scheint und „aufdeckende" psychotherapeutische Arbeit oft nicht gut vertragen wird. Auch Hahnemann beschreibt in § 224 des Organons, dass das bewusste Eingehen auf den Patienten und seine Nöte seinen Zustand verschlimmert.

Ätiologisch wird dem erblichen Faktor bei Psychosen eine erhebliche Bedeutung zugeschrieben. Tatsächlich sind in der Familienanamnese des Patienten sehr oft weitere psychiatrische Erkrankungen bei Blutsverwandten bekannt, weshalb die Familienanamnese immer sorgfältig erfragt werden sollte..

Dennoch ist die Unterscheidung in Psychose und Neurose nicht immer ganz einfach. Schaut man sich alte Filmaufnahmen von den „Hysterikerinnen“ an, mit denen Sigmund Freud arbeitete, wirken diese doch auch recht „verrückt“, obwohl es sich bei der heutzutage nur noch selten vorkommenden Hysterie eindeutig um eine neurotische Erkrankung handelt. Die Hysterie ist sogar die Neurose, anhand derer Freud die psychoanalytische Therapie von Neurosen überhaupt erst entwickelte.

Die Grenzen in der Unterscheidung zwischen Endogenität und Neurose sind vor allem bei den Depressionen nicht immer eindeutig und erfordern oft ein längeres abwartendes Offenlassen.

Auch Borderlinepatienten sind als „Grenzgänger“ zwischen Psychose und Neurose oft schwierig diagnostisch einzuordnen und können außer mit den Psychosen auch leicht mit den narzisstischen Störungen verwechselt werden.

Hahnemanns Beschreibung der Psychosen

In den §§ 215 und 216 beschreibt Hahnemann seine Theorie der Krankheitsentstehung bei Psychosen:

- In § 215 erläutert er, dass Geistes- und Gemütskrankheiten eigentlich Körperkrankheiten seien, bei denen sich die Geistes- und Gemütssymptomatik unter Abnahme der Körpersymptomatik immer mehr verstärkt. Die psychische Symptomatik nehme so lange zu, bis eine einseitige, nur die Geistes- und Gemütsebene betreffende Krankheit entstehe.
- In § 216 spricht er von lebensbedrohlichen, akuten Krankheiten, die immer mehr in Wahnsinn, Melancholie oder Raserei münden, während gleichzeitig die Todesgefahr durch die Körpersymptome verschwindet und die Körpersymptome immer schwächer werden. So könne eine Lokalkrankheit entstehen: Die Gemütsstimmung wird zum Hauptsymptom und vertrete die Körpersymptome, die abgeschwächt werden.

Hahnemann hat in diesen beiden Paragraphen auf die seiner Meinung nach körperliche Verursachung von Psychosen hingewiesenen. Dies deckt sich auch mit dem biochemischen Ansatz der modernen Psychiatrie: Die körperliche Ätiologie von exogenen Psychosen ist bekannt. Die Hauptrolle in der biochemisch orientierten Entstehungstheorie von endogenen Psychosen spielen Veränderungen im zerebralen Metabolismus, also körperliche messbare Veränderungen. Es muss aber vermutet werden, dass zu Lebzeiten Hahnemanns sehr viel ausgeprägtere Schwerezustände körperlicher Erkrankungen als heutzutage vorkamen. Diese münden dann in manchen Fällen in das so genannte Durchgangssyndrom, bei dem psychotische Symptome vorübergehend auftreten und den Gesamtzustand dominieren können, was Hahnemann zu seinen Überlegungen veranlasst haben könnte.

Ursächlich geht man bei Psychosen von einem multifaktoriellen Geschehen aus, d. h. es spielen viele Faktoren zusammen wie Genetik, biochemische Dysregulationen im Gehirnstoffwechsel, persönliche Veranlagung und zu einem geringeren Teil Umwelteinflüsse wie Erziehung und Kindheitserfahrungen.

Deshalb wird bei der Behandlung von Psychosen der medikamentösen Therapie mit Psychopharmaka, die direkt in den Hirnstoffwechsel eingreifen, Vorrang gegeben.

Psychotherapie mit Psychotikern wird heutzutage zunehmend durchgeführt, hat aber einen Schwerpunkt in verhaltenstherapeutischen Ansätzen und ist am ehesten wirksam, wenn sie in den „gesunden“ Latenzphasen des Patienten durchgeführt werden kann. Sie zielt zunächst auf Stabilisierung des Selbstwertgefühls und Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung zum Beispiel durch Reizregulation und Stressvermeidung. Weniger im Vordergrund steht die Erhellung eines psychodynamischen Geschehens, da familiären, sozialen bzw. lebensgeschichtlichen Faktoren bei Psychosen eine eher auslösende Rolle zugeschrieben wird als eine ursächliche.

9.3.1 Selbstwert

Tiefster negativer Glaubenssatz: „Ich werde nicht ge-(be-)achtet." „Ich bin nichts wert."

Womit stabilisiert dieser Mensch seinen Selbstwert?

- Macht, Verachtung
- Arroganz, Selbstüberhebung, Eitelkeit
- Mangel an Selbstvertrauen, Selbstniedrigung
- Kränkungsgefühle und Opferrolle
- Geiz, Neid, Eifersucht
- Erotik
- Nächstenliebe, Helfersyndrom (s. Kap. Schuld/ Verantwortung)
- Pedanterie, Perfektionismus (s. Kap. Schuld/ Verantwortung)
- Aktivität, Leistung, Ehrgeiz (s. Kap. Aktivität)

Macht, Verachtung

Menschen, bei denen der Themenkomplex von **Macht** und **Unterdrückung** anderer eine übergeordnete Rolle spielt, haben in der Regel in ihrer eigenen Vergangenheit Verachtung und Unterdrückung durch Menschen, von deren Liebe und Anerkennung sie abhängig waren, erlebt. Um die Zuwendung dieser Menschen nicht zu verlieren, mussten sie sich unterordnen und anpassen und ihre eigenen Bedürfnisse nach Selbstständigkeit und Selbstbestimmung vollkommen unterdrücken. Dem Druck, der durch diese permanent verdrängten Bedürfnisse nach **Autonomie** entstand, begegnen sie auch als Erwachsene mit ihren „**Kinderstrategien**":

- nach außen mit Unterordnung bei Überlegenen und Machtausübung und Entwertung bei Unterlegenen und
- nach innen mit Selbstüberhebung und Arroganz oder Selbstverachtung.

So haben sie zumeist zwei Seiten:

- eine, die Macht ausübt und verächtlich gegenüber anderen ist und
- eine, die sich unterwirft und klein fühlt, je nachdem, wer ihnen gegenübersteht.

Sie leben emotional in einem **hierarchischen, vertikalen System**. Menschen werden von ihnen in wertender Art und Weise von oben nach unten oder von unten nach oben eingeordnet. Manchmal wird nur eine der beiden Seiten der Macht offen gelebt. Ein Mensch, der sich überall unterwürfig und angepasst verhält, denkt ebenso hierarchisch wie ein Despot und Unterdrücker. Er hat durchaus die Seite der Machtausübung auf andere in sich. Möglicherweise hat er auch Phantasien oder Träume davon, traut sich aber nur, die schwache, unterlegene Seite zu leben. Dies ist der Grund, weshalb uns solche Menschen oft wütend machen: Wir spüren die unterdrückte Wut, die heimliche Verachtung. Die Seite der Machtausübung existiert dennoch, findet aber nur passiven Ausdruck.

Machtausübung über andere ist in der Psychotherapie bekannt als Abwehrmechanismus gegen eigenes Unterdrücktwerden und zwar unter dem Begriff **Verschiebung**: Die Wut gegen den Unterdrücker, auch gegen den einstigen Unterdrücker, wird gegen Unterlegene gelenkt. Auch der Abwehrmechanismus der **Projektion** findet hier seinen Niederschlag: Eigene unerwünschte Eigenschaften wie Schwäche und Unzulänglichkeit werden anderen zugeschoben und bei ihnen bekämpft, sodass man sie bei sich selbst nicht spüren muss.

Bildlich gesehen wird versucht, das eigene geringe Selbstwertgefühl zu heben, indem man von anderen gleichsam ein Stück abschneidet. Dadurch wächst man zwar noch lange nicht selbst, kann sich aber eine Illusion von Größe verschaffen, indem man andere gering schätzt.

Tafel 1: Macht, Verachtung, Unterdrückung (s. S. 285)

Möglicher negativer Glaubenssatz: „Ich kann mir nur Achtung verschaffen, indem ich andere klein mache."

Unter genauer Betrachtung der Repertorisationstafel scheint besonders ***Lachesis*** hier aufzufallen durch eine grausame, boshafte und hasserfüllte Art, mit anderen Menschen umzugehen. Bei ***Arsenicum***, ***Nux vomica***,

Lycopodium und ***Platinum*** scheint mehr die Verachtung im Vordergrund zu stehen. ***Arsenicum*** sticht hervor durch Kritiksucht und wenig Mitgefühl, ist aber seltener von Hass- und Rachegefühlen gesteuert wie ***Lachesis***, ***Nux vomica***, ***Natrium muriaticum***, ***Sulphur*** oder ***Nitricum acidum***.

Lycopodium will vor allem beherrschen, während ***Platinum*** sich in erster Linie innerlich über andere erheben muss.

Selbsterhöhung und Selbsterniedrigung

In direktem Zusammenhang mit Verachtung und Unterwerfung stehen Themen der **Selbsterniedrigung** und **Selbsterhöhung**. Sowohl hinter der Selbsterniedrigung als auch hinter der Selbsterhöhung steht ein schlechtes Selbstbewusstsein. Im einen Fall wird versucht, sich künstlich mehr Größe zu verleihen durch Sichaufblähen und ein scheinbar selbstbewusstes Auftreten, im anderen Fall wird das schlechte Selbstwertgefühl nach außen deutlich sichtbar gelebt. Der Betroffene wertet sich selbst ab und identifiziert sich damit mit den Personen, von denen er abgewertet wurde. Der entsprechende Abwehrmechanismus ist die Identifizierung mit dem Aggressor, dem Angreifer.

Tafel 2: Arroganz, Selbstüberhebung, Eitelkeit (s. S. 287)

Möglicher negativer Glaubenssatz: „Ich muss großartig, schön und etwas Besonderes sein, um geachtet zu werden."

Besonders eitel und anmaßend erscheinen bei der Betrachtung der Repertorisationstafel ***Platinum*** und ***Lycopodium***. ***Platinum*** gibt sich noch bildlicheren Größenphantasien hin und verhält sich kapriziöser. ***Lycopodium*** und ***Sulphur*** erliegen am ehesten Schmeicheleien. ***Veratrum*** hat ähnlich wie ***Belladonna*** und ***Stramonium*** eine extrem exzentrische Seite, die nicht nur in der Psychose Ausdruck finden kann. Auch ***Calcium carb.*** kann ausgeprägte Größenphantasien haben.

Tafel 3: Mangel an Selbstvertrauen, Selbsterniedrigung (s. S. 288)

Möglicher, negativer Glaubenssatz: „Ich kann nichts und werde von niemandem geachtet."

Sulphur kann sowohl ein sehr gutes Selbstvertrauen haben, als auch ein sehr schlechtes, mit vielen Selbstvorwürfen und einer autoaggressiven Haltung. Noch plakativer ist das schlechte Selbstvertrauen von ***Lycopodium***, ***Lac caninum***, ***Palladium***, ***Aurum*** und ***Pulsatilla***. Bei ***Pulsatilla*** kann dabei vor allem ein unterwürfiges Verhalten auffallen, während ***Aurum*** sich selbst verachtet.

Kränkungsgefühle und Opferrolle

Ein anderer Indikator für ein schlechtes Selbstwertgefühl ist eine **extreme Kränkbarkeit**: Man bekommt alles in den „falschen Hals", fühlt sich andauernd angegriffen und kann ebenso schwer diese Kränkungen loslassen und verzeihen. Dahinter steht der negative Glaubensgrundsatz: „Ich werde immer kritisiert, angegriffen und kann nichts recht machen." Meist entspricht diese Haltung einer negativen Kindheitserfahrung und wird durch Veranlagung gefördert.

Tafel 4: Kränkungsgefühle und Opferrolle (s. S. 289)

Möglicher negativer Glaubenssatz: „Ich bin arm und benachteiligt." „Ich kann nichts recht machen."

Das kränkbarste Mittel der Materia medica – vor allem in Bezug auf Grobheit anderer – ist ***Staphisagria***, mit einem ausgeprägten Ehrgefühl, gefolgt von ***Natrium muriaticum***. Bei ***Ignatia*** steht eher Enttäuschung im Vordergrund.

Nux vomica ist vor allem dann gekränkt, wenn es beim Vergleich mit anderen schlecht abschneidet, ganz besonders in Bezug auf Leistung.

Besitzergreifen und Vereinnahmen

Auch das Besitzergreifen und Vereinnahmen, sowohl von Menschen als auch von Gegenständen, kann eingesetzt werden, um den Selbstwert künstlich von außen zu stützen. Gelingt das nicht so, wie man es sich wünscht, können daraus Gefühle wie **Eifersucht**, **Neid** und **Geiz** entstehen. Auch diese Gefühle entspringen einer Vorgeschichte und einer Veranlagung. Meist hatte man schon in der Kindheit damit zu kämpfen. Sehr häufig finden wir bei Menschen, die unter Neid und Eifersucht leiden, in der Vorgeschichte eine problematische, stark um die Gunst der Eltern **rivalisierende Geschwisterbeziehung** (wobei Geschwisterbeziehungen immer eine Tendenz zur Rivalität haben). Manchmal steht hinter einer rivalisierenden Haltung auch eine **Konkurrenzsituation** mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil, wenn zum Beispiel die Mutter mit der Tochter um die Gunst des Vaters konkurrieren musste, weil dieser sich nicht klar genug als Vater von dem Kind abgrenzen konnte.

Tafel 5: Geiz, Neid, Eifersucht (s. S. 291)

Mögliche negative Glaubenssätze: „Andere werden mehr geliebt als ich." „Ich bekomme nicht genug." „Andere haben mehr als ich."

Pulsatilla leidet bei Betrachtung der Tafel am meisten unter Geiz, Neid und Misstrauen. Auch die Eifersucht scheint bei ***Pulsatilla*** häufig, doch trifft diese noch mehr ***Lachesis*** und ***Nux vomica***. Geiz und Habgier zusammen mit einer misstrauischen Haltung kommen auch bei ***Arsenicum***, ***Lycopodium*** und ***Sulphur*** gehäuft vor.

Erotik

Auch über eine sexualisierte Haltung kann man sich **Zuwendung** und **Aufmerksamkeit** sichern oder aber es handelt sich um eine aus anderen Gründen entstandene sexuelle Enthemmung.

Tafel 6: Erotik (s. S. 292)

Mögliche negative Glaubenssätze: „Ich muss erotisch sein, um Beachtung zu finden." „Sex ist meine einzige Möglichkeit, Nähe zu anderen Menschen zu haben."

Als hervorstechende Mittel, in denen ein schlechter Selbstwert mit einer übersexualisierten Haltung kombiniert sind, finden wir in der Tafel vor allem ***Platinum*** und ***Staphisagria***.

Phosphorus versucht, über Sexualität die Nähe herzustellen, die es so dringend braucht, um seine Angst zu beruhigen. Oft steckt dahinter eine Missbrauchssituation aus der Kindheit.

Bei ***Hyoscyamus***, ***Stramonium***, ***Veratrum*** und ***Belladonna*** sind sexuelle Enthemmungszustände häufiger als kompensatorische Übersexualisierung.

Der **psychologische Ausweg** aus der Problematik des Selbstwertgefühls ist weiter oben bereits beschrieben worden.

Auf der **Verhaltensebene** gilt es – gegebenenfalls auch unter therapeutischer Anleitung – auf verschiedenen Ebenen immer wieder bewusst Dinge zu tun, mit denen man sich seine eigene Wertschätzung zeigen kann. Doch ist es mindestens ebenso wichtig, sich entwertender Gedanken sowohl sich selbst gegenüber als auch anderen gegenüber zu enthalten.

Auf der **tiefenpsychologischen Ebene** sind wir aufgerufen, nachzuforschen, welche Konstellationen und Beziehungssituationen in der Vergangenheit und ganz besonders der Kindheit dazu führten, dass wir dieses Gefühl der Geringschätzung verinnerlichen mussten. Wer schätzte uns gering? Wer schenkte uns keine Beachtung? Vielleicht gelingt es uns irgendwann einmal, diese tiefe Verletzung aufzulösen, indem wir nach und nach verstehen lernen, was den oder die Menschen, die uns dies angetan haben, dazu trieb, weshalb sie nicht anders konnten als genau so, welche Hilflosigkeit und welche eigene Verletzung dahinterstand. Das **Verzeihen** ist oft schwer und benötigt lange Zeit. Ein vorschnelles Verzeihen

ist nicht sinnvoll. Normalerweise muss dem Verzeihen erst eine Phase des schmerzlichen Erkennens, gefolgt von einer weiteren Phase der Wut und Empörung vorausgehen. Oft ist es einfacher und erträglicher, einen solchen Weg zusammen mit einem verstehenden und stützenden Therapeuten zu gehen.

9.3.2 Aggression

Wie setzt sich dieser Mensch durch oder grenzt sich ab?

- Wut, Zorn
- Gewalt
- Autoaggression, Suizidalität (s. Schuldgefühle, S. 41)
- passive Aggression (s. Kap. Selbstwert, S. 159, und Kap. Verantwortung und Schuld, S. 166)

Wut, Zorn

Dem Thema Aggression wurde bereits ein langes Kapitel gewidmet. Neben den notwendigen, gesunden **Abgrenzungs-** oder **Durchsetzungsaggressionen** (s. S. 31) gibt es wie beschrieben die **destruktiven Aggressionsformen** (Gewalt, Autoaggression, passive Aggression), aber auch so etwas wie eine aggressive Haltung, bei der viele konflikthafte oder schmerzhafte Situationen mit Wut beantwortet werden. Wo andere möglicherweise Angst oder Trauer, Schmerz oder Schuldgefühle empfinden würden, wird mit Wut reagiert. Die Wut bekommt so die Funktion, die darunterliegenden, wahrscheinlich unangenehmeren Gefühle zu überdecken. Immerhin kann man sich in der Wut aktiv und stark fühlen! Deshalb ist vor allem für Menschen, die glauben, immer stark sein zu müssen, die Wut eine häufige Reaktionsform. Natürlich gibt es auch die persönliche Veranlagung zu einer zu Wut neigenden Haltung.

Tafel 7: Wut, Zorn (s. S. 293)

Mögliche negative Glaubenssätze: „Wenn ich wütend bin, bin ich stark." „Ich kann mir nur mit Wut und einem starken Gefühlsausdruck Gehör oder Beachtung verschaffen."

Die Wut von ***Nux vomica*** ist heftig und leicht auszulösen, vor allem, wenn man ihn nicht in Ruhe lässt. ***Natrium muriaticum*** kann sehr wütend werden, ganz besonders, wenn man ihn zu trösten versucht. Die Wut von ***Lycopodium***, ***Aurum*** und ***Ignatia*** wird vor allem durch Widerspruch ausgelöst.

Gewalt

Wer Gewalt anwenden muss, drückt oft auch allerhöchste **Hilflosigkeit** aus. Man sieht einfach keinen anderen Ausweg mehr, als zuzuschlagen. Möglicherweise wurde man nie dahin geführt, andere Auswege zu suchen. Manchmal hat die Gewaltbereitschaft auch etwas mit Enthemmung zu tun, wie zum Beispiel unter Drogeneinfluss.

Tafel 8: Gewalt (s. S. 294)

Möglicher negativer Glaubenssatz: „Ich bin so hilflos, dass ich mir nur gewaltsam Beachtung verschaffen kann."

Gewaltsame Tendenzen beobachten wir besonders in den Wutanfällen von ***Nux vomica***, ***Stramonium***, ***Belladonna***, ***Hepar Sulphuris*** und ***Hyoscyamus***.

Autoaggression, Suizidalität

In jedem Selbstmörder ist ein Mörder verborgen. Ein und derselbe Mensch kann sowohl die eine als auch die andere extreme Ausprägung eines Themas in sich tragen. ***Lycopodium*** kann stark dominieren oder sich unterordnen. ***Phosphorus*** kann die Nähe anderer ebenso suchen wie reserviert sein. ***Mercurius*** kann ebenso gewaltsam gegen andere wie suizidgefährdet sein. Sofern sie angelegt ist, kann sich die Gewaltbereitschaft gegen andere, wie auch gegen den Betreffenden selbst richten.

Tafel 9: Autoaggression, Suizidalität (s. S. 296)

Möglicher negativer Glaubenssatz: "Ich bin es nicht wert, zu leben."

Die stärksten suizidalen Tendenzen hat ***Aurum***, das auch eine erhöhte Gewaltbereitschaft hat, aber vor allem gegen sich selbst. Aus der Tafel geht hervor, dass ***Arsenicum*** viel an Suizid denkt, aber Angst hat, ihn selbst durchzuführen aus Angst vor Gewalt und dem Sterben. Auch China, ***Nux vomica*** und ***Alumina*** fehlt oft der Mut, wobei sie wie ***Natrium muriaticum***, ***Natrium Sulphuricum*** und ***Mercurius*** aber sehr lebensmüde sein können.

9.3.3 Kontaktaufnahme

Wie nimmt dieser Mensch zu anderen Kontakt auf?

- Verlassenheitsgefühle
- Distanzlosigkeit
- Zurückhaltung, Kontaktscheu, Ruhebedürfnis, Eigenbrötlerei
- erotisches Verhalten (s. S. 161)

Das Kontaktbedürfnis hat sehr viel mit **persönlicher Veranlagung** zu tun. Schon bei Kleinkindern fallen hier Unterschiede auf.

Die meisten Menschen haben eine Mischung aus dem Bedürfnis, mit anderen zusammen zu sein und immer wieder auch mal für sich zu sein. Im Allgemeinen brauchen wir dieses möglichst ausgewogene Zusammenspiel zwischen **Gesellschaft** und **Alleinsein**, denn einerseits sind wir soziale Wesen mit dem Wunsch, dazuzugehören, andererseits müssen wir immer wieder herausfinden können, was wir selbst wollen, um nicht unzufrieden zu werden, und brauchen dazu Zeiten des ungestörten Rückzugs.

Wir haben alle sowohl Angst vor **Einsamkeit** als auch Angst vor **Nähe**. Im ersten Fall fürchten wir, allein verloren zu sein und nicht zurechtzukommen, im zweiten Fall fürchten wir, unsere eigenen Bedürfnisse nicht durchsetzen zu können und auf diese Weise eingeengt zu werden. Welche Angst stärker ausgeprägt ist, hat wiederum neben persönlicher Veranlagung viel mit unseren Kindheitserfahrungen zu tun. Hatten wir überfürsorgliche Eltern, die gleichzeitig schlecht für ihr eigenes Wohl sorgten, wird der Wunsch nach Freiheit und die Angst vor Einengung stärker sein, als bei denjenigen, die frühe Trennungssituationen zu verkraften hatten. Dafür begleiten dieses **Freiheitsbedürfnis** in einem solchen Fall oft **Schuldgefühle**.

Zurückhaltung, Kontaktscheu, Ruhebedürfnis, Eigenbrötlerei

Es ist nicht selten, dass ein Mensch **wenig Kontakt** herstellt und sehr **zurückgezogen** lebt, obwohl sein Wunsch nach Kontakt mit anderen eigentlich groß ist. Durch übertriebene Ängste vor Einengung und durch Angst vor Zurückweisung kann er zum Außenseiter werden und durch ständige Selbstisolation und fehlende Rückmeldungen seltsame Angewohnheiten entwickeln.

Die **Überzeugung, nicht dazuzugehören**, ist oft sehr ambivalent. Einerseits ist es schmerzhaft, ein Außenseiter zu sein, andererseits kann man auch Gründe haben, weshalb man sich gerne von den anderen abheben möchte, ein Wunsch, der besonders bei Künstlern häufig vorkommt. Der Wunsch nach Ruhe und das Bedürfnis, seine eigenen Wege zu gehen, sind nach einer Phase der Anstrengung und Erschöpfung normal und notwendig.

Dieser großen Unterschiedlichkeit an **Motivationen für den Rückzug** entsprechen auch die homöopathischen Mittel: Sie lassen sich nicht zusammenfassen, sondern es muss die jeweilige Situation unterschieden werden.

Tafel 10: Zurückhaltung, Kontaktscheu, Ruhebedürfnis, Eigenbrötlerei (s. S. 298)

Mögliche negative Glaubenssätze: „Ich gehöre nicht dazu." „Ich bin anders als die anderen." „Andere Menschen sind gefährlich für mich." „Ich brauche meine Ruhe." „Ich will meinen eigenen Weg gehen."

Ein sehr kontaktscheues Mittel ist ***Natrium muriaticum***. Es braucht viele Phasen des

Die häufigsten Gemütskrankheiten in der homöopathischen Praxis

Teil 3

Ganz besonders die **psychosomatischen Syndrome** tauchen in homöopathischen Praxen überzufällig häufig auf, weil sie eine **Körperkrankheit imitieren**, die aber weder zu Untersuchungsergebnissen führt, noch erfolgreich therapiert werden kann. Der körperliche schulmedizinische Ansatz hat hier außer Ausschlussdiagnostik wenig zu bieten. Die Patienten müssen Glück haben, dass die sie untersuchenden Ärzte den psychischen Hintergrund ihrer Beschwerden erkennen und eine entsprechende Behandlung einleiten. Sehr häufig entsteht eine große Ratlosigkeit nicht nur auf Seiten der Patienten, sondern auch der Ärzte. Genau das wird häufig Anlass, nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten zu suchen. Aus diesem Grunde ist es wichtig, dass jeder, der mit klassischer Homöopathie arbeitet, über ausreichende Kenntnisse zum Thema psychische und psychosomatische Erkrankungen verfügt, um diesem großen Anteil an Patienten, die unsere Praxen aufsuchen, gerecht zu werden.

Angstsyndrome und **Depressionen** geben sich meist leichter als psychische Erkrankungen zu erkennen, sodass die Überweisung zum Psychotherapeuten häufig schon geschehen ist oder eine Psychotherapie schon versucht wurde, wenn die Patienten sich an den Homöopathen wenden.

Allerdings scheuen die betroffenen Patienten nicht selten den Gang zum Psychotherapeuten und gehen lieber zunächst zum Homöopathen, weil es ihnen weniger stigmatisierend erscheint.

Auch bei den Ängsten und Depressionen kommen versteckte Formen mit mehr Körpersymptomen vor oder aber Mischformen, die sich in keine dieser drei Kategorien einordnen lassen.

Psychische Erkrankung

Psychosen	Neurosen	Psychosomatosen	Persönlichkeitsstörungen	Reaktive Störungen	Verhaltensstörungen
- Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis - affektive Psychosen: • bipolare Störung (manisch-depressiv) • unipolare Störung - schizoaffektive Psychosen - Borderline-Psychosen	*1. Psychoneurosen* - neurotische Depression - Angstneurosen (Panikattacken) - Zwangsneurose - dissoziative Neurosen - Derealisationssyndrom *2. Organneurosen* - Konversionsneurosen - Somatisierungssyndrome psychovegetative Störungen) - psychogenes Schmerzsyndrom - funktionelle Sexualstörungen	- Colitis ulcerosa / Morbus Crohn - Neurodermitis - Hyperthyreose - Asthma bronchiale - Ulcus ventriculi et duodeni - rheumatoide Arthritis	- hysterische Pers. - narzisstische Pers. - zwanghafte Pers. - Borderline-Pers.	- posttraumatische Reaktion - Belastungsstörung	- psychogene Essstörungen - Suchtverhalten - autoaggressives Verhalten - Perversionen - suizidales Verhalten

Abb. 4 Psychische Erkrankungen im Überblick.

Insgesamt sind die Übergänge zwischen diesen drei Hauptgruppen an Beschwerden ausgesprochen fließend.

Die dahinter stehende Ursache ist in den Grundzügen immer gleich: eine tiefer liegende Angst, die entweder durch Depressionssymptome, durch oberflächliche Angstsymptome oder durch psychosomatische Symptome verdeckt wird. In welcher Weise der Einzelne reagiert, ist in erster Linie eine Frage der Persönlichkeit.

Auch die anderen seelischen Beschwerden, die uns in der Praxis neben diesen drei Hauptgruppen häufig begegnen, haben letztlich dieselbe Wurzel. Hierzu gehören die Konversionsneurosen, die Zwangsneurosen und die Verhaltensstörungen (Süchte, Tics usw.)

12 Angstsyndrome

Überblick

Bei neurotischen Angstpatienten werden **Verlustängste** ins Unterbewusstsein verdrängt und durch eine bewusste Angst verdeckt. Die bewusste Angst kann von einer begrenzten Phobie mit geringem Krankheitswert bis zu einer generalisierten Angstneurose reichen.

Aufgrund der zu befürchtenden **Abhängigkeitsentwicklungen** sollte die medikamentöse Therapie von Angstsyndromen primär mit Homöopathika statt mit Anxiolytika erfolgen, soweit durchführbar.

Die Kenntnis **pathognomonischer Symptome** bei Angstneurosen ist wichtig, um zu vermeiden, dass diese bei der homöopathischen Mittelwahl hochwertig eingesetzt werden. Hilfreicher für die Mittelwahl bei Angstneurotikern sind körperliche Symptome, auch Begleitsymptome oder ungewöhnliche Auslöser oder äußere Umstände für die Angst.

Isolierte Phobien bei Patienten, deren Hauptsymptom nicht Angst ist, sind dagegen ausgezeichnete Wegweiser für die individuelle homöopathische Mittelwahl.

Die **fachpsychotherapeutische Behandlung** von Angstsyndromen zielt auf Klärung der Hintergründe der Angst und Lockerung des Vermeidungs- und Anklammerungsverhaltens

Alle menschlichen Gefühle, auch die unangenehmen, haben einen lebensunterhaltenden Sinn: Sinnvolle Angst lässt uns Gefahren wahrnehmen und hilft, uns zu schützen. **Sinnvolle Wut** gibt uns die Energie, uns zu verteidigen und das Leben anzupacken. **Sinnvoller Neid** oder **Eifersucht** spornen uns an, selbst besser zu werden. **Sinnvolle Trauer** lehrt uns, wertzuschätzen und zu erkennen, was wichtig ist.

Der Begriff Angst stammt vom Althochdeutschen „angust“ = Enge und bezeichnet das Gefühl, bedrängt und bedroht zu sein, zusammen mit körperlichen Begleiterscheinungen.

Diese körperlichen Begleiterscheinungen sind allgemein bekannt: beschleunigter Herzschlag, beschleunigte Atmung, erhöhter Muskeltonus, erhöhte Wachsamkeit – physiologische Reaktionen, die denjenigen, der Angst empfindet, für eine **Flucht** oder auch einen **Kampf**, in jedem Fall aber körperlichen Einsatz bereit machen würden.

In den seltensten Fällen ist es aber für einen Erwachsenen möglich, Angst sofort körperlich umzusetzen. Deshalb bleiben diese physiologischen Reaktionen vorerst ungenutzt stehen und können sich verstärken und verselbstständigen zu Zittern, Herzrasen, Schweißausbrüchen und Hyperventilation, die zu Muskelkrämpfen und Empfindungsstörungen führen kann. Angst, die auf lange Sicht wie zum Beispiel in dauerhaften Stresssituationen bestehen bleibt, kann zu verspannter Muskulatur, Schlafstörungen, Bluthochdruck, Verdauungsstörungen und vielen anderen Körpererscheinungen führen. Das ist einer der Gründe, weshalb **Sport und Bewegung** bei Stress-, Angst- und Depressionssymptomen so gut tun: Weil sie die Anspannung des Körpers tatsächlich in Aktivität umsetzen.

Bei einer **objektivierbaren Gefahr** und Bedrohung ist die **Angst real**. Wer zum Beispiel sein Vermögen verloren und realistisch betrachtet keine Aussicht auf eigene Einkünfte hat, wird zwangsläufig mit existenziellen Ängsten reagieren.

Zum Symptom wird die Angst dann, wenn sie irrational ist.

Bei **irrationalen Ängsten** scheint die heftige Symptomatik nicht zum Angstauslöser zu passen; sie wirken überzogen und unangemessen. Auch der Betroffene selbst nimmt dies wahr, kann aber daran nichts ändern. Wer vor Spinnen laut schreiend davonläuft, weiß ganz genau, dass die Spinne ihm nicht wirklich etwas anhaben kann, und kann doch nicht anders handeln.

Die Ursachen für irrationale Angst sind mannigfaltig, doch im Folgenden soll speziell auf die irrationale Angst aus neurotischen Gründen eingegangen werden.

Angstneurose ist ein Begriff, mit dem Krankheitsbilder bezeichnet werden, die durch neurotische, irrationale Angst als Symptom geprägt sind. Ihre Wurzeln finden wir in unverarbeiteten Ängsten aus der Kindheit, die verdrängt wurden und im Unbewussten fortbestehen.

In jeder einzelnen Entwicklungsphase der Kindheit (s. S. 52) können **unverarbeitete, unbewusste Ängste** bestehen bleiben:

- diffuse tief greifende Verfolgungs- und Verlassenheitsängste in der Phase der frühen Individuation (orale Phase),
- Verlust- und Trennungsängste in der Phase der Autonomieentwicklung (anale Phase),
- Liebesverlust-, Straf- und Gewissensängste in der ödipalen Phase.

Sind diese **unbewussten Ängste** bei jemandem sehr ausgeprägt und durch ein auslösendes Ereignis geweckt, werden sie bei der Angstneurose durch eine **bewusste Angst** verdeckt. Diese bewussten Ängste bilden die Leitsymptome der neurotischen Ängste, die sich in groben Zügen in folgende Hauptgruppen einteilen lassen:

- Panikattacken,
- Phobien,
- Hypochondrie,
- generalisierte Angstneurosen.

12.1 Panikattacken

Damit werden **wiederkehrende**, bis zu dreißig Minuten dauernde heftige **Angst- und Vernichtungsanfälle** beschrieben, zwischen denen angstfreie Intervalle bestehen.

Typische Symptome sind intensive Beklemmungs- und Bedrohungsgefühle bis hin zu Todesängsten, Depersonalisations- und Derealisationserlebnissen. Mit **Depersonalisationserleben** wird das Gefühl beschrieben, sich selbst fremd zu sein, neben sich zu stehen. Bei **Derealisationserleben** scheint die Umwelt verändert und fremd.

Auf der körperlichen Ebene beobachten wir in erster Linie Atemnot, Hyperventilation, Herzrasen, Schwitzen und Zittern. Oft kommt im Laufe der Zeit die hypochondrische Angst hinzu, an einer schweren körperlichen Krankheit, z. B. einer Herzerkrankung, zu leiden, weshalb die Überzeugung entstehen kann, auf ständige Begleitung bzw. Hilfe angewiesen zu sein. Tatsächlich ist eine sehr typische Angst deshalb die Angst vor dem **Alleinsein** mit daraus resultierendem **Anklammerungsverhalten**.

Im Verlauf entsteht immer mehr Angst vor den Panikattacken selbst, bis die Panik in einen generalisierten Angstzustand mündet. Deshalb müssen Panikattacken als Vorläufer zu einer generalisierten Angstneurose betrachtet werden.

Oft werden die Angstauslöser dabei gar nicht wahrgenommen, sondern die Panik wird erlebt wie ein Überfall, dem man hilflos ausgeliefert ist.

Andere Patienten können beschreiben, in welchen Momenten die Panik am ehesten ausgelöst werden kann. Häufig tritt sie auf in Situationen, die den Patienten binden, d. h. Situationen, die der Betroffene nicht ohne weiteres beenden könnte oder wollte, wie zum Beispiel in U-Bahnen, beim Friseur, im Tunnel, in der Kirche usw.

Die eigentlichen, im Unbewussten bleibenden, typischen Auslösesituationen sind dabei aber tatsächliche, drohende oder nur so erlebte, also phantasierte Verluste von Menschen, die dem Patienten als Angstschutz dienen.

12.2 Phobien

Bei Phobien gelingt es dem Patienten hingegen, einen Angstauslöser wahrzunehmen, d. h. die Angst zu binden, was ein Zeichen für ein stärkeres Ich und ein höheres Strukturniveau ist. Die Störung in der Kindheit erfolgte später, nachdem sich das Ich bereits festigen konnte.

Phobien sind außerordentlich häufig und stellen selten ein schwerwiegenderes Problem dar, das Anlass zu Behandlung gibt.

Häufige Formen sind die so genannten **Situationsphobien**. Dazu gehört zum einen die **Agoraphobie** (Platzangst von griech.: agora = Marktplatz) und die **Klaustrophobie**.

Die **Agoraphobie** tritt auf beim Aufenthalt auf Straßen, Plätzen oder generell in der Öffentlichkeit, speziell Versammlungen, Vorträgen, Konzerten, Theater, beim Warten in Schlangen, in Läden, in U-Bahnen. Es ist die Angst, in Ohnmacht zu fallen, die von Herzrasen und Schwitzen begleitet ist und meist durch Begleitung (Personen, Fahrrad, Kinderwagen, Pillen/Globuli als steuernde Objekte) gemildert werden kann.

Die **Klaustrophobie** tritt in geschlossenen Räumen, Menschenmengen und Fahrstühlen auf. In diese Gruppe gehören auch Flugangst, Angst vor Tunnels, beim Auto- oder Eisenbahnfahren.

Eine weitere häufige Gruppe von Phobien sind **soziale Phobien**. Es handelt sich hierbei um eine Angst vor dem Zusammensein mit Menschen, begleitet von Symptomen wie Zittern, Herzrasen, Erröten, teilweise auch nur bezogen auf bestimmte Tätigkeiten wie beim Sprechen in der Öffentlichkeit oder beim Essen. Nicht selten stehen sie in Zusammenhang mit unbewussten Scham- und Schuldgefühlen und der Angst, beobachtet zu werden.

Als eine dritte, unüberschaubar große Gruppe gelten die so genannten **einfachen, isolierten Phobien**, wie zum Beispiel Tierphobien (Schlangen, Mäuse, Spinnen), Höhenangst, Nadel- oder Messerphobien.

Phobische Ängste erscheinen unvernünftig, unrealistisch und irrational.

Die Entstehung von Phobien hat, wie bereits oben beschrieben, mit einer Art Ersatzangst, die für einen ins Unbewusste verschobenen scheinbar nicht lösbaren Konflikt steht, zu tun.

Fall 40

Beschrieben ist ein solcher Fall am Beispiel des jungen Mannes, der den Konflikt zwischen einem nicht wahrgenommenen Wunsch nach Geborgenheit und dem Wunsch nach Unabhängigkeit mittels einer sozialen Phobie „löste" (s. S. 46). Durch die Phobie vermied er die aktive Trennung von seinen Eltern, was ein häufiger Hintergrund situationsgebundener Phobien bei narzisstischen Patienten ist.

Ängste in geschlossenen Räumen oder bei Fahrten im Auto können ebenso wie Ängste, das Haus zu verlassen, den unbewussten Wunsch verbergen, sich aus einer unbefriedigenden Beziehung zu lösen.

Den Phobien aber auch recht häufig zugrunde liegende verdrängte Konflikte, vor allem bei Tierphobien, haben etwas mit der Abwehr von verbotenen sexuellen Wünschen zu tun und kommen bei ödipal fixierten Patienten vor.

Ängste vor verletzenden Gegenständen bilden eine Art Ausnahme, da sie in erster Linie bei Borderlinepatienten auftreten und sadistische Impulse und Verletzungsphantasien verbergen.

Die Platzangst verdeckt oft eine unbewusste Angst vor Kontrollverlust bei verbotenen z. B. sexuellen Wünschen oder aber den Wunsch nach Geborgenheit.

12.3 Hypochondrische Syndrome

Hypochondrische Störungen zeichnen sich aus durch **andauernde Besorgnis um die Gesundheit**, ständige Beobachtung des Körpers, seiner Funktionen und des Wohlbefindens, Angst vor Krankheiten und der Vorstellung, an bestimmten Krankheiten zu leiden oder zu sterben.

Hypochondrische Angst entsteht durch Projektion von Ängsten auf den Körper. Die intensive Aufmerksamkeit und das Kümmern, das man sich eigentlich von anderen wünschen würde, wird dem Körper gewidmet. Der Kontakt mit anderen wird problematisch, weil im Zentrum der Gespräche die körperliche Befindlichkeit steht, während die Themen, um die es eigentlich geht, vermieden werden. So fühlt sich das Gegenüber gleichzeitig im Kontakt festgehalten und abgewiesen.

Hypochondrische Störungen können auf allen Strukturniveaus vorkommen, am häufigsten jedoch auf mittlerem, also bei den **narzisstischen Störungen**, z. B.:

- Herzneurose,
- AIDS-Phobie,
- Dysmorphophobie (Befürchtung, eine gestörte Gestalt zu haben: häufiger Anlass, für plastisch-chirurgische Eingriffe).

Wenn die dominierende Symptomatik aus diesen Befürchtungen besteht, ist es nicht ratsam, die entsprechenden Repertoriumsrubriken zu verwenden.

Rubriken wie

- Angst um seine Gesundheit,
- Angst, hypochondrische,
- Angst durch Druck auf der Brust

sind **in diesem Fall unbrauchbar**.

12.4 Generalisierte Angstneurose

Wenn Panikattacken chronifizieren und mit Phobien und hypochondrischen Ängsten immer mehr zusammenfließen, entsteht eine generalisierte Angstneurose. Hier beziehen sich die Ängste nicht auf etwas Bestimmtes, sondern sind chronisch und diffus vorhanden.

Meist kommen weitere psychische und vegetative Symptome hinzu: innere Unruhe, Erwartungsspannung, zunehmende Depressivität und Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Atemnot, Brustschmerzen, Herzrasen, Schwitzen, Erschöpfung und Mattigkeit.

12.5 Reaktive Angst

Die posttraumatische und reaktive Angst hat dagegen ein realistisch angstmachendes, überwältigend bedrohliches Erlebnis zur Ursache, deren Symptome sich fixiert haben. Sie ist damit keine neurotische, unrealistische Angst.

Hier kommen eher die Ailments from/Beschwerden infolge von – Rubriken in Frage:

- Beschwerden durch Schreck/ailments from shock : Acon. Stram., Op.
- Angst nach einem Schreck/anxiety after fright : acon., **cupr.**, gels., **ign.**, **kali-br.**, lyc., merc.

12.6 Krankhafte Angstsymptome

Auch im Repertorium kennen wir die Unterscheidung zwischen **gebundenen** und **diffusen Ängsten**. Die gebundenen Ängste finden wir vorwiegend unter den Kapiteln „Fear/Furcht“, während die diffusen Ängste eher im Kapitel „Anxiety/Angst“ zu finden sind, wobei die Unterscheidung nicht ganz präzise durchgehalten ist.

Bei den Panikattacken und Angstneurosen sind viele dieser Rubriken jedoch nicht anwendbar, weil sie für diese Krankheitsbilder typisch bzw. pathognomonisch sind. Da wir in der homöopathischen Arbeit immer auf der Suche nach der individuellen Reaktionsweise eines Menschen sind, benötigen wir Symptome, die die **ganz persönliche Art von Angstsyndrom** bei der jeweiligen Person charakterisieren.

Pathognomonisch, sehr häufig und deshalb **bei Angstpatienten im Allgemeinen auszuschließen**, sind speziell die Rubriken:

- Gewissensangst/anxiety of conscience
- Angst mit Furcht/anxiety with fear
- Angst um die Zukunft/anxiety about future
- Angst um die Gesundheit/anxiety about health

- hypochondrische Angst/hypochondriacal anxiety
- Angst um andere/anxiety for others
- anfallsweise Angst/anxiety in paroxysms
- Furcht vor dem Alleinsein/fear of being alone
- Furcht vor dem Tod/fear of death
- Furcht vor Unheil/fear of evil
- Furcht, ohnmächtig zu werden/fear of fainting
- Furcht, einen Anfall zu bekommen/fear of having a fit
- Furcht, unheilbar zu sein/fear of being incurable
- Furcht, es könnte sich etwas ereignen/fear something will happen
- Furcht, den Verstand zu verlieren/fear of insanity
- Furcht vor Unglück/fear of misfortune
- überwältigende Furcht/overpowering fear
- Furcht vor Einsamkeit/fear of solitude
- Furcht vor dem Ersticken/fear of suffocation

Rubriken wie:

- wiederkehrende Angst/recurrent fear,
- Angst, anfallsartig/anxiety in paroxysms,
- Angst, periodisch/anxiety, periodical,
- Angst, grundlose/anxiety, causeless,
- Angst, plötzliche/anxiety, sudden

scheinen die Symptomatik speziell von **Panikattacken** gut zu beschreiben, sind aber leider bei den klassischen Panikpatienten **nicht sehr** brauchbar, weil sie zu typisch, d. h. pathognomonisch, für das Krankheitsbild sind.

Derealisations- und Depersonalisationsphänomene dagegen müssen bei Panikattacken keinesfalls immer auftreten, sondern kommen eher selten vor. Im Grunde treten sie weitaus häufiger bei den Psychosen auf. Deshalb können sie in die Auswertung durchaus miteinbezogen werden.

Wirklich hilfreich erscheint dabei vor allem die Rubrik:

Wahnidee: gewohnte Dinge scheinen sonderbar/delusion: familiar things seem strange

Bei den weiteren Rubriken nehmen *Medorrhinum*, *Nux moschata*, *Cannabis indica* und *Stramonium* einen hohen Rang ein:

- Verwirrung über seine Identität/confusion as to his identity
- Wahnideen/delusion
  - verändert, alles ist/everything has changed
  - unwirklich, alles erscheint / everything is unreal
  - sonderbar, alles erscheint/strange, everything seems
  - Traum, wie in einem / dream, as if in

Es ist ein häufiger Fehler in der homöopathischen Behandlung von Angstpatienten, wie gewohnt die Angstsymptome als Geistes- und Gemütssymptome hochwertig bei der Mittelwahl einzusetzen. Eine solche Strategie der Fallauswertung führt fast zwangsläufig dazu, dass Angstpatienten ***Arsenicum***, ***Argentum nitricum*** oder ***Calcium carb.*** erhalten – eine Auswahl, die mit Sicherheit zu klein ist für das hohe individuelle Spektrum, das diese Menschen aufweisen.

Mehr Erfolg werden wir hier erzielen, wenn wir uns an auffallende Körpersymptome, das heißt, wie sich die Angst körperlich zeigt, oder aber an ungewöhnliche Auslösesituationen bzw. Begleitumstände (Ort, Zeit, Lebensphase) in Verbindung mit der Angst halten.

Diese müssen deshalb in der Anamnese sorgfältigst erfragt werden. Das Synthetische Repertorium nach Barthel und Klunker (vol. 1) liefert unter den Oberrubriken Anxiety/Angst und Fear/Furcht eine reiche Auswahl, die aufgrund ihrer Länge hier nicht wiedergegeben werden kann. Um aber eine Idee davon zu geben, was gemeint ist, werden im Folgenden ein paar Beispiele genannt:

Beispielrubriken für **Begleitumstände und Körpersymptome der Angst**, die auch bei Angstpatienten zur Mittelfindung eingesetzt werden können, weil sie die Ängste individueller beschreiben:

- Angst im Bett/anxiety in bed
- Angst während Hitzewallungen/anxiety during flushes of heat
- Angst nach dem Essen/anxiety after eating
- Angst durch Husten/anxiety from coughing
- Angst im Liegen/anxiety while lying
- Angst während der Menstruation/anxiety during menses
- Angst durch geistige Anstrengung/anxiety from mental exertion
- Angst nach Stuhlgang/anxiety after stool
- Angst beim Gehen/anxiety while walking

Beisspielrubriken für den **körperlichen Ausdruck der Angst** (Syn. Rep. I und Complete Repertory: verschiedenste Körperkapitel):

- Angst mit Blutandrang zum Kopf/anxiety with congestion to head
- Angst mit Stirnschweiß/anxiety with perspiration on forehead
- Angst mit Kopfschmerzen/anxiety with headache
- Furcht, vom Magen aufsteigend/fear, arising from stomach
- Angst mit Zittern/fear, tremulous
- Schwitzen während Angst/perspiration during anxiety
- Druck auf der Brust mit Angst/oppression of chest with anxiety

Auch **außergewöhnliche**, sehr **spezielle Ängste**, wie zum Beispiel die Angst, andere Menschen umgebracht zu haben, können bei Angstpatienten als §153-Symptome in die homöopathische Fallauswertung eingebracht werden (s. Kap. Paula, S. 273).

Je weniger Angst das Hauptsymptom der Beschwerden ist, desto hilfreicher können einige der Angst- und Furchtrubriken sein.

Hier wird ersichtlich, warum ganz besonders die **phobischen Ängste** in der Homöopathie von Bedeutung sind: Phobien außerhalb eines neurotischen Angstsyndroms sind häufige, nicht allzu tief greifende Symptome, die oft nur als Begleiterscheinung ohne besonderen Krankheitswert auftreten. Sie sagen damit etwas über die **Persönlichkeit** aus, ohne pathognomonisch zu sein für ein bestimmtes Krankheitsbild. Phobien sollten deshalb in einer guten homöopathischen Erstanamnese stets sorgfältig erfragt werden, denn sie können einen wesentlichen Beitrag dazu liefern, das individuell passende Arzneimittel zu finden.

Wichtige Rubriken, die **Phobien beschreiben oder auf deren Spur führen**, sind zum Beispiel:

- Angst in einer Menschenmenge/anxiety in a crowd
- Angst im Hause/anxiety in house
- Angst beim Fahren/anxiety while riding
- Angst im Freien/anxiety in open air
- verbessert/ameliorated
- Furcht vor Tieren/fear of animals
- Furcht vor Annäherung anderer/fear of others approaching him
- Furcht, eine Brücke oder einen Platz zu überqueren/fear of crossing a bridge or a place
- Furcht in einer Menschenmenge/fear in a crowd
- Furcht auf öffentlichen Plätzen, Platzangst / fear of public places, agoraphobia
- Furcht vor Katzen/fear of cats
- Furcht vor Hunden/fear of dogs
- Furcht vor Spinnen/fear of spiders
- Furcht vor Schlangen/fear of snakes
- Furcht vor ansteckenden Krankheiten/fear of impending contagious disease
- Furcht vor Infektionen/fear of infections
- Furcht vor Herzkrankheit/fear of heart disease
- Furcht an hoch gelegenen Orten/fear of high places
- Furcht in engem Raum, Klaustrophobie / fear in a narrow place, claustrophobia
- Furcht auf der Straße fear in streets
- Furcht vor Menschen/fear of people
- Furcht vor Armut/fear of poverty
- Furcht vor Einbrechern/fear of robbers
- Furcht vor Gewitter/fear of thunderstorm
- Furcht vor Tunnels/fear of tunnel
- Furcht vor Wasser/fear of water
- Furcht vor seinen eigenen Impulsen/fear of his own impulses

- meint ein Verbrechen begangen zu haben
- er sei ein Verbrecher
- vernachlässigt seine Pflicht
- sei verurteilt, verdammt
- Vorfwürfe; Selbstvorwürfe
- Unzufrieden, frustriert, unbefriedigt mit sich selbst

Denn nicht selten werden Schuldgefühle auch in ihr Gegenteil verkehrt: Das Opfer verfällt in Beschuldigungen und schlimmstenfalls in eine dauerhafte Opferrolle, die der Traumabewältigung entgegenstehen kann.

- Vorwürfe; anderen gegenüber
- Wahnidee, Einbildung; falsch; Unrecht erlitten zu haben

Hyoscyamus und ***Lachesis*** sind hier Hauptmittel, neben ***Aconit*** und ***Arsenicum album***.

Verhaltensstörungen: Lern-, Arbeitsstörung, Interesselosigkeit, Verwahrlosung

Kann das Trauma nicht bewältigt werden, sind langfristig Verhaltensauffälligkeiten möglich, die sich in erster Linie durch Gleichgültigkeit und Interesselosigkeit äußern. Das ganze soziale Gefüge, die Familie, der Arbeitsplatz oder die Ausbildung können durch diese Teilnahmslosigkeit gefährdet sein.

- Gleichgültigkeit, Apathie, Teilnahmslosigkeit/gegenüber allem/gegenüber äußerlichen Dingen/gegenüber geliebten Personen/der Umgebung/Pflichten/bezüglich der eigenen äußeren Erscheinung/mit Abneigung gegen die Arbeit/gegenüber geschäftlichen Angelegenheiten

In Frage kommen hier ***Opium***, ***Aconit***, ***Phosphoricum acidum***, ***Natrium muriaticum***, ***Sepia***, ***Phosphorus*** oder ***Pulsatilla***.

18.2 Definition des Psychotraumas als Ursache verschiedener Krankheitsbilder

Als Resilienz wird die Fähigkeit eines Individuums bezeichnet, schwierige, üblicherweise traumatisierende Erlebnisse eigenständig zu bewältigen, ohne seelisch zu erkranken oder in anderer Weise auffällig zu werden.

Ein Psychotrauma kann – je nach individueller Resilienz – ganz unterschiedlich verarbeitet werden: Es kann zu posttraumatischen Symptomen führen oder aber zum Auslöser anderer seelischer Krankheitsbilder werden.

18.2.1 Repertoriumsrubrik „Beschwerden von…“ bzw. „Folgen von…“

In der Homöopathie bekommen traumatische Erlebnisse aus der Vergangenheit eines Patienten dann eine Bedeutung, wenn davon ausgegangen werden muss, dass der Patient aufgrund dieser Erfahrung noch zum Behandlungszeitpunkt Beschwerden hat, bzw. dass das (seelische wie körperliche) Trauma die auslösende Situation für seine Erkrankung war. Dabei muss nicht unbedingt die komplette Symptomtrias (Intrusion, Vermeidung und Übererregtheit) einer typischen PTBS vorliegen.

Hier werden die Repertoriumsrubriken unter „Beschwerden von…“ besonders wichtig. Sie müssen aber im Zusammenhang mit den übrigen beobachteten Symptomen betrachtet werden.

Akute Ereignisse begrenzter Dauer

- Beschwerden durch; Schreck oder Furcht/Furcht hält immer noch an/Schock/Augenzeuge bei Unfall/durch Angst/schlechte Nachrichten/durch Gemütserregung/Verletzungen, Unfälle/Ärger, Zorn, Schreck mit Schock

Als homöopathische Hauptmittel bei Folgen von Schreck oder Schock aufgrund plötzlicher, unerwarteter Ereignisse gelten ***Aconit*** und

Opium. ***Aconit*** ist besonders dann angezeigt, wenn der Betroffene agitiert und aufgeregt ist, während ***Opium*** sich nach innen zurückzieht, jedoch äußerlich ruhig bleibt.

Zwei weitere Mittel, die nicht vergessen werden sollten, vor allem wenn es sich nicht unbedingt um direkt Erlebtes, sondern um Beschwerden aufgrund schlechter Nachrichten handelt, sind ***Gelsemium*** und ***Ignatia***.

Wiederholte/fortgesetzte Traumatisierungen

- Beschwerden durch; Gewalt, Gewalttaten/Missbrauch, Misshandlung/sexuellen Missbrauch; Vergewaltigung/durch Ärger, Zorn; mit Gewalttätigkeit/lang währende Domination durch andere Personen

Aurum metallicum, Coffea tosta, Stramonium, Staphisagria, Lycopodium, Carcinosinum, Sepia

Wiederholte traumatisierende Erfahrungen sind per definitionem mit Ohnmacht und Wut verbunden, die oft unterdrückt werden muss.

- Beschwerden durch Ärger, Zorn: durch Ärger mit Angst/mit Schreck, Schock/mit Entrüstung/durch unterdrückten Ärger
- Beschwerden durch Entrüstung
- Gefühl der Hilflosigkeit

Staphisagria, Lycopodium, Ignatia, Gelsemium, Aconit, Colocynthis, Nux vomica, Pulsatilla, Aurum

- Beschwerden durch fortgesetzte Abwertungen, Kränkungen, Mobbing:
- Beschwerden durch Beleidigungen/Grobheit, unhöfliches Benehmen anderer Personen/Kränkung, Erniedrigung, Verdruss/Vorwürfe/Verachtung, geringschätzige Behandlung durch andere

Staphisagria, Natrium muriaticum, Chamomilla, Opium

- Beschwerden durch zwischenmenschliche Enttäuschung, Täuschung, Verlust, Tod
- Beschwerden durch Enttäuschung/verratene Freundschaft/enttäuschte unglückliche Liebe/durch Täuschung, Betrug/Tod von Eltern oder Freunden/durch Tod eines Kindes

Ignatia, Phosphoricum acid., Staphisagria, Aurum, Natrium muriaticum, Causticum, Lachesis

- Beschwerden durch; Kummer, Trauer, Sorge/Sorgen, Beunruhigung/(Streit)/Unstimmigkeiten zwischen Verwandten, Freunden

Natrium muriaticum, Causticum, Phosphoricum acid., Staphisagria, Ignatia, Arsen, Lachesis, Aurum

- Beschwerden durch Scham, Schande/psychische Symptome durch Blamage, Beschämung

OPIUM, Ignatia, Staphisagria, Sulfur

- Beschwerden durch; geschäftliche; Fehlschläge, Misserfolge/durch; geschäftliche; Sorgen/finanziellen Verlust/Verlust der Position, Arbeitsstelle/durch Täuschung, Betrug

Ignatia, Natrium muriaticum, Nux vomica, Hyoscyamus

18.3. Traumabewältigung

Die posttraumatische Reaktion beginnt im Allgemeinen nach wenigen Wochen und klingt nach Wochen auch wieder ab. Seltener kann sowohl die Latenzphase als auch die Dauer der Symptome lange – bis zu Jahren – anhalten.

Nach dem Abklingen des Schocks erholen sich die Verarbeitungsmechanismen langsam wieder und die Traumabewältigung beginnt zunächst mit Verleugnung und dem Wunsch, das Erlebnis ungeschehen zu machen.

Durch die Wiederholung des Traumas in Gedanken, Phantasien und Träumen wird eine wichtige Bewältigungsarbeit geleistet, die das Trauma nach und nach so umformt, dass das Gefühl der passiven Überwältigung und Hilflosigkeit durch eine eher aktive Rolle des Traumatisierten ersetzt wird.

Durch wiederholtes Berichten, Abreagieren von Gefühlen und die mögliche Unterstützung durch ein schützendes Umfeld oder Interessengruppen entsteht im Laufe der Zeit ein neues Sicherheitsgefühl.

Die Symptome können jedoch auch noch lange nach dem ersten Abklingen durch akute Auslöser plötzlich wieder hervorgerufen werden und danach erneut abklingen.

Aus Angst vor dem erneutem Erleben von Hilflosigkeit oder Ausgeliefertsein kann es aber geschehen, dass der Traumatisierte das Erlebte dauerhaft ins Unbewusste verdrängt.

Da die Bewältigung des Traumas so nicht gelingen kann, bleiben die Gefühle und Erinnerungen an das Trauma in unterdrückter Form bestehen und chronische Abwehrhaltungen entwickeln sich.

Sie können eine posttraumatische Persönlichkeit ohne eigentliche Krankheitssymptome hervorrufen oder in Form borderlineartiger Symptome als Posttraumatische Persönlichkeitsstörung auftreten. Auch kann sich eine Disposition für eine Posttraumatische Symptomneurose entwickeln, die sich bei Ausbrechen mit allen Symptomen einer Neurose äußern kann. Manchmal kann das Trauma auch zum direkten Auslöser einer bereits latent angelegten Neurose werden.

18.4 Psychotherapie der Psychotraumata

Die Psychotherapietechnik bei Traumapatienten unterscheidet sich zumeist von rein kognitiven Verfahren. Vielen spezielle Therapieformen für Psychotraumata, zum Beispiel PITT oder SE betonen weniger den kognitiven Ansatz, sondern beziehen vielmehr „fühlende“, das heißt emotionale, körperliche und intuitive Aspekte mit ein und arbeiten stark mit Ressourcen. Sie sollen hier nur kurz vorgestellt werden.

Die PITT („Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie“ nach Prof. Luise Reddemann) unterstützt selbstregulative Prozesse, indem sie davon ausgeht, dass der Klient einen „heilen Kern“ besitzt, mit dem resilienz- und ressourcenorientiert gearbeitet werden kann. Herzstück der therapeutischen Arbeit sind empathische Interventionen und die Arbeit am Trauma selbst mittels positiver Imaginationen. Dazu gehören Innere-Kind-Meditationen, wie sie im Buddhismus gelehrt und praktiziert werden. Sie ermöglichen es dem Klienten, sich im Nacherleben der traumatisierenden Situation selbst positiv „nachzubeeltern“. Zentral heilend wirkt dabei auch die mitfühlende, verstehende Haltung des Therapeuten.

Beim Somatic Experiencing (SE, nach Dr. Peter Levine) steht mehr die Arbeit mit körperlichen, physiologischen Reaktionen im Vordergrund. Die Traumafolgestörung wird als unvollständig durchlaufener Prozess einer allgemeinen Überlebensstrategie betrachtet, bei der die zunächst natürlichen, das Überleben sichernden Reaktionen, jedoch nicht vollständig abgebaut wurden. Mithilfe von Gesprächen wird die Aufmerksamkeit auf Körperempfindungen gelenkt, die achtsam beobachtet und unter Einbeziehung von Gehirn und Nervensystem nach und nach aufgelöst werden.

Diese Methode kommt auch ohne das konkrete Betrachten des Traumas aus und eignet sich deshalb für besonders schwere Traumata bei Klienten, die außerstande sind, ihrem inneren Kind Mitgefühl und Wärme entgegenzubringen.

Auch das Wieder- und Wiedererzählen des traumatischen Inhalts in einer geschützten und geborgenen Situation (solange, bis das Trauma seine Bedrohlichkeit verloren hat), ist eine mögliche Technik.

18.5 Umgang mit Traumapatienten im homöopathischen Gespräch

Bei einer rein homöopathischen Behandlung sind die Möglichkeiten, mit betroffenen Patienten tiefergehend zu arbeiten, natürlich begrenzt. Schwer traumatisierte Patienten sollten deshalb immer zusätzlich einer geeigneten Psychotherapie zugeführt werden, um eine Überforderung des Homöopathen zu vermeiden.

Doch lassen sich einige Handlungsanweisungen von Prof. Luise Reddemann für Psychotherapeuten mühelos auf Homöopathen übertragen:

- Das Leiden würdigen und ihm Raum geben
- Eine Vertrauensbasis schaffen
- Hoffnung unterstützen, bzw. halten, wenn der Patient selbst dazu nicht in der Lage ist.

Darüber hinaus sollte vermieden werden, den Patienten zu Schritten zu drängen, zu denen er noch nicht in der Lage ist. Und es sollte Geduld geübt werden, damit es nicht zu einer Retraumatisierung kommt.

18.6 Traumatisierung durch emotionale Partnerschaftsgewalt: in der Praxis häufig und doch nicht erkannt

Ein in der Patientenklientel sowohl psychotherapeutischer als auch homöopathischer Praxen sehr häufiges Psychotrauma wird – das mag zunächst erstaunlich klingen – durch Partnerschaftsgewalt ausgelöst, und zwar insbesondere durch eine sehr subtile, versteckte Form davon, die so agiert, dass dem Opfer selbst meist gar nicht bewusst wird, dass es sich tatsächlich um Gewalt handelt.

Genau das ist aber eine der Ursachen, warum sich diese subtile Gewalt so tief in die Seele des Opfers eingraben kann, denn nicht allein dem Opfer, sondern auch seinem Umfeld (bis hin zu Therapeuten und „Hilfspersonen“) gelingt es oftmals nicht, die Situation zu durchschauen.

Damit bleibt das Opfer in seiner Not alleingelassen. Es bekommt – anders als bei offensichtlicher Gewalt – kein Verständnis, keinen Schutz und keine Unterstützung. Stattdessen wird es von den Hilfspersonen (die möglicherweise vom Täter unbewusst beeinflusst sind) sogar noch zusätzlich angegriffen.

Damit die Geschädigten angemessenere Hilfe erfahren, sollte unter den behandelnden Personen unbedingt mehr Bewusstsein geschaffen werden. Aus diesem Grund wurden die folgenden Fallbeispiele über Psychotraumata aus dem betroffenen Patientenkreis gewählt und detailliert beschrieben.

18.6.1 Beispiel einer Misshandlungsbeziehung: Extrasystolie und Husten (Aurum metallicum)

Als Anna in meine Praxis kam, war sie Ende vierzig und lebte schon seit zehn Jahren von ihrem früheren Ehemann getrennt. Sie litt an häufigen Extrasystolen, zu jenem Zeitpunkt etwa 15 pro Minute. Hinzu kamen eine für sie früher ungewohnte Infektanfälligkeit und eine auffallende Häufung kleiner Unfälle.

Auf die Frage nach der **auslösenden Situation** konnte sie einen ganz genauen Moment als Beginn der Extrasystolie beschreiben: Vor eineinhalb Jahren sei sie eine neue Beziehung zu einem Mann eingegangen. Diese Partnerschaft sei in den ersten Monaten sehr harmonisch und leicht verlaufen, doch nach etwa einem dreiviertel Jahr seien ernstere Konflikte aufgetreten. Während eines dieser Konflikte hätten die Extraherzschläge begonnen.

Anamnese:

Es sei nicht das erste Mal gewesen, dass sie eine Extrasystolie erlebt habe. Bereits in den drei Jahren vor der Trennung von ihrem früheren Mann habe sie, bis zu ihrem Auszug aus dem gemeinsamen Haus, einen absolut unregelmäßigen Puls, mit einem „zittrigen Herzschlag“ gehabt. Zu jener Zeit, sowie bereits lange davor, habe sie auch Schlafstörungen gehabt und einen Tinnitus entwickelt, der leider bis heute vorhanden sei.

- *Puls, unregelmäßig*

Auf die Frage nach ihrer gegenwärtigen Partnerschaft gibt sie an, dass sie ihren Partner sehr liebe und das Gefühl habe, dass sie beide wirklich gut zusammenpassen. Was sie besonders an ihm schätze, seien seine Aufrichtigkeit und sein großes, mitfühlendes Herz. Dennoch habe sie sich bei einigen Konflikten zwischen ihnen sehr unverstanden und verunsichert gefühlt.

Anna ist von Beruf Architektin und betreibt erfolgreich ein eigenes kleines Büro. Sie liebt ihren Beruf und berichtet, dass ihr die Arbeit fast immer leicht gefallen sei. Sie hat eine 16-jährige Tochter, die seit 3 Jahren beim Vater (Annas Exmann) lebe. Das sei für Anna ein riesengroßer Schmerz und eine stetige Sorge.

Sie habe Angst, dass ihre Tochter dort zu wenig Liebe und Fürsorge bekomme, denn es gebe niemanden, der Zeit für sie habe. Der Vater, Annas Exmann, sei beruflich und auch politisch stark engagiert, während seine neue Frau mit ihren beiden Kindern aus erster Ehe und zwei gemeinsamen ebenfalls sehr ausgelastet sei.

Bis zu diesem Punkt der Erstanamnese wirkt Anna lebhaft, aber nicht ängstlich oder nervös. Doch sobald sie beginnt, von ihrem Exmann zu sprechen, wird sie ausgesprochen hektisch und fahrig. Sie spricht hastig, bekommt zwischen den Worten kaum noch Luft und scheint den Kontakt zu mir völlig verloren zu haben. Es fällt mir schwer, ihr in diesem Zustand zuzuhören.

Durch diese Veränderung bei Anna aufmerksam geworden, frage ich sie, ob es in der Ehe denn Gewalt gegeben hätte, was sie etwas zögerlich verneint. Ob sie denn extreme Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühle in der Beziehung erfahren habe? Diese Frage bejaht Anna sehr entschieden: Ja, und zwar in den sehr destruktiven Streitsituationen mit ihrem Exmann, die immer dann losgegangen seien, wenn sie ihm gegenüber ein Anliegen gehabt habe. Sie habe dabei das Gefühl gehabt, gegen eine Wand zu laufen. Er schien kein Interesse daran zu haben, Lösungen zu finden, oder sie in irgendeiner Form zu verstehen. Die Diskussionen seien mit der Zeit immer langwieriger und anstrengender geworden, und immer habe sie das Gefühl gehabt, dass sie unausgesprochen die Schuld an allem tragen sollte

Auch bezüglich ihres sozialen Umfelds habe sie im Laufe der Ehe ohnmächtig erleben müssen, wie immer mehr Freunde, Bekannte und sogar ihre eigene Familie begannen, sich mit falschen Annahmen gegen sie zu wenden. Merkwürdigerweise habe sich nie etwas klären bzw. berichtigen lassen. Auf diese Weise sei nach und nach nahezu ihr gesamtes Umfeld, bis in berufliche Kreise hinein, weggebrochen. Während sie das erzählt, wirkt sie verwirrt und ratlos und scheint zu überlegen, wieviel Schuld sie selbst wohl daran trägt.

- *Gewissensangst*

Je mehr ich versuche, über diese Ehe und über den Ursprung von Annas Beschwerden herauszufinden, desto hektischer wird sie. Es scheint, als ob sie sich permanent rechtfertigen wolle, und dass sie zweifle, ob ich ihr glaube und sie ernst nehme. Offensichtlich wird sie zunehmend misstrauischer mir gegenüber. Jedes Nachfragen von mir scheint diesen Zweifel bei ihr auszulösen. Es wirkt, als laufe parallel zu unserem Gespräch ein Film vor ihrem inneren Auge ab, in dem sie stark bedroht wird.

Ein Behandler, dem die Kennzeichen einer emotionalen Misshandlungsbeziehung nicht geläufig sind, könnte bei diesem Bericht von Anna durchaus auch an die Diagnose einer paranoiden Störung, eventuell sogar an eine Schizophrenie mit Wahninhalten, oder auch an eine Borderlinestörung denken.

Anna ist jedoch vollkommen klar orientiert. Sie hat keine Denkstörungen und ihr Bericht ist schlüssig. Sie scheint eine fest im Leben stehende, selbständige, gut strukturierte und durchaus selbstbewusste Frau zu sein.

Sehr typisch für eine Misshandlungsbeziehung sind hingegen gleich mehrere Punkte, die man allerdings nur dann wahrnimmt, wenn man ein offenes Ohr dafür hat:

1. Kommunikationsverweigerung

Das Konfliktverhalten von Annas Exmann, so wie Anna es erlebt, entspricht dem, was die französische Psychiaterin und Viktimologin Marie-France Hirigoyen als „perverse Kommunikation“ beschreibt. Dabei gibt es einen eindeutigen Täter und ein eindeutiges Opfer.

Die Begriffe Opfer und Täter sind natürlich sehr provokativ. Unabhängig davon, wieviel Leid jemand erfahren hat, sollte das langfristige Ziel einer Behandlung immer sein, die

Betroffene aus einer passiven Opferhaltung heraus in eine selbstverantwortliche und damit auch starke und freie Haltung dem Leben gegenüber zu bringen.

Doch sollte die ***Opferrolle*** als destruktive Haltung, bei der Schuld und Verantwortung nach außen projiziert werden, sehr genau von einer tatsächlichen ***Opfersituation*** unterschieden werden: Wir haben es in diesem und auch im nächsten Fallbeispiel mit zwei Frauen zu tun, die aus Zweifeln an ihrer Wahrnehmung (aufgrund einer verstandesbetonten Haltung) und aus Schuldgefühlen heraus nicht merken, wie sehr sie selbst Opfer sind bzw. waren, so dass sie den versteckten Attacken hilflos ausgeliefert sind.

So haben sie auch keine Chance, sich (endgültig) zu befreien, bzw. sich in schuldbefreiter Selbstliebe weiterzuentwickeln. Um Bewusstsein für die – weder von ihnen selbst noch von außen ausreichend wahrgenommene – Verletzlichkeit dieser Frauen zu schaffen, werden die Begriffe „Opfer“ und „Täter“ hier ganz bewusst eingesetzt.

Im Anschluss an die akut helfende und klärende Intervention, erst nachdem die Opfer Bewusstsein dafür entwickeln, dass sie selbst Opfer sind bzw. waren, kann der nächste Schritt erfolgen: Aus der eigenen Biographie muss herausgearbeitet werden, was geklärt, gelernt und verändert werden kann, um künftig nicht mehr Opfer zu werden.

Dem Täter geht es nicht darum, eine gemeinsame Lösung für den Konflikt zu finden, sondern darum, Macht auszuüben und sein Opfer zu schwächen, indem er die unmittelbare Verständigung verweigert. Dabei kann es durchaus sein, dass er scheinbar weiterkommuniziert, doch auf eine sehr verwirrende, das Opfer hilflos und ärgerlich machende Weise. Weil das Opfer sich immer unverstandener fühlt, erreicht er eine Verschärfung des Konflikts. Die Verantwortung dafür gibt der Täter allerdings dem Opfer. Alle Versuche des Opfers, den Konflikt zu klären, führen nur zu unbestimmten Vorwürfen, die viel Raum für Deutungen lassen.

Ein solches Konfliktverhalten in der Partnerschaft kann durchaus jedem Menschen gelegentlich passieren, zum Beispiel aus Ohnmachtsgefühlen heraus, wenn – vom Partner unbeabsichtigt – alte Kindheitsängste geweckt werden. Zerstörerisch wird der Prozess hingegen durch Häufigkeit, Dauer, gezielten Einsatz und Wiederholung. Dies scheint auch Anna erlebt zu haben.

2. Isolation

Das oft unerklärliche schleichende Wegbrechen des gesamten sozialen Netzes des Opfers, das Anna beschreibt, ist ebenfalls typisch für Misshandlungsbeziehungen. Die Isolation des Opfers ermöglicht dem Täter eine Ausweitung seiner Gewalt und wird deshalb vom ihm gezielt herbeigeführt, zum Beispiel in Form eines gemeinsamen Umzugs in eine einsame Gegend, durch das Schlechtmachen der Freunde des Opfers oder mobbingartiges Intrigieren und Manipulieren gegen das Opfer.

3. Narzisstische Struktur des Täters

Anness Exmann ist sowohl beruflich als auch politisch stark engagiert und bringt nur wenig Zeit für seine Angehörigen auf. Viele Täter sind Narzissten, die davon abhängig sind, möglichst viel Bewunderung und Aufmerksamkeit von außen zu bekommen. Um dieses Ziel zu erreichen, können sie außerordentlich viel Zeit und Anstrengung investieren.

4. Die Gewalt wird noch lange nach der Trennung fortgesetzt

Das Verhalten von Annas Tochter ist nicht ohne Weiteres nachvollziehbar. Obwohl sie ursprünglich ein gutes Verhältnis zu ihrer Mutter hatte, zog sie mit 12 Jahren von ihr weg in die neue Familie des Vaters, wo sie mit vier jüngeren Halbgeschwistern konfrontiert war sowie einem Vater und einer Stiefmutter, die im Gegensatz zu Anna schon alleine aus Zeitgründen kaum auf sie eingehen konnten. Ab da verschlechterte sich das Verhältnis zwischen Anna und ihrer Tochter zusehends. Unter Tränen berichtet Anna, wie sie ihre damals

14jährige Tochter einmal zufällig in der Stadt traf und diese so tat, als würde sie sie nicht kennen.

Im Allgemeinen verlassen die Opfer einer emotionalen Gewaltbeziehung die Täter, wohingegen die Täter eine Trennung verhindern wollen und zu diesem Zweck umso massiver gewaltsame Strategien auffahren.

Gelingt es dem Opfer dennoch zu gehen, nutzen die gekränkten Täter unter Umständen auch noch viele Jahre nach der Trennung jede sich bietende Möglichkeit, das Opfer weiter zu verletzen, zu bedrohen oder finanziell zu schädigen.

Ein beliebter Schachzug der Täter ist es, die gemeinsamen Kinder gegen das Opfer zu beeinflussen und die Beziehung zwischen Kindern und Opfer auf subtile Weise zu zerstören. Das Fachwort für diese Entfremdung der Kinder von einem Elternteil lautet „Parenteral Alienation Syndrome“ (PAS). Vorzugsweise ab einem Alter, wo man die Kinder sich selbst überlassen kann, ohne dass es nach außen hin besonders auffällt, versucht der Täter, sie dazu zu bringen, bei ihm zu wohnen (sofern sie es nicht schon tun) – wohl wissend, dass es dem Opfer Schmerzen und Sorgen bereitet und bei plötzlich leerstehendem Wohnraum womöglich zu Unterhaltszahlungen nötigt. Damit wird das Opfer zusätzlich in finanzielle Not gebracht. Nicht selten ist es zu einem Umzug oder gar Hausverkauf gezwungen, wodurch eine Rückkehr der Kinder zur Mutter nicht mehr ohne Weiteres möglich ist. Primäres Ziel des Täters ist die Schädigung des Opfers – nicht etwa der Wunsch, als Vater für die Kinder da zu sein. Ganz im Gegenteil: das Wohl der Kinder wird gar von ihm aufs Spiel gesetzt, wenn er damit sein Ziel erreichen kann.

Vieles in Annas Schilderung spricht für eine solche Situation. Ob sie tatsächlich vorliegt, muss allerdings so wie vieles andere im weiteren Verlauf geklärt werden.

5. Typische Merkmale eines Opfers einer emotionalen Missbrauchsbeziehung

Die Opfer sind wie Anna sehr viel häufiger weiblich als männlich, und zwar laut Kriminalstatistiken und Recherchen von Frauenhäusern im Verhältnis 80% zu 20%. Deshalb wird das Opfer im folgenden Text auch der Einfachheit halber weiblich benannt und der Täter männlich.[2]

Entgegen allgemeiner Vorstellungen, ist das typische Opfer einer emotionalen Gewaltbeziehung nicht etwa schwach, wehrlos, depressiv und wenig gebildet. Ganz im Gegenteil ist es üblicherweise begabt und gut ausgebildet, erfolgreich und im Normalfall durchaus selbstbewusst und wehrhaft. Nicht selten verfügt das Opfer noch über andere beneidenswerte Dinge, zum Beispiel Besitz oder gutes Aussehen, ein großes Herz, einen großen Freundeskreis, eine intakte Herkunftsfamilie, eine frohes Naturell oder eine optimistische, zupackende Lebenshaltung…

So bewundert der oftmals narzisstische (also in seinem Selbstwert eingeschränkte) Täter zu Beginn der Beziehung gerade diese Seiten des Opfers. Er will er das Opfer unbedingt für sich erobern und mit ihm schmücken, weil er sich damit selbst aufwerten kann. Je mehr er jedoch im Verlauf der Beziehung realisiert, dass diese Dinge zu ihr und nicht zu ihm gehören, umso stärker wachsen sein Neid und das Verlangen, es zu zerstören.

Tatsächlich ist Neid die Haupttriebfeder seines destruktiven Tuns. Die Wehrhaftigkeit des Opfers führt dazu, dass er seine Gewaltakte umso mehr verstärkt.

6. Das Opfer leidet an der Symptomtrias einer PTBS:

Eine viele Jahre anhaltende emotionale Gewaltbeziehung (in Annas Fall 16 Jahre) führt sehr oft zu einer Traumatisierung des Opfers in Form einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Das Trauma-Material bricht in den Alltag, getriggert durch das Berichten über die Ehe (Intrusion) und Anna ist deutlich übererregt (Hyperarousal).

2 Die besonders herausgeforderten männlichen Leser bitte ich, trotzdem offen zu bleiben und nicht zu sehr in den Widerstand zu gehen.

Aktivität

Übertriebene Aktivität, Leistungsbereitschaft (Tafel 15)

	Lach.	Ign.	Bell.	Acon.	Verat.	Ars.	Aur.	Nux-v.	Sulph.	Tar-ent.
Totalität	**28**	**26**	**23**	**22**	**21**	**22**	**21**	**21**	**23**	**22**
Rubriken	**17**	**15**	**15**	**15**	**15**	**14**	**14**	**13**	**12**	**12**
Ehrgeiz ambition	2			1	2	1	1	2	1	
(fleißig, Arbeitswut industrious mania for work)	2	2	1	1	1	1	3	1	1	3
geschäftig busy	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2
(Hast, große Eile, hurry, haste)	2	2	2	2	1	2	1	2	3	3
Hast, große Eile, Bewegungen, in seine hurry, haste, movements, in his			2	1		1	1		2	3
Hast, große Eile, Beruf, im, will mehrere Dinge gleichzeitig tun hurry, haste, occupation, in his							1			
(lebhaft, munter vivacious)	3	3	2	1	1	1	3	1	2	2
leidenschaftlich passionate		1	3			1	2	3	3	1
(Ruhelosigkeit, ängstliche restlessness, anxious)	1	2	2	4	2	3	2	1	2	3
Ruhelosigkeit, bewegen, muss sich ständig restlessness move, must constantly		1	2			2				
Ruhelosigkeit, geschäftige restlessness, busy	2	2	1	1	1	1	2	1		
Ruhelosigkeit, innere restlessness, internal				2		3			1	
Ruhelosigkeit, umhertreibende restlessness, driving about	2		2	1	1	2	1	1		1

	Lach.	Ign.	Bell.	Acon.	Verat.	Ars.	Aur.	Nux-v.	Sulph.	Tar-ent.
Totalität	**28**	**26**	**23**	**22**	**21**	**22**	**21**	**21**	**23**	**22**
Rubriken	**17**	**15**	**15**	**15**	**15**	**14**	**14**	**13**	**12**	**12**
Reisen, Verlangen zu travel, desire to	1	2	1		1		1			
schnelles Handeln quick to act	2	1								
Trieb, krankhafter, laufen, zu impulse morbid, run, zu	1		1	1	3			2		1
übergeschäftig activity, hyper active (15)	1	1			1					1
Unbeständigkeit inconstancy	1	3	1	1	1	1		1		
(Ungeduld impatience)	2	3	1	2		2	1	3	3	1
Ungeduld, Kleinigkeiten, um impatience, trifles, about	2	3	1	2		2	1	3	3	1
unternimmt vieles, beharrt bei nichts undertakes many things, perseveres in nothing	2	1		2	1				1	
wandern, umherstreifen will wander, desires to	1				1					
Wechsel, Veränderung, Verlangen nach change, desires for										
Wildheit wildness		1	1	1	2		1			1
Zeit, vergeht zu langsam, time passes too slowly	1							2		

Passivität (Tafel 16)

	Sulph.	Lach.	Nux-v.	Lyc.	Sep.	Stann.	Nat-c.	Chin.	Nat-m.	Ign.
Totalität	**21**	**18**	**15**	**13**	**18**	**11**	**10**	**15**	**14**	**13**
Rubriken	**11**	**10**	**10**	**10**	**9**	**9**	**9**	**8**	**8**	**8**
(Arbeit geistige, Abneigung gegen mental work, aversion to)	2	2	3	2	2	1	1	3	2	1
Faulheit, Indolenz, Abneigung gegen Arbeit, Müßiggang indolence, aversion to work	3	3	3	2	3	1	1	3	3	1
Faulheit, Indolenz, Abneigung gegen Arbeit, Müßiggang, körperliche indolence, aversion to work, physical	2		1	1	1		1	1	1	
stilles Wesen quiet disposition		2	1	1	1	1			1	2
Geschäft, Abneigung gegen business, averse to	2	2	1	1	3	1	1	2	3	
Geschäft, vernachlässigt sein business, neglects his	2									
Initiative, Unternehmungsgeist, Mangel an initiative, lack of	1	1		1						1
Introspektion introspection	2		1	1	2	1	1	2		3
Meditation meditation	2	2			1		1	1		1
Ruhebedürfnis rest, desire for		1	1	1		2				
(Seelenruhe, Gelassenheit tranquillity)	1	1		1	3	1	1	2	1	1
(Unentschlossenheit irresolution)	2	3	2	2	2	2	1	1	2	3

In der Praxissituation wahrnehmbare „Zeichen“-Rubriken

Lebensphase

ALT/OLD; Personen, Beschwerden/people, complaints in
- Altern, vorzeitiges/age, premature

KINDERN, Beschwerden bei/CHILDREN, complaints in

MENOPAUSE

PUBERTÄT/PUBERTY; während, Beschwerden/during, ailments
- Mädchen, bei/girls, in

Körperbau, Typus, Physiognomie

Kopf/Head

HAARE/HAIR
- grau, werden/grey, become
- fettig/greasy

Gesicht/Face

BEHAARUNG/HAIRY, Oberlippe, bei Frauen/lip, upper, in women

FALTIG, runzlig/WRINKLED
- Stirn/forehead
- Augen, zwischen den, vertikal/eyes, between, vertical

HIPPOKRATISCH/HIPPOCRATIC (ABMAGERUNG/EMACIATION)

SOMMERSPROSSEN/FRECKLES

Allgemeines/Generalities;

ABMAGERUNG/EMACIATION; allgemein/general
- erstreckt sich abwärts/extending downwards
- älteren Menschen, bei/old people
- Kindern, bei/children, in

ADIPOSITAS, Fettleibigkeit/OBESITY
- Kindern, bei/children, in

AUSSEHEN/COMPLEXION; (rothaarig, hell, dunkel/red hair,blonde,dark) (schlaffes oder straffes Gewebe/lax or rigid fiber)

BEHAARUNG/HAIRY; an ungewöhnlichen Stellen/in unusual parts

MAGER/LEAN people

ZWERGENHAFT/dwarfishness

Gepflegtheit, Aufmachung

Gemüt/Mind:

Eleganz, Mangel an/Elegance, want of

Extravaganz/extravagance

Exzentrizität, Überspanntheit/eccentricity

Geschmacklosigkeit in ihrer Kleidung/tastelessness in dressing

Unreinlichkeit/dirtiness

vermännlichte Mädchen/mannish habits of girls

weibisch/effeminate

Mimik, Gesten, Bewegungen, Verhalten

Gemüt/Mind:

BEIßEN/BITING; Fingernägel/nails

ERSCHRECKEN, Auffahren, leichtes/starting easily

GESTEN, macht/GESTURES, makes
- automatische/automatic
- bedeckt Mund mit Händen/covers mouth with hands
- fährt in der Luft umher/waving in the air
- Finger in den Mund, Kinder stecken/fingers in the mouth, children put
- greifen; nach etwas/grasping or reaching at something
- heftige/violent
- klatscht mit den Händen/clapping of the hands
- krampfhafte/convulsive
- lächerliche/ridiculous or foolish
- langsame/slow
- ringt die Hände/wringing the hands

Literatur

Appell R: Homöopathie, Psychotherapie & Psychotherapie. Heidelberg: Haug; 1993.

Appell R: Homöopathie 150 Jahre nach Hahnemann. Heidelberg: Haug; 1994.

Appell R: Der verwundete Heiler. Heidelberg: Haug; 1995.

Appell R:Homöopathie zwischen Heilkunde und Heilkunst. Haug Verlag, Heidelberg 1997

Balint M: Fokaltherapie. Frankfurt: Suhrkamp; 1973.

Bauer M: Neurobiologie und Therapie depressiver Erkrankungen. Bremen: Uni-Med; 2004.

Barthel H: Synthetic Repertory. Vol. I–III. Heidelberg: Haug; 1974.

Benedetti G: Botschaft der Träume. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1998.

Boericke W: Homoeopathic Materia Medica with Repertory. Homoeopathic Book Service; 1993.

Bräutigam W, Christian P: Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Thieme; 1981.

Brüdern A: Seelisch gesund werden mit Homöopathie. München: Kösel; 2000.

Buddeberg C: Sexualberatung. Stuttgart: Enke; 1987.

Castrian W: Lehrbuch der Psycho-Physiognomik. Stuttgart: Haug; 2002.

Coulter C: Portraits homöopathischer Arzneimittel. Bd. I. Heidelberg: Haug; 2001.

Coulter C: Portraits homöopathischer Arzneimittel. Bd. II. Heidelberg: Haug; 1998.

Coulter C: Portraits homöopathischer Arzneimittel. Bd. III. Stuttgart: Haug; 2002.

Czikszentmihalyi M: Finding Flow. Stuttgart: Klett-Cotta; 1990.

Detinis L, Appell R: Gemütssymptome in der Homöopathie. Stuttgart: Sonntag; 1996.

Dührssen A: Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1986.

Ermann M: Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. Stuttgart: Kohlhammer; 1997.

Freud A: Einige Bemerkungen zur Säuglingsbeobachtung. In: Die Schriften der Anna Freud. Bd. 5. München: Kindler; 1952.

Gaisbauer M: Homöotherapie psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen. Stuttgart: Sonntag; 1992.

Gallavardin J P: Homöopathische Beeinflussung von Charakter, Trunksucht und Sexualtrieb. Heidelberg: Haug; 1958.

Groddeck G: Das Buch vom Es. Berlin: Ullstein; 1988.

Hahnemann S: Chronische Krankheiten. Berg am Starnberger See: Organon; 1983.

Hahnemann S: Organon der Heilkunst. Heidelberg: Haug; 1999.

Hahnemann S: Striche zur Schilderung Klockenbrings während seines Trübsinns. In: Deutsche Monatsschrift, 1. Jg. (1796), S. 147–159

Hartmann H: Ich-Psychologie. Stuttgart: Klett-Cotta; 1972.

Haubl R, Molt W, Weidenfekker G, Wimmer P: Struktur und Dynamik der Person. Einführung in die Persönlichkeitspsychologie. Opladen: Westdeutscher Verlag; 1986.

Heits E: Kent's Arzneimittelbilder. Stuttgart: Haug; 1958.

Hellinger B: Ordnungen der Liebe. Heidelberg: Carl Auer Verlag; 1994.

Hoffmann S, Hochapfel G: Einführung in die Neurosenlehre und psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer; 1987.

Jacobi J: Einführung in die Psychologie von C. G. Jung. Olten: Walter; 1972.

Jacobson E: Das Selbst und die Welt der Objekte. Frankfurt/M.: Suhrkamp; 1973.

Jahr G H G: Homöopathische Therapie der Geisteskrankheiten. Schäftlarn: Barthel und Barthel Verlag; 1994.

Jellouschek H: Warum hast du mir das angetan? München: Piper; 1997.

Jellouschek H: Wie Partnerschaft gelingt – Spielregeln der Liebe. Freiburg/Br.: Herder; 2001.

Jung C G: Der Mensch und seine Symbole. Olten: Walter; 1999.

Kaplan B: Die Kunst der Fallaufnahme – das homöopathische Gespräch. Stuttgart: Haug; 2004.

Kast V: Paare. Stuttgart: Kreuz; 1984.

Kast V: Abschied von der Opferrolle. Freiburg: Herder; 1998.

Kind H: Psychiatrische Untersuchung. Berlin: Springer; 1990.

Kohler U: Hilfe zu Samuel Hahnemanns Organon der Heilkunst. Greifenberg: Hahnemann; 1999.

Kohut H: Narzissmus. Frankfurt/M.: Suhrkamp; 1973.

Korte S: Der Christusmeister. Eggenstein-Leopoldshafen: May; 2004.

Laborde Y, Risch G: Die hereditären chronischen Krankheiten. München: Müller und Steinicke; 1998.

Mahler M: Symbiose und Individuation. Stuttgart: Klett-Cotta; 1972.

Mentzos S: Neurotische Konfliktverarbeitung. Frankfurt/M.: Fischer; 1982.

Mertens W: Einführung in die psychoanalytische Therapie. 3 Bde. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 1997.

Mezger J: Gesichtete Homöopathische Arzneimittellehre. Bd. 1 und 2. Heidelberg: Haug; 1951.

Michaels A: Fluchtstücke. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 2001.

Mirilli J A: Thematic Repertory. Leidschendam: Irhis; 1998.

Molcho S: Körpersprache. München: Mosaik; 1983.

Möller M L: Gelegenheit macht Liebe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 2000a.

Möller M L: Die Wahrheit beginnt zu zweit. Das Paar im Gespräch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 2000b.

Möller M L: Worte der Liebe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 2000c.

Morrison R: Desktop Guide. Albany: Hahnemann Clinic Publishing; 1993.

Nash E B: Leitsymptome in der homöopathischen Therapie. Heidelberg: Haug; 1959.

Peseschkian N: Psychosomatik und Positive Psychotherapie. Frankfurt/M.: Fischer; 2000.

Pöldinger W, Wider F: Die Therapie der Depressionen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 1986.

Prädel J: Die Sehgal-Methode. München: Müller& Steinicke; 1995.

Richter H E: Eltern, Kind, Neurose. Stuttgart: Klett; 1967.

Riemann F: Grundformen der Angst. München: Reinhardt; 1961.

Rogers C F: Partnerschule. Frankfurt/M.: Fischer; 1985.

Rogers C R: Die nicht-direktive Beratung. Frankfurt/M.: Fischer; 1994.

Saine A: The Method. Den Haag: C.I.P.; 1999.

Saine A: Psychiatric Patients. Den Haag: C.I.P.; 1999.

Sankaran R: Die Substanz der Homöopathie. Mumbai: Homoeopathic Medical Publishers; 1996.

Sankaran R: Das geistige Prinzip der Homöopathie. Mumbai: Homoeopathic Medical Publishers; 1998.

Sankaran R: Die Seele der Heilmittel. Mumbai: Homoeopathic Medical Publishers; 2000.

Schäfer T: Was die Seele krank macht und was sie heilt. München: Knaur; 1997.

Schmidbauer W: Liebeserklärung an die Psychoanalyse. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 1988.

Schmid J M: Taschenatlas Homöopathie in Bild und Wort. Heidelberg: Haug; 2001.

Schmitz M: Strömungen der Homöopathie. Essen: KVC; 2000.

Scholten J: Homoeopathy and Minerals. Den Haag: C.I.P; 1993.

Sehgal M L: Rediscovery of Homoeopathy. New Delhi: Sehgal Brother´s; 1991.

Seideneder A: Mitteldetails der homöopathischen Arzneimittel. Bd. 1–3. Ruppichteroth: Similimum; 1997.

Selvini-Palazzoli M: Die psychotischen Spiele in der Familie. Stuttgart: Klett-Cotta; 1992.

Siegrist J: Die Bedeutung von Lebensereignissen für die Entstehung körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen. Nervenarzt. 1980; 51: 313–320.

Sigusch V: Therapie sexueller Störungen. Stuttgart: Thieme; 1975.

Spitz R: Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart: Klett; 1967.

Spring B: Der psychische Aspekt bei der Arzneiwahl. Göttingen: Burgdorf; 1993.

Stern D: Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta; 1992.

Stierlin H, Wirsching M: Das erste Familiengespräch. Stuttgart: Klett-Cotta; 1977.

Tölle R: Psychiatrie. Berlin: Springer; 1985.

Trenkle B: Das Ha-Ha-Handbuch der Psychotherapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag; 2000.

Uexküll von T: Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg; 1990.

Vermeulen F: Concordant Materia Medica. Den Haag: C.I.P; 1997.

Vithoulkas G.: Die Praxis homöopathischen Heilens. München: Urban und Fischer; 2003.

Watzlawick P: Anleitung zum Unglücklichsein. München: Piper; 2003.

Welter-Enderlin R: Paare – Leidenschaft und Langeweile. München: Piper; 1992.

Whitmont E: Psyche und Substanz. Göttingen: Burgdorf; 1987.

Whitmont E: Der Traum in der homöopathischen Praxis. Göttingen: Burgdorf; 1997.

Willi J: Die Zweierbeziehung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 1985.

Willi J: Was hält Paare zusammen? Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 1993.

Winston J: The Faces of Homoeopathy. Tawa (New Zealand): Great Auk; 1999.

Wüthrich H, Winter W, Philipp A: Die Rückkehr des Hofnarren. München: Gellius Edition; 2001.

Zandvoort van R: The Complete Repertory. Leidschendam: Irhis; 1996.

Sachverzeichnis

A

Abgrenzungsaggression 34, 40, 197
Abhängigkeit 33, 47, 54, 57, 114, 127, 147, 253, 261, 263, 268f, 271, 274
Abwehrhaltung 72, 247
Abwehrmechanismus 33, 49, 134
Aconit 80, 82f, 88, 124, 150, 165, 218f, 239ff, 243, 245f, 252, 269
Affektentwicklung 52
Affektisolierung 63
Affektive Psychose 67
Aggression 31, 33f, 45, 157
  destruktive 7, 37, 39, 162
  konstruktive 7, 34
  passive 41, 162
  unterdrückte 32, 179
Agoraphobie 211
Akathisie 85
Aktivität 10, 18, 95, 101, 128, 132, 155, 158f, 165, 209, 272, 278, 284, 305
Akutmedikation 18
Alexandertherapie 102, 191
Alptraum 134, 138f, 243
Altersdepression 47
altruistisch 220
Alumina 163, 234
Amisulpirid 85
Anacardium 168, 171, 218, 234, 243
Anale Phase 49, 54, 210, 276
Angepasstheit 34
Angst 8ff, 17f, 20ff, 31-37, 39f, 42f, 45-48, 50ff, 54-57, 59ff, 92f, 95ff, 100f, 104f, 115f, 118f, 129f, 140-143, 146f, 149f, 153f, 156f, 161-169, 178ff, 184f, 196ff, 208-215, 227f, 231f, 243-247, 270f, 273-279, 303f
  Mittelwahl 212
  Therapie 215
Angstentwicklung 59
Angstneurose 210
  generalisierte 212
Anhalonium 243
Antidepressivum 19, 21, 221
Antidotierung 182
Antriebslosigkeit 21
Apathie 245, 323ff
Archetypus 140
Argentum nitricum 21, 145, 164, 213, 234
Arnica 241
Arsenicum 18, 90, 122, 124, 159, 160f, 163ff, 167f, 170, 185, 213, 241, 244f, 274, 277ff
Aurum 9, 90, 144, 147, 153ff, 160, 162f, 165, 167, 186, 218f, 221, 223, 225, 244, 246, 248, 258f, 269
Auslösesituation 58f
Autoaggression 7, 10, 31, 41, 103, 137, 150, 158, 162f, 223, 284, 296
Autonomie 159
Autonomieentwicklung 54
Autonomiekonflikt 49, 57, 228, 276
Avoidance 239ff, 252

B

Barium carb. 167, 174
Behandlungsabbruch 111
Belastungsreaktion 71, 217
  Suizidalität 223
  Therapie 217
Belladonna 80, 83, 124, 160ff, 165, 168, 232, 243
Beziehungsgewalt 239
Biographie 134, 135
Bipolare Störung 67, 85
Bismuthum 124
Blasenentzündung 39
Borderlinestörung 54, 57f, 61, 64, 67, 69, 72, 99, 137, 173, 201, 235, 249, 264, 270
  Symptome 57
Bromazepan 274
Bryonia 218
Bufo 174
Burn-out-Syndrom 103

C

Calcium carb. 103, 122, 145, 160, 164f, 168, 171, 174, 213, 219
Cannabis indica 170, 173f, 213, 243
Carbamazepin 86, 176
Carcinosinum 167, 246
Causa 59, 134
Causticum 143, 165, 171, 218f, 234, 246
Chamomilla 124, 151, 170, 218, 246
Charakter 150
China 163

Cicuta virosa 185
Coaching 26, 144
Cocculus 170
Coffea tosta 243, 246, 257
Colocynthis 171, 218, 246
Coping 60, 144

D

Dekompensation 62
Demütigung 33, 170, 220, 228, 252, 271
Depersonalisation 21, 242
Depersonalisationserleben 210
Depression 19f, 22, 45, 47, 63, 66, 72, 84f, 120, 123, 143, 184, 219
  endogene 219f
  neurotische 220
  somatisierte 219
  Therapie 220
depressiv 19, 47, 74, 76, 112, 147, 154, 179, 184, 231, 251, 275
Derealisation 242
Derealisationserleben 210
Desomatisierung 63
Dissoziation 173, 242f, 261
dissoziativ 240, 242
Doppelbotschaft 125
Double-bind 125
Durchsetzungsaggression 34f, 39, 197
Dyskinesie 85

E

Ebenbürtigkeit 36
Eifersucht 10, 45, 60, 72, 110, 120, 137, 143, 158f, 161, 209, 232, 236, 260, 263, 284, 291
Entspannungsverfahren 118
Entwicklungsdefizit 49, 50, 53, 59
Erstanamnese 17, 26, 110, 139, 180, 214
Erstverschlimmerung 179

F

Familienaufstellung 192
Fettsucht 122
Flashback 243
Fremdanamnese 110, 112

G

Gaslight 255, 260, 272
Gefühl
  unterdrücktes 23f, 40, 43, 54, 60, 92, 179, 184, 186, 196, 277
Gegenübertragung 8, 40, 94, 108, 117ff, 134, 275
Geiz 161
Gelsemium 246
Geschlechtsidentität
  Entwicklung 52, 55
Geschwisterrivalität 138
Gestalttherapie 102
Gesundheit 73, 80, 91, 149
Gewalt 10, 31, 35ff, 41, 53, 63, 65, 70f, 84, 138f, 144, 157f, 162f, 218, 239f, 242, 246, 248ff, 252-258, 260, 263, 266-272, 284, 294
  emotionale 257
  Partnerschaftsgewalt 9f, 248, 252, 259, 270f
  seelische 271
  sexuelle 254, 260, 272
  soziale 272
  subtile 248
Gewaltbeziehung 251, 256, 263, 266
Gewissensangst 59, 96, 212, 244, 249, 258, 278, 281, 308
Glaubenssatz 152
Gleichgültigkeit 245, 285, 312, 319, 323ff
Graphites 167
Grenzensetzen 34

H

Halluzination 66, 70
Haltung 122
hebephren 243
Helleborus 173ff, 184
Hepar sulphuris 162, 170
Hilflosigkeit 32f, 47, 81, 99, 112, 139, 161f, 168, 197, 239, 246f, 256, 264, 269f, 312
Hingabefähigkeit 240, 244
Humor 102
Hyoscyamus 41, 80, 83, 88, 150, 161f, 164f, 168, 173f, 239f, 242-246, 263f, 269
Hyperarousal 239f, 243, 251f
Hypochondrie 96f
Hysterie 63f, 72