

Marco Righetti

Paranoide Schizophrenie mit zunehmender Chronifizierung

Die Falldokumentation zeigt den Langzeitverlauf einer Patientin mit einer chronifizierten paranoiden Schizophrenie unter homöopathischer Behandlung. Die psychiatrische Symptomatik und Vorgeschichte mit diversen psychischen Traumata wird durch die homöopathische Anamnese ergänzt. Homöopathischer Zugang, Auswahl und Gewichtung der Symptome, Vorgehen und Überlegungen zur Mittelwahl werden dargestellt. Der Langzeitverlauf zeigt ein ausgezeichnetes Ergebnis unter klassischer homöopathischer Behandlung. Im Rahmen des ICE 8 erfolgte die Falldarstellung mit Hilfe von zwei Videoaufnahmen (2000/2008). Aus Datenschutzgründen werden in diesem Beitrag einige Angaben etwas verschlüsselt und gekürzt.

1. Jetziges Leiden

Bei der Erstkonsultation 1997 ist die Patientin 33 Jahre alt und steht seit zwei Jahren unter Dauermedikation mit Leponex, zunächst 300 mg/d, seit längerem 250 mg/d ohne Besserung. Zuweisung für homöopathischen Therapieversuch auf Empfehlung der behandelnden Psychiaterin.

Trotz hoher Neuroleptikadosen leidet die Patientin unter einer unglaublichen Ambivalenz und Entscheidungsunfähigkeit:

Sie weiß nicht, wie sie sich am Morgen kleiden soll und treibt mit ihrem Hin und Her Freund und Psychiaterin „an den Rand des Wahnsinns“. Genauso unentschieden ist sie in Bezug auf einen Wohnungswechsel und hat das Gefühl, die Chancen vertan zu haben. Sie ist auch unzufrieden mit ihrem Arbeitsplatz, möchte die Stelle kündigen, aber traut sich keinen Wechsel zu.

2. Krankheitsentwicklung

Einige Jahre vor Beginn der Psychose massiver Vergewaltigungsversuch mit Strangulationsmarken am Hals: Patientin ließ Stuhl und Urin und kam wohl nur deshalb davon. Drei Jahre später Tod des Vaters an Krebs.

Anfang der 90er Jahre nach mehrjähriger Beziehung („er war der Richtige“) plötzliche, unerwartete Trennung auf Wunsch des Partners. Die Patientin reagierte mit depressivem Rückzug, stillem Kummer, 10 kg Gewichtsverlust und religiöser Hinwendung.

Im Auslandsurlaub wurde die Patientin zum ersten Mal psychotisch: Beten zum toten Vater, telepathische Verbindung zu ihm und anderen, Gedankenlesen, göttliche Sendungsgefühle, spürt göttliche Energien in sich, überall geistiger Durchblick, möchte allen helfen. Angst ermordet zu werden (Verfolgungsideen) und sterben zu müssen, weil sie die neuen Chancen nach dem Zugtrauma vertan habe. Von Suizidimpulsen konnte sie ihr Bruder zurückhalten, weil Suizid eine Sünde sei. Rückreise in die Heimat zur Suche eines Sterbeplätzchens.

Erste psychiatrische Hospitalisation für vier Monate unter der Diagnose: Akute depressiv gefärbte schizophreniforme psychotische Störung. In der Klinik vermutlich akustische und optische Halluzinationen, Derealisations- und Depersonalisationszustände.

Sie erlebt ihr eigenes Gesicht und fremde Gesichter verzerrt, hat das Gefühl, eine andere Person zu sein, die eigene Wohnung ist ihr fremd und sie ist sich selber fremd.

Medikation mit Leponex (Neuroleptikum) und Gamonil (Antidepressivum). Ca. neun Monate nach Austritt Abschluss der Psychotherapie und Medikation, danach wieder zwei Jahre recht gesund.

In der Folge neue Beziehung zu einem älteren, dominanten und behelrenden Mann. Auf längerer Auslandsreise erneute Überflutung von Erinnerungen an die Vergewaltigung, Hilfe im Gebet mit religiöser Frau. Der Zustand der Patientin war „nie mehr gut seit dieser Reise“. Trennung vom Partner und Fixierung auf ihn, Beginn der Kleiderambivalenz, depressiv und erschöpft.

Im folgenden Jahr zweite bis vierte psychiatrische Hospitalisation: Zunächst nur fünf Tage Klinik bei starker Verunsicherung und hoher Ambivalenz: Soll ich rein oder raus? Bald weitere Verschlechterung, Stellenverlust, Trennungsverleugnung, hohe Ambivalenz und erneute Hospitalisation. Diagnose: akute schizophreniforme psychotische Störung. Beziehungs- und Beeinflussungsideen: Jemand verlange etwas Unheimliches von ihr, sie fühle sich wie von Fäden gezogen, höre Stimme des Freundes, Illusionen über Bild an Wand, könne mit Freund dank telepathischer Fähigkeiten kommunizieren. Depersonalisation: Ihr Kopf und ihre Augen sind ihr fremd. Depressiert, da keine eigene Familie, während Freundinnen heirateten. Austritt gegen den Rat der Ärzte.

Weiterhin hochgradige Ambivalenz bis zu selbstgefährlichem Stehenbleiben auf der Straße. Schließlich langer Klinikaufenthalt von fast fünf Monaten. Diagnose: Paranoide Schizophrenie. Langsame Besserung unter Leponex, nach Entlassung weiter 300 mg/d. Zunächst Austritt in psychiatrische Tagesklinik, nach einem halben Jahr neue Stelle, aber dort Probleme mit Vorgesetztem: Entwertungen und/oder ungenügende Leistungen? Schließlich interner Wechsel auf eine unbefriedigende Bürostelle. Anhaltende Ambivalenz und Entscheidungsunfähigkeit in vielen Belangen.

Schließlich fünfte Hospitalisation. Diagnose: Paranoide Schizophrenie mit zunehmendem Residuum im Verlauf. Austritt nach zwei Monaten weiter unter Leponex 300 mg, später 250 mg/d. Nach einigen Monaten Beginn der homöopathischen Therapie. Patientin hielt sich für einen chronischen, unheilbaren Fall.

3. Hinweise und Fragen zum weiteren Vorgehen

An dieser Stelle erfolgt eine wichtige Weichenstellung für das weitere Vorgehen. Zunächst ist es wichtig zu klären, ob die Voraussetzungen für die homöopathische Behandlung einer schweren psychischen Erkrankung gegeben sind in Bezug auf Stabilität und Anamnesebefähigung der Patientin, hinreichenden Behandlungs- und Betreuungsrahmen, Kenntnisstand des Behandlers usw., was hier bejaht werden kann. Sodann ist die Auswahl und Wertigkeit der Symptome bei Psychosen zu reflektieren: Welchen Wert haben welche psychischen Symptome? Welchen die übrigen Symptome?

Die Anamnese weist auf deutliche Traumata und Auslöser hin. Zudem zeigen sich jeweils prominente akute Psychosesymptome. Andererseits besteht jetzt schon länger eine ausgeprägte Ambivalenz, Entscheidungs- und Handlungsunfähigkeit.

Stehen nun für die Mittelwahl die Auslöser/Traumata oder die auffälligen Psychosesymptome oder die jetzige Entscheidungsunfähigkeit oder eine Kombination davon im Vordergrund? Die genannten Ansätze sind in Repertorisation 1 zusammengefasst (vgl. Anlage 1): Kummersymptome (Symptome 1-5, DD: *Ign, Nat-m, Aur, Carc* u.a.?), Vergewaltigungsversuch im Zug (6/7: Schreck und Urin-/Stuhlverlust: *Op?*), aktueller Antagonismus (8/9: *Anac* u.a.?), dominante individuelle Psychosesymptome (10-14 u.a.m.: *Stram, Hyos* u.a.?).

Die Frage stellt sich: Finden wir den Zugang zur Mittelwahl aus diesen Angaben oder muss im Gegenteil vor Behandlungsbeginn eine vollständige Symptomenaufnahme erfolgen, weil all diese Ansätze für die aktuelle Mittelwahl von zweifelhafter Relevanz und Verlässlichkeit sind und diese wahrscheinlich auf „konstitutioneller Basis“ erfolgen muss? Vor der definitiven Klärung dieser Frage erfolgt hier zunächst die Vervollständigung der chronischen Anamnese.

4. Persönliche Anamnese

Aufgewachsen in geordneten Verhältnissen, schöne Kindheit. Die Patientin war Vaters Tochter, fröhlich, kontaktfreudig, offen, initiativ, viele Spiele und Ideen (Zirkus, Singvorstellungen mit Nachbarskindern). Schon mit 7 bis 8 Jahren erfand sie Geschichten und erzählte sie dem Bruder. In der Adoleszenz schrieb sie Gedichte und Geschichten. Pubertätskonflikte mit Vater, konnte heftig ausrufen. Mit 16 Jahren Schwangerschaft – Vater und Gynäkologe beschlossen die Interruptio über den Kopf der Patientin. Trennung vom Freund, weil er sie zu wenig stützte, Trauer allein. Ausbildung in der Werbebranche als Texterin, dort hochgearbeitet: offen, direkt, kommunikativ.

Somatische Anamnese: Rezidivierende Anginen ab Pubertät bis ca. 1990, rezidivierende Harnwegsinfekte bis 1994.

5. Weitere homöopathische Anamnese

Psychische Symptome: früher harter Kopf, konnte etwas „durchstieren“, wusste, was sie wollte, gesellig, gern unter Leuten, ergriff Initiative, viel selbstsicherer. Jetzt unsicher, muss 100 Leute fragen, kann sich

nicht entscheiden. Ängste? Einmal in einem Autotunnel, einmal im Cockpit, sonst keine Klaustrophobie. Angst vor Medikamentenreduktion.

Allgemeines: eher frostig, gern am Meer (unklar, ob Meer >).

Nahrungsmittel: sehr gern Süßes, Teigwaren, gern Brot, Fleisch, Salat.

Schlaf: früher langer Morgenschlaf, jetzt Mühe, aufzustehen (Leponex-bedingt?). Hin und wieder Träume, etwas falsch zu machen.

Haut: seit ca. vier Jahren bläschenförmiger Ausschlag an Händen palmar (dyshidrotisches Ekzem vermutet, später Diagnose als Psoriasis palmaris et plantaris). Kleine schuppige Dermatose Okziput (Ekzem? Leichte Psoriasis?), etwas brüchige Nägel. Wenig Sommersprossen um Nase. Zwei kleine Warzen (ohne spezifische Lokalisation).

Kopf: gel. mäßige Kopfschmerzen, eher frontal. Emotionaler Stress, Irresolution, Brüten über Arbeitssituation <, Ruhe/Liegen >. Relativ viel Amalgam.

Extr.: gel. einschlafende Arme/Hände nachts.

Menses: regelmäßig, eher stark, Dysmenorrhoe erste 2 Tage (Unterbauch-Schmerzen/-Krämpfe).

6. Vorgehen und Mittelwahl

Zuerst sind nochmals die unter 3. erwähnten Fragen zu stellen und zu klären: Welche Symptome sind bei Psychosen wichtig für die Mittelwahl? Und erfolgt die Mittelwahl aufgrund der Auslöser, der psychischen Akut- oder der Residualsymptome oder sind die konstitutionellen Symptome die Basis für die Verschreibung? Bereits Hahnemann schrieb im berühmten § 211 des Organons, dass für die Mittelwahl die Symptome des Geistes- und Gemütszustandes oft am meisten den Ausschlag geben. Nirgends erwähnt er indessen, dass die oft prominenten und für die psychischen Krankheiten [Unterstreichungen M. Righetti] pathognomonischen Symptome wahlanzeigend sind. Auch wenn er nicht explizit darauf hinweist, so macht er doch sprachlich einen klaren Unterschied zwischen Gemütszustand und Gemütskrankheit. Im Weiteren sind die Allgemein- und die (individuellen) Lokalsymptome von Bedeutung. Die Wertigkeit der Symptome entspricht also weitgehend jener bei somatischen Krankheiten: Die für die jeweilige Krankheit typischen – hier die psychotischen – Symptome sind für die Mittelwahl von geringerer Bedeutung als die individuellen, auch wenn sie wie hier noch so ausgeprägt sein mögen.

Bei unserer Patientin erschien mir zunächst der mehrmalige Liebeskummer als Auslöser sehr deutlich. Diese Überlegung führte zur ersten Mittelwahl: Wiederholte akute Liebesenttäuschung als Causa, stiller Kummer, Brüten und Rückzug als Reaktion, dazu die Ambivalenz (innere Gegensätzlichkeit) und Religiosität führten zu *Ignatia*: Gabe als C 200. Diese Wahl ist an sich gut nachvollziehbar. Sie war aber falsch und ohne Wirkung.

Zu Beginn der homöopathischen Behandlung litt die Patientin an einer chronifizierten Psychose. Die Hauptsymptome zu Beginn (Ambivalenz, Unentschlossenheit) haben für die Mittelwahl eine zweifelhafte Bedeutung, weil sie komplexe, unsicher beurteilbare und unspezifische psychotische Symptombildungen darstellen. In dieser Situation sind die chronischen individuellen Auffälligkeiten der Patientin

Grundlage für die Mittelwahl. Ob früher in den akuten Psychosephasen ein Akutmittel indiziert gewesen sein mag, lässt sich nicht sicher sagen, doch spricht der Langzeitverlauf stark für einen „Einmittel-Fall“.

Bei der Repertorisation 2 (vgl. Anlage 2) sind im mittleren Drittel die besseren, unten die weniger verlässlichen Symptome (geringere Intensität, tiefere Wertigkeit) aufgelistet (Reihenfolge gemäß Kent-Reperitorium).

In unserem Fall sind insgesamt keine herausragenden, kaum § 153er und nur mäßig ausgeprägte Symptome für die Mittelwahl vorhanden. Wie bei großen Symptomenlisten nicht selten, steht *Sulfur* an erster Stelle. Tatsächlich passen hier die besseren Symptome gut zu *Sulfur* (desire salad ist durch raw gedeckt). Auch bei den weniger deutlichen Symptomen ist *Sulfur* gut vertreten und es deckt sogar den Liebeskummer gut ab. Es passt zudem gut zur prä-morbiden Persönlichkeit, zur phantasiereichen Geschichtenerzählerin in der Jugend und zur Werbetexterin. Auch das Kleiderthema ist bei *Sulfur* zwar mit einer etwas anderen Färbung, aber doch gut besetzt (delusion rags are beautiful) und nicht repertorierte Symptome wie rezidivierende Harnwegsinfekte und Dysmenorrhoe passen ebenfalls zu *Sulfur*. Zudem spricht kaum etwas gegen *Sulfur* und nichts deutlich für ein anderes Mittel.

7. Verlauf

Die Einmalgabe von *Sulfur* C 200 (8/97) war ein Volltreffer und führte zu rascher Besserung. Bei der ersten Kontrolle nach vier Wochen hatte sich der psychische Zustand soweit stabilisiert, dass sie nur noch 150 mg/d Leponex einnahm. Kleiderambivalenz, Entscheidungs- und Konzentrationsfähigkeit waren deutlich besser, bis sich die Patientin um eine neue Stelle bewarb und sie nach der Zusage eine (nachvollziehbare) Angst vor dem eigenen Mut befiel. Real konnte sie die neue Arbeitsstelle dann indessen gut meistern. Wichtig bei der Verlaufsbeurteilung sind auch die Nebensymptome: Dysmenorrhoe > 50% besser, Kopfschmerzen >, Dermatosen an Händen und Okziput >.

Langzeitverlauf über 10 Jahre

Allgemeiner Verlauf und Psyche: Die Patientin erhielt nach Bedarf *Sulfur* in aufsteigenden C-Potenzen (Kent'sche Leiter, etwas adaptiert), zeitweise in Q-Potenzen. Die psychische Symptomatik verschwand überraschend schnell, die Patientin gewann an Selbstvertrauen und Stabilität und wirkte bald völlig gesund. Leponex konnte innerhalb von einem ¼ Jahr auf 12,5 mg reduziert werden, diese Minidosis behielt die Patientin noch ein Jahr – wohl länger als nötig – bei, seit über acht Jahren ist die Patientin nun frei von Psychopharmaka. Auch bei erheblichen Belastungssituationen (unerfüllter Kinderwunsch, Sterilitätsbehandlung, Geburten, familiäre Spannungen, Tod des Bruders) blieb die Patientin stabil und hatte nie auch nur Anzeichen eines Rückfalls. Inzwischen hat sie zwei kleine Söhne und arbeitet Teilzeit. Die auswärtige psychiatrische Behandlung hat sie längst abgeschlossen, Konsultationen bei mir finden nach Bedarf alle paar Wochen bis Monate statt.

Die Psoriasis wanderte unter *Sulfur* gemäß Hering'scher Regel von den Händen nach unten in die

Schamhaare und blieb dort mit hartnäckigem Jucken ziemlich therapieresistent stehen. Trotz Bedenken (Angst vor Unterdrückung und Rückfall) gab ich schließlich lokal Daivonex (Vitamin-D-Säure) mit dem erstaunlichen Resultat, dass die Psoriasis weiter nach unten auf die Fußsohlen befördert wurde (Hering'sche Regell!), wo bis heute gewisse Restsymptome vorhanden sind. Bei großen Belastungen und geringer Pflege flackern die Herde an den Füßen gelegentlich etwas auf und wandern bis in die Schamhaare hoch. Ein vorsichtiger Versuch mit *Psor* – im Verlauf einziges Mittel neben *Sulfur* – als Q 3 und C 30 brachte keine Veränderung.

Dysmenorrhoe und Sterilität: Die Dysmenorrhoe wurde deutlich besser. Nach der psychischen Besserung kam bei der Patientin ein Kinderwunsch auf, sie wurde aber trotz intensiver Sterilitätsbehandlung nicht schwanger, sodass sie nach dem 40. Geburtstag aufgab. Etwas später wurde die Patientin in einer ruhigeren Phase nach Gabe von *Sulfur* XM doch noch schwanger und gebar noch spät zwei Söhne. Psychisch blieb die Patientin auch nach den Geburten stabil. Bakterielle Infekte traten im Verlauf seltener und harmloser auf. Es kam zu einer eitrigen Angina, je zwei bis drei Sinusitiden und Harnwegsinfekten. Auch hier erfolgreiche Behandlung mit *Sulfur* außer zwei Infekten, die aus äußeren Gründen (Abwesenheit usw.) antibiotisch behandelt wurden. Die Kopfschmerzen sind weitgehend verschwunden.

8. Beurteilung

Zusammenfassend ist die Patientin psychisch und auch somatisch in ausgezeichneter Verfassung. Das hervorragende Resultat der individuellen homöopathischen Behandlung könnte darauf beruhen, dass die Patientin eine recht gesunde und stabile prä-morbide Persönlichkeitsstruktur hatte und dass bei ihr ein einziges Mittel, *Sulfur*, von A bis Z durchzugehen scheint. Angesichts der geheilten Psychose sind die minimalen Restsymptome der Psoriasis plantaris eine Bagatelle. Der Verlauf zeigt, dass die Homöopathie auch bei schweren psychischen Krankheiten eine ausgezeichnete Wirkung haben kann und generell bei psychischen Störungen neben Psychotherapie und Psychopharmaka eine wichtige dritte Therapieoption darstellt.

Dr. med. Marco Righetti

Medizinstudium in Zürich 1973-1980, Staatsexamen 1980. Beginn der Homöopathieausbildung 1977 bei Künzli. 1988 Weiterbildung zum Facharzt Psychiatrie-Psychotherapie FMH und zum Fähigkeitsausweis Homöopathie SVHA-FMH. Seit 1988 in eigener Praxis tätig als homöopathischer Grundversorger und Psychiater-Psychotherapeut mit Schwerpunkten bei psychiatrisch-psychosomatischen und chronisch-somatischen Krankheiten. 1988-2004 Präsident und Mitglied der Ausbildungskommission SVHA. Seit 1991 Leitung der Homöopathieausbildung SVHA an der Universität Zürich. Seit 1990 Supervisionsgruppen und zahlreiche Seminare und Kurse in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Veröffentlichungen u.a. zur Forschung in der Homöopathie.



- Kontakt: rig@bluewin.ch

Auslöser + Psychose

Dr.med. Marco Righetti (7394)

~~ICD-10~~ - Chron. Schizophrenie AN

Diese Analyse umfaßt 395 Arzneimittel und 14 Symptome. Intensität wurde berücksichtigt

	aur.	op.	carc.	ign.	lach.	sep.	phos.	stamm.	sulph.	nat-sil.	kal-i-p.	nat-m.	tyos.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Summe der Symptome (sort.nach Graden)	9	9	9	8	8	8	8	8	8	8	8	7	7
	16	16	11	21	15	15	13	13	12	11	9	17	14
01. MIND - AILMENTS FROM - love; disappointed	3	-	1	4	2	1	1	1	1	2	1	4	3
02. MIND - BROODING	1	1	1	3	1	1	-	1	1	1	1	1	-
03. MIND - COMPANY - aversion to	1	1	1	3	2	3	1	1	2	3	1	4	2
04. MIND - GRIEF - silent	2	-	1	3	-	1	-	-	1	1	-	3	-
05. GENERALS - EMACIATION - grief; after	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
06. MIND - AILMENTS FROM - fright	1	3	1	2	2	2	3	2	1	-	1	2	2
07. RECTUM - INVOLUNTARY stool - fright; after	1	3	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-
08. MIND - ANTAGONISM with herself	1	1	-	-	-	2	2	-	-	-	1	-	-
09. MIND - IRRESOLUTION	1	3	2	3	3	2	2	-	2	1	1	2	1
10. MIND - PRAYING	3	1	1	-	-	2	-	3	1	1	-	-	1
11. MIND - RELIGIOUS AFFECTIONS - too occupied with religion	2	-	2	2	3	3	-	4	3	-	2	1	3
12. MIND - CLAIRVOYANCE	1	1	1	1	1	-	2	1	1	1	1	-	1
13. MIND - DELUSIONS - murdered - will be murdered; he	-	2	1	1	-	-	1	2	-	-	-	-	2
14. MIND - CONFUSION of mind - identity, as to his	1	-	-	-	1	-	1	1	1	1	-	-	-

⊕ weitere Psychose -Symptome

