

Anmerkung der Autorin März 2008:

Der folgende Artikel erschien im Jahr 2004, zu diesem Zeitpunkt liefen noch Studien zum damals unter dem Namen Antegren® bekannten Medikament, was zwischenzeitlich vom Markt genommen und später wieder unter dem heute aktuellen Namen Tysabri® zugelassen wurde.

Klassische Homöopathie und Multiple Sklerose

Klassische Homöopathie und Multiple Sklerose.....	1
Pathophysiologischer Prozess	2
Ätiologie	3
Typologien/Verlaufsformen	3
Schubförmiger Verlauf.....	3
schubförmig-remittierender Verlauf.....	3
schubförmig-progredienter Verlauf.....	3
Chronisch-progredienter Verlauf.....	4
primär (chronisch) progredienter Verlauf (PPMS).....	4
sekundär (chronisch) progredienter Verlauf (SPMS).....	4
Diagnose	4
Bedeutung der Diagnose fürs Fallmanagement	5
Medikamentöse Behandlungsansätze der Schulmedizin	5
Basistherapie bei schubförmigen Verläufen.....	5
Chemotherapeutika bei chronisch-progredienten Verläufen	5
Häufige Nebenwirkungen der Basistherapie.....	6
Klinische Wirksamkeit der Basistherapie.....	6
Der Multiple-Sklerose-Patient in der homöopathischen Praxis.....	6
Allgemeines / häufige Symptome	7
Fallbeispiele (Deskription)	8
Fallbeispiel 1	8
Fallbeispiel 2	10
Homöopathische Mittelfindung und Mittelreaktion	12
Reaktionen und Interpretation	12
Schlussfolgerungen für die homöopathische Praxis	13

Die Encephalomyelitis disseminata, besser bekannt als „Multiple Sklerose“ (MS), ist nach der Epilepsie die häufigste neurologische Erkrankung. Das Spektrum des Krankheitsbildes reicht von symptomarmen, milden Verläufen über viele Jahre hinweg bis zu Fällen, die von Beginn an schnell und aggressiv fortschreiten und zur Schwerstpflegebedürftigkeit führen können.

Multiple Sklerose wird in der homöopathischen Praxis nicht erstdiagnostiziert. Es können praktisch drei Gruppen von Patienten unterscheiden werden:

- Patienten, welche aufwendige neurologische und seltener auch immunologische Befundung mitbringen und seit längerer Zeit in schulmedizinischer Behandlung sind, meistens unter Medikation
- Patienten, deren Diagnosestellung erst kürzlich erfolgte und die noch keine Basis- und/oder symptomatische Behandlung erfahren, wollen sich über Alternativen oder Ergänzungen zu schulmedizinischen Therapien informieren
- Patienten, die als schulmedizinisch „austherapiert“ gelten.

Wie lassen sich Symptome und Krankheitszustände, die uns in der homöopathischen Praxis begegnen, einordnen und interpretieren und wonach können wir uns richten auf der Suche nach einer geeigneten Verschreibung?

Der folgende Artikel versucht, entlang dieser Fragestellungen beide Aspekte zu beleuchten: den eher schulmedizinisch orientierten Blick auf das Grundmuster dieser Krankheit in der klassischen Abfolge pathophysiologischer Prozess – Diagnose und Behandlung – und den homöopathischen Blick auf „den

Fall“, seine Charakteristika und die spezielle „Idee“, die letztlich zur Mittelfindung oder -annäherung führt. Erst die Kombination beider Blickwinkel ermöglicht einen komplexen Blick auf das Geschehen. Im Anschluss an die Darstellung der schulmedizinischen Erkenntnisse über Entstehung, Verlauf, Prognosen und Medikationsansätze werde ich auf zwei langjährige MS-Dynamiken ausführlicher eingehen, die sich m. E. ganz besonders als Beispiel für unterschiedliche *Verläufe und Erwartungen* einschließlich *Mittelreaktionen* eignen. Beide Patientinnen sind seit vielen Jahren erkrankt, beide haben über viele Jahre massivste Immuntherapien erhalten, bei beiden spielten in der Vorgeschichte der Krankheitsentstehung ähnliche Grundstrukturen eine Rolle und beide benötigten letztlich sogar das gleiche Mittel. Die Unterschiedlichkeit der Reaktionen hat in erster Linie mit der jeweiligen Verlaufsform (bzw. mit der offenbar unterschiedlichen Art der Läsionen) und *Reaktionsfähigkeit* des Individuums zu tun, aber auch mit den Erwartungen des Patienten sowie meiner eigenen als Therapeutin. Diese beiden Fälle eignen sich zur ausführlicheren Beschreibung, da sie typisch sind für das, was uns in der Praxis häufig begegnet.

Pathophysiologischer Prozess

Aus noch unbekanntem Gründen kommt es zu Entzündungsreaktionen im Gehirn und Rückenmark, die die typischen sklerotischen Läsionen mit Myelinzerstörung (Entmarkung) und Axonverlust hinterlassen. Während bei leichteren Verläufen die Remyelinisierung in schubfreien Zeiten über lange Zeit gut funktionieren kann, ist ein Axonverlust i. d. R. nicht oder nur bedingt reparabel und führt im chronischen Verlauf zu bleibenden neurologischen Ausfällen.

Studienergebnisse weisen einen deutlichen Axonuntergang – ganz besonders in den *ersten* Jahren der Erkrankung – in der normal erscheinenden weißen Substanz in räumlicher Entfernung von den Läsionen aus. Auch nach kompletter klinischer Remission eines Schubes ist der axonale Verlust noch nachweisbar¹ und hinterlässt als Folge oftmals eine im MRT sichtbare Hirnatrophie.

Die Erkrankung betrifft ausschließlich das ZNS. Die Folgen der Zerstörung können das Kleinhirn, das Großhirn, den Hirnstamm und besonders häufig das Corpus callosum (den „Balken“ zwischen beiden Hemisphären) betreffen. Läsionen finden sich sowohl in der weißen als auch in der grauen Substanz des Gehirns, häufig in der Nähe der Ventrikel. Im Rückenmark können die Herde praktisch an jeder Stelle auftreten, was i. d. R. zu schweren Ausfällen führt.

Ätiologie

Aktuell wird ein multifaktorielles Geschehen angenommen. Am besten erforscht ist die Autoimmunhypothese, v. a. die T-Zell-vermittelte Immunreaktion, der in Kombination mit folgenden anderen Faktoren die größte Erklärungskraft zugesprochen wird:

- genetische Prädisposition
- geografische Herkunft
- Fehlreaktion auf bestimmte bakterielle und/oder virale Erreger (Chlamydien, EBV, Röteln/Masern- und Herpesviren u. a.) Das Immunsystem greift fatalerweise eigene Myelinzellen/Axone an, da es diese für die täuschend ähnlich strukturierten Viren/Chlamydien hält.

Typologien/Verlaufsformen

Die Kenntnis der unterschiedlichen Verlaufsformen ist entscheidend für das homöopathische *Fallverständnis* einschließlich der Verlaufsbeobachtung und den zu erwartenden Reaktionen.

In der Literatur werden die Verlaufsformen in bis zu vier größere Gruppen unterteilt. Im Folgenden sollen der besseren Übersichtlichkeit wegen zwei Grundtypen beschrieben werden, die sich wiederum in unterschiedlicher Weise und Verlaufsform entwickeln können:²

Schubförmiger Verlauf

Die schubförmigen Verläufe unterteilt man wiederum in zwei Formen:

schubförmig-remittierender Verlauf

Die Krankheit tritt in zeitlichen Abständen mit unterschiedlich starken Symptomen auf, nach der akuten Phase bilden sich die Symptome ganz oder teilweise zurück.

Die Rückbildung ist nicht abhängig davon, ob medikamentös eingegriffen wird oder nicht.

Hierbei können Krankheitsverläufe mit seltenen Schüben und wenig Beeinträchtigungen auftreten. In den Phasen zwischen den Schüben kommt der entzündliche und sklerotisierende Prozess über Monate, manchmal sogar über Jahre, zum Stillstand. Dies erlaubt bei ca. 20 bis 40 % aller MS-Patienten eine günstige bis sehr gute Prognose.

Die Neuroglia, insbesondere die Oligodendrozyten, können die durch Entzündungsprozesse angegriffenen oder teilweise zerstörten Myelinzellen noch fast vollständig reparieren (Remyelinisierung). Selbst wenn die Axone schon beschädigt wurden, ist die Remyelinisierung im Anfangsstadium noch ganz oder teilweise reparabel bzw. kompensierbar. Es kommt zur kompletten oder Vollremission bzw. zur partiellen Remission. Noch recht neu ist die Erkenntnis, dass die Axone bereits von Krankheitsbeginn an geschädigt werden können, also nicht nur die umhüllende Myelinschicht. Etwas vereinfacht gesagt, gibt es Anhaltspunkte dafür, dass bei den schubförmig-remittierenden Formen mehr die Zerstörung der *Myelinscheiden* im Vordergrund steht und bei den aggressiveren, progredienten Formen der *Axonverlust*. Dennoch können in bedingtem Ausmaß andere Regionen des Gehirns bestimmte Funktionen übernehmen und nach neueren Erkenntnissen vermutlich sogar teilweise die Axone selbst regenerieren.

schubförmig-progredienter Verlauf

Er kann sich aus einem schubförmig-remittierenden Verlauf entwickeln oder von Beginn der Erkrankung den Verlauf prägen. Mit Fortschreiten der Krankheit bilden sich die Schubfolgen immer unzureichender zurück oder die Schübe treten häufiger und aggressiver auf. Insgesamt kommt es zu einer Zunahme der krankheitsspezifischen Symptome und Einschränkungen.

Bei einem Großteil der Patienten mit Schubform, schätzungsweise ca. 60 %, finden zwischen den Schüben weitgehend unbemerkt weitere kleinere Entzündungsprozesse statt, die auch in der MRT als neue Läsionen nachweisbar sind. Dies kann für die Verlaufsanalyse unter homöopathischer Behandlung von Bedeutung sein, wenn beispielsweise die Zunahme der Läsionen vor der Behandlung deutlich stärker war als unter einem homöopathischen Mittel.

Nicht jede neue Läsion muss also automatisch bedeuten, dass das verordnete Mittel nicht gut gewählt war. Es hängt vom bisherigen Verlauf ab. Hat der Patient vor Beginn der homöopathischen Behandlung im Verlauf der letzten zwei Jahre beispielsweise mehr als 20 neue Läsionen zwischen den bemerkten Schüben entwickelt, wären möglicherweise nur 3 oder 5 neue Herde im gleichen Zeitraum unter Homöopathie ein gewisser Behandlungserfolg – allerdings in Abhängigkeit des Gesamtempfindens des Patienten. Erst diese Differenzierung zwischen Vorher und Nachher erlaubt eine genauere Verlaufsanalyse.

Chronisch-progredienter Verlauf

Die Krankheit kann sich von Anfang an schleichend oder auch schneller fortschreitend, aber in den meisten Fällen nahezu durchgängig entwickeln, mit keinem klar erkennbaren Schubcharakter. Es gibt zwar Höhen und Tiefen, aber insgesamt eine konstante Verschlechterung des Symptomenbildes ohne Phasen mit völliger Symptommfreiheit. Es können zwei Hauptformen unterschieden werden:

primär (chronisch) progredienter Verlauf (PPMS)

Ungünstigste Verlaufsform; von Anfang an chronisch fortschreitend ohne klar erkennbaren Schubcharakter,

sehr schlechte Prognose, da kaum bzw. nicht medikamentös beeinflussbar, wenn Myelin und Axone schon stark und anhaltend beschädigt sind.

Neueste Forschungsergebnisse lassen vermuten, dass bei dieser Form der Axonverlust im Vordergrund steht. Es wird diskutiert, ob diese aggressive Verlaufsform nicht als *eigenständige* Erkrankung zu betrachten ist. Ca. 10 - 15 % der Patienten erkranken an dieser Form.

sekundär (chronisch) progredienter Verlauf (SPMS)

Nach vorhergehender schubförmig-remittierender oder schubförmig-progredienter Phase kann es zu unterschiedlichen weiteren Verläufen kommen:

- eine schnelle Folge von Schüben ohne zwischenzeitliche Remission, die nahezu ineinander übergehen, und somit keinen klaren Schubcharakter mehr aufweisen
- eine durchgängige Verschlechterung der Symptome ohne anhaltende Remission, ähnlich der PPMS

Insgesamt können die Grenzen zwischen allen einzelnen Formen fließend sein. Zudem lässt sich bei sehr frühzeitig beginnender medikamentöser Immuntherapie die Verlaufsform nicht oder nicht mehr erkennen.

Bei **allen** Formen können leichte, mittelschwere oder schwere Verläufe auftreten, wobei die Zahl der malignen Verläufe bei der PPMS am höchsten ist, aber auch hierbei leichtere Verläufe vorkommen. Bei der schubförmig-remittierenden Form sind die benignen Verläufe deutlich häufiger.

Diagnose

Die Diagnose der MS gilt nach wie vor als ausgesprochen schwierig. Im Wesentlichen stützt sie sich:

- auf den anamnestischen Befund
- den Nachweis von Läsionen im Gehirn und/oder Rückenmark mit Hilfe der MRT
- den Nachweis von bestimmten Eiweißen und Proteinstrukturen im Liquor (oligoklonale Banden) sowie
- auf die Untersuchung der evozierten Potenziale (visuell-evozierte Potenziale = VEP; somatosensibel evozierte Potenziale = SSEP und magnet-evozierte Potenziale = MEP) .

Insbesondere der Liquorbefund ist zu Beginn der MS jedoch häufig nicht oder noch nicht auffällig. Bei einigen Patienten wird er selbst in späteren Stadien der Erkrankung nicht positiv.

Nach den neuen, heute gültigen und international anerkannten Kriterien (Mc Donald et al., 2001; die modifizierte Form der früheren „Poser-Kriterien“), die sich vorrangig auf den Nachweis von Herden in der MRT beziehen, erfordert die frühe Diagnosestellung einer MS den Nachweis einer zeitlichen Dissemination innerhalb von drei Monaten. Dazu wird die MRT herangezogen, die aktive Kontrastmittel anreichernde Herde zeigt.³ Krankheitsbilder, die zu ähnlichen Erscheinungen führen können, müssen ausgeschlossen werden, z. B. andere Erkrankungen des Immunsystems, die sich gegen Körperbestandteile richten, sogenannte Kollagenosen, Vaskulitis, Sarkoidose oder auch eine Borreliose.

Letztlich gibt es keine endgültig gesicherte Methode, um den eindeutigen Nachweis einer MS zu führen. Läsionsnachweis und positiver Liquorbefund erhöhen zwar die Wahrscheinlichkeit der Bestätigung der Verdachtsdiagnose, schließen aber andere Erkrankungen nicht sicher aus.

Differenzialdiagnostisch bedeutsam sind besonders Borreliose/Neuroborreliose und Infektionen wie z. B. Chlamydien-Infektionen, die das ZNS beeinflussen bzw. die Blut-Hirn-Schranke überwinden können.

Bedeutung der Diagnose fürs Fallmanagement

Für die Frage der nachfolgenden Behandlung ist die diagnostische Unsicherheit erheblich, da bei der Wahl des Behandlungsansatzes der Zeitfaktor eine wichtige Rolle spielt.

Je früher und sicherer die MS diagnostiziert wird, desto eher kann eine Entscheidung über einen immuntherapeutischen Ansatz getroffen werden. Die Entscheidung für eine solche (Basis-) Therapie setzt die Patienten aber unter erheblichen Druck.

Die Unvorhersagbarkeit des Krankheitsverlaufes birgt ein hohes Risiko, die Folgen einer Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Therapie im Nachhinein als "Fehlentscheidung" zu interpretieren. Dies gilt prinzipiell für jede Therapie, auch die homöopathische Behandlung.

Medikamentöse Behandlungsansätze der Schulmedizin

Den meisten MS-Patienten wird recht schnell nach Diagnosestellung eine schulmedizinisch übliche Basistherapie angeraten, ohne einen zweiten Schub abzuwarten. Der 2. Schub war noch bis vor ca. zwei Jahren die Voraussetzung für die Behandlung.

Basistherapie bei schubförmigen Verläufen

Hierbei werden Beta-Interferone *oder* Glatirameracetat - sogenannte *Immunmodulatoren* - gegeben, welche je nach Medikament tgl. bis 1 mal/Woche s.c. oder i.m. injiziert werden.

Im *akuten Schub* sind Stoßtherapien mit hochdosiertem *Cortison*, i. d. R. 500 bis 2000 mg/d als Infusion, das einzige Mittel der Wahl.

Der *Verlauf* der MS wird durch Kortison nicht tangiert. Der Einsatz von Immunglobulinen wird nicht mehr empfohlen, bzw. die Kosten von den Kassen nur in sehr wenigen Ausnahmefällen übernommen.

Chemotherapeutika bei chronisch-progredienten Verläufen

Seit dem letzten Jahr ist auch Mitoxantron (z. B. Ralenova®) für die Behandlung der *PPMS* zugelassen, ein Medikament, das bisher nur in der Krebstherapie eingesetzt wurde.

Ebenso wird manchmal der Einsatz von Cyclophosphamid (Endoxan®)⁴ u. a. erwogen, das sich nach ersten vorläufigen Studienzwichenergebnissen allerdings als sehr nebenwirkungsreich erwies und dessen therapeutischer Effekt umstritten ist. Mitunter kommen diese Chemotherapeutika nicht nur bei der *PPMS* zum Einsatz, sondern auch zeitweise bei besonders aggressiven und häufigen Schubformen. Sie erfordern eine regelmäßige Kontrolle der Herz-, Leber-, Schilddrüsen- und Nierenfunktionen bzw. -werte.

Unter Chemotherapie setzt - neben vielen anderen Nebenwirkungen (NW) - bei weiblichen Patienten sehr häufig die Menstruation aus. Das Wiedererscheinen der Menses ist unter homöopathischer Therapie und bei deutlichem zeitlichen Zusammenhang mit der Mittelgabe neben weiteren Hinweisen oft ein gutes Zeichen für deren Wirksamkeit.

Häufige Nebenwirkungen der Basistherapie

- Störungen der Leber- und Nierenfunktion
- Leukopenie und deren Unterformen
- Kreislaufstörungen
- lokale dauerhaft entzündete, verfärbte und/oder verhärtete Areale um die Einstichstellen bei subkutaner Applikation.

Sehr viele Patienten berichten, dass ihnen sowohl vor als auch nach der Injektion hochdosiertes Paracetamol und Ibuprofen zur Einnahme empfohlen wird, um die Fieberanfälle (teilweise bis > 40°!), die Muskelschmerzen, die Grippe- und Schwächesymptome, die unmittelbar nach der Applikation einsetzen, zu dämpfen. Bei manchen Patienten lassen diese Symptome nach einigen Wochen oder Monaten deutlich nach, andere haben auch nach Jahren solche Reaktionen und nehmen die u. a. häufig auftretenden Leukopenien - mit deutlich ausgeprägter Infektanfälligkeit, die ja wiederum schubauslösend sein kann - in Kauf.

Des Weiteren treten häufig Depressionen unter der Medikation auf, welche wiederum weitere medikamentöse Behandlung nach sich ziehen.

Klinische Wirksamkeit der Basistherapie

Im Ergebnis kann die *Basistherapie* bei Patienten mit *Schubform* eine durchschnittlich 30-prozentige Verlangsamung bzw. Minderung des Prozesses bewirken. *Die Basistherapie zeigt keine Wirkung bei chronisch-progredienten Verläufen.*

Erfolg versprechende Studien zum Einsatz von Natalizumab (Antegren®, inzwischen neuer Name: Tysabri®), eines monoklonalen Antikörpers mit direkter Wirkung auf die Blut-Hirn-Schranke, sind noch nicht abgeschlossen, die Zulassung kann frühestens in den nächsten zwei bis drei Jahren erwartet werden.

Ein noch ungeklärtes Phänomen ist die Antikörperbildung, insbesondere das Auftreten sog. Neutralisierender Antikörper (NAB), als Reaktion auf *alle* der genannten Basismedikamente, die nach ca. 6 bis 12 Monaten ihren Höhepunkt hat.

Es gibt noch keinen eindeutig geklärten Zusammenhang zwischen Antikörperbildung und Wirksamkeit des Medikaments. Bei einigen Patienten lässt die Wirksamkeit der Präparate nach dem 1. bis 2. Behandlungsjahr sehr deutlich nach, bei anderen bleibt die Wirkung trotz Antikörperbildung unbeeinflusst.⁵

Der Multiple-Sklerose-Patient in der homöopathischen Praxis

In meiner eigenen Praxis suchten MS-Patienten überwiegend aus folgenden Gründen Hilfe:

- Frische Diagnose und große Angst vor den NW der Basistherapie
- Langzeit-Basistherapierte, die trotzdem weiterhin Schübe oder Verschlechterungen erleben mussten bzw. bei denen die NW unerträglich waren
- Basistherapierte, denen es unter den Medikamenten schlechter ging als vorher, die sich aber nicht trauten, ohne eine gute Alternative damit aufzuhören
- Patienten mit chronisch-progredientem Verlauf, bei denen weder Basis- noch Chemotherapie erfolgreich waren und die schulmedizinisch als "austherapiert" gelten
- Patienten mit der *Verdachtsdiagnose* MS.

Allgemeines / häufige Symptome

So individuell unterschiedlich sich die vielfältigen Symptome auch präsentieren können, sollten wir zunächst betrachten, was *sehr häufig* vorkommt, damit wir es von den selteneren Symptomen differenzieren können:

Häufige Anfangssymptome

- Optikusneuritis (Retrobulbärneuritis)
- Kribbeln und Taubheit an verschiedenen Stellen des Körpers, meist der Extremitäten
- Rezidivierende Blasenentzündungen oder -reizungen unklarer Genese
- Schwindel
- Schwäche, ausgeprägte Erschöpfung, Müdigkeit
- Kreislaufattacken mit Ohnmachtsanfällen, teilweise mit Erbrechen

Generell häufige Symptome und Begleiterscheinungen

- s. o., außerdem:
- Gleichgewichtsstörungen / Störungen der Koordination
- Positives L'hermitte-Zeichen (Kribbeln / Stromsensationen u. Ä. beim aktiven oder passiven Beugen des Kopfes auf die Brust, meist bei akuten Schüben bzw. Läsionen in der HWS)

- Sehen: Doppelbilder u./o. Trübsichtigkeit
- Nystagmus, Fixieren und Fokussieren eines Objektes erschwert, verlangsamt oder unmöglich
- Ataxien, typischer ataktischer Gang
- Verlangsamte und/oder skandierende Sprache, Sprachstörungen allg.
- Libidoverlust / Potenzstörungen
- Extreme Erschöpfbarkeit und Müdigkeit (Fatigue-Syndrom) bei bis zu 90 % der Patienten
- Blasen- und Darmprobleme, sowohl Überreizung als auch Lähmung/Untätigkeit bis hin zur Urin- und Stuhlinkontinenz
- Spastiken der Extremitäten
- Schlaife u. spastische Lähmungen
- Störungen des Temperaturempfindens u. der Wärmeregulation
- kognitive Beeinträchtigungen
- Depressionen/Suizidgedanken
- Schmerzen (besonders Neuralgien d. N. trigeminus, Brachialgien, Schulter-Arm-Schmerzen, schmerzhafte Verkrampfungen der Extremitäten, schmerzhafte Parästhesien, Kopfschmerzen, Migräne, Rückenschmerzen und muskuläre Verspannungen, Gelenkschmerzen)

Nach der Gabe eines gut gewählten homöopathischen Mittels tritt im Verlauf der nächsten Tage bis Wochen häufig eine Erstreaktion auf, die den Symptomen eines akuten Schubes *ähnelt*. **Hierbei ist es wichtig, die möglichen Pseudoschubsymptome von einer ernstzunehmenden Verschlimmerung klinischer Symptome zu differenzieren (L'hermitte-Zeichen, Nystagmus etc.), welche die Mittelwahl ernsthaft infrage stellen sollte.**

Fallbeispiele (Deskription)

Bei den folgenden beiden Fallbeispielen geht es mir weniger darum, den detaillierten Weg der Mittelfindung aufzuzeigen, als vielmehr um die typischen Reaktionen auf das gegebene Mittel und die therapeutische Einschätzung.

Fallbeispiel 1

Patientin A, zum Zeitpunkt der Fallaufnahme 39 Jahre alt, Politologin/Journalistin, in fester Beziehung lebend, keine Kinder, seit 14 Jahren MS, sekundär chronisch-progredienter Verlauf mit ständig langsam fortschreitender Verschlechterung des neurologischen Zustandes, EDSS⁶: 6,5.

Ausgangssituation

Freie Gehstrecke ohne Festhalten auf beiden Seiten ist für keinen einzigen Meter möglich, der rechte Arm ist seit der Diagnosestellung unbrauchbar. Schwerste Ataxie in Armen und Beinen. Die Sprache ist ebenfalls seit dem Anfangsstadium der MS stark betroffen, was für sie als Journalistin, die ihre eigenen Radiosendungen nicht nur geschrieben, sondern früher auch selbst gesprochen hat, eine besondere Dramatik darstellt. Sie ist inzwischen überwiegend auf den Rollstuhl angewiesen, mit Unterstützung aber noch fähig, eine bestimmte Strecke laufend zu bewältigen, sogar 1 bis 2 Treppen, wenn auch mühevoll. Starkes Fatigue-Syndrom. Häufig sind Depressionen und manchmal Suizidgedanken, bei denen der Gedanke an den Freitod als befreiend und auch als möglicher Ausweg betrachtet wird, kein würdeloses Leben führen zu müssen, das man nicht mehr aus eigener Kraft beenden kann. Von Beginn der Erkrankung an waren die wichtigsten Symptome stark ausgeprägt und wiesen auf umfangreiche Läsionen im Hirnstamm und anderen Bereichen hin.

Fallaufnahme / Hauptbeschwerden

Zur Zeit der Fallaufnahme bestanden die Hauptbeschwerden in schwer ausgeprägtem *Nystagmus*, *Blasendysfunktion* mit imperativem Harndrang, teilweise alle 10 bis 15 Minuten, was zuweilen zum unwillkürlichen Urinverlust führte, sowie schwerster *Inkoordination* der Gliedmaßen als auch *Schwankschwindel*. Die Patientin hatte über viele Jahre verschiedene therapeutische Ansätze versucht, änderte ihre Ernährung, verzichtete über einige Jahre auf Cortison, nachdem dieses nach einer unverträglichen Dosis zu erheblichen Verschlechterungen führte, bekam später verschiedene Basistherapien, häufig wieder Cortisontherapien, einige Zeit sogar das in Deutschland nicht zugelassene Medikament DSG (Deoxyspergualin)⁷ aus Japan, nach welchem sich ihr Zustand katastrophal verschlimmerte und sie überhaupt nicht mehr verständlich sprechen konnte. Im Anschluss an diese bittere Enttäuschung widmete sie sich einigen Entspannungstherapien und versuchte, alle Illusionen über eine Besserung ihres Krankheitszustandes aufzugeben.

12 Jahre später, zurzeit der Fallaufnahme, stand die Patientin unter anhaltender Medikation, die den Nystagmus beeinflussen soll, und erhielt seit 9 Monaten Mitoxantron als regelmäßige Infusionen, was ihren Zustand nicht positiv beeinflusste. Seither Amenorrhoe.

Ihre ersten MS-Symptome zeigten sich, kurz nachdem sie eine Diplomarbeit in unfertigem Zustand abgegeben hatte, was sie „*tief beschämte und erschütterte*“. Sie versprach damals ihren Professoren, die restliche Arbeit nachzureichen, was sie aber nie getan hat und sich das bis heute nicht selbst verzeihen kann. Sie bestand ihre Diplomprüfung dennoch und „gestand“ mir unter großer Scham, sie habe sich eigentlich ihr Diplom „*erschlichen*“, ein Gefühl, das noch zur Erstanamnese - 14 Jahre später - ihr „*wunder Punkt*“ ist.

Im Urlaub, in dem sie sich von den Anstrengungen der Diplomarbeit erholen wollte, traten die ersten Lähmungserscheinungen der Extremitäten und Koordinationsstörungen auf. Die Diagnose wurde erst 2 Jahre später gestellt, nachdem die aufgesuchten Ärzte ihre Beschwerden zunächst für psychosomatisch hielten. Die weitere anamnestische Befragung der homöopathischen Fallaufnahme ergab außerdem einen anhaltenden Konflikt mit ihrem Vater, der hier nicht näher erläutert werden soll. In einer Supervision wenige Tage nach der Erstanamnese wurden diese Punkte nochmals mit der Patientin exploriert. Die „Grundidee ihres Falles“ ergab Hinweise auf *Aurum muriaticum*, welches ich ihr nach gründlichem Studium der *Materia medica* in C 200 verordnete.

Reaktion

In den nächsten 3 bis 4 Wochen entwickelte sie einen alten Hautausschlag im Gesicht wieder, der früher mit Salben behandelt wurde, und der jetzt von allein wieder verschwand. Weiterhin erschien eine kleine, unauffällige Warze am Augenlid, welche einige Jahre zuvor entfernt worden war. In der Folge wurde der Nystagmus erträglicher, sie konnte sich erstmals wieder im Spiegel betrachten. Die Blasendysfunktion wurde teilweise etwas besser, schwankte aber noch sehr. Die Inkoordination und teilweise Gefühllosigkeit der Gliedmaßen blieben unverändert.

Abbruch der Chemotherapie

Wenige Wochen nach Beginn der homöopathischen Behandlung hatte die Patientin auf eigenen Wunsch die Chemotherapie abgebrochen, und stieß dabei wider eigenes Erwarten auf großes Verständnis ihrer behandelnden Neurologen. Im weiteren Verlauf brachte sie eine starke Disziplin auf, z. B. über Wochen zeitig ins Bett zu gehen und früh aufzustehen, was für sie „*eine kleine Revolution*“ war und ihr emotional und körperlich sehr gut bekam. Die Menses stellten sich wieder ein. Bei den telefonischen Rückmeldungen fiel mir auf, dass ihre Sprache deutlich flüssiger, weniger „*abgehackt*“ wurde, was ihre Kollegen - Sprach-Profis beim Sender - und Freunde auch festgestellt hatten, die Patientin selbst aber nicht wahrnahm.

Krisengefühl

Einige Wochen später kehrte die frühere Schwäche zurück, die Blasenprobleme nahmen wieder zu, Resignation kam schnell auf. Ihr Gefühl war, dass sich die Schwäche in den Beinen weiter verstärkte. Eine Wiederholung des Mittels in ansteigenden Potenzen, bewirkte keine weitere Verbesserung. Über einige Zeit nahm sie das Mittel auf meine Anweisung sogar in XM täglich bis alle 3 Tage⁸. Keine weitere Besserung mehr, im Gegenteil: Die allgemeine Schwäche und Müdigkeit verstärkten sich sogar. Die Patientin wurde unzufrieden, zweifelte an der Therapie und an der Richtigkeit des Mittels und erwog mehrmals eine Kortisontherapie. Es wurde auf *Aurum metallicum* in C 200 gewechselt. Die Blasenfunktion und der Nystagmus blieben weiterhin etwas besser, die Schwäche blieb unbeeinflusst,

die Sprache wurde wieder schlechter, Resignation und Depressionen nahmen zu, neue, mittelanzeigende Symptome traten nicht auf.

Analyse der Mittelreaktion

Die besten und anhaltendsten Reaktionen traten nach dem ersten Mittel in C 200 auf. Deshalb entschloss ich mich, zu *Aurum muriaticum* und der ersten verabreichten Potenz zurückzukehren. Die Reaktion war über ca. 2 bis 3 Wochen wieder ähnlich gut. Die emotionale Stimmung verbesserte sich, Suizidgedanken traten nicht mehr auf, der Schwankschwindel besserte sich, die Patientin konnte seit langer Zeit erstmals nachts durchschlafen, ohne mehrmals die Blase entleeren zu müssen. Morgens konnte sie sogar mit voller Blase noch ein bis zwei Stunden im Bett liegen bleiben, was vorher undenkbar war. Ihre Teilzeitarbeit als Journalistin gestaltete sich wesentlich einfacher, da sie nicht laufend und unter großem Zeitaufwand zur Toilette musste. „*Ich bin jetzt schon eine Weile richtig gut drauf, auch emotional.*“ Wieder wurde die Sprache deutlich flüssiger. Sie hatte dennoch subjektiv das Gefühl, dass trotz der deutlichen Verbesserungen ihrer Hauptbeschwerden und der Lebensqualität die Krankheit weiter fortschritt und ihre ohnehin sehr verminderte Lauffähigkeit weiter abnahm. Ich selbst konnte durch verschiedene neurologische Tests und meinen persönlichen Eindruck ihrer diesbezüglichen Fähigkeiten keine Verschlechterung ihres Zustandes feststellen. Ihre behandelnde Neurologin, eine ausgesprochene MS-Spezialistin in Berlin, konnte ebenfalls keine solche Verschlechterung konstatieren. Die eine Treppe zu meiner Praxis bewältigte die Patientin mit meiner Hilfe ähnlich mühsam wie zum Ersttermin ein Jahr zuvor.

Weiterer Verlauf

Über Wochen und Monate blieb der Zustand weiterhin stabil. Ließ die Mittelwirkung nach, wurde das Mittel in C 200 (Wasserauflösung) wiederholt. Am Tag der Wiederholung und am folgenden Tag nahmen die Taubheitsgefühle und Schmerzen in den Beinen gewöhnlich zu, was für die Patientin mitunter Anlass für ausgeprägte Gefühle der Resignation, „*Desillusionierung*“ und „*Einstellung auf ein weiteres Leben in Leid*“ waren. Verschwand die Erstreaktion nach 2 Tagen, fühlte sie sich wieder deutlich besser, beschrieb den Gesamtzustand aber weiterhin als sehr einschränkend, was bei dem hohen Grad der Behinderung auch realistisch ist. Aktuell blieben über ein Jahr sowohl der Nystagmus, der Schwindel als auch die Blasenfunktion deutlich gebessert, also die Symptome, die sie zu Behandlungsbeginn am stärksten belastet haben.

Fallbeispiel 2

Patientin B, zum Zeitpunkt der Fallaufnahme 38 J., promovierte Sozialwissenschaftlerin, verheiratet, 1 Kind. Seit 18 Jahren schubförmig-remittierender MS-Verlauf mit seltenen Schüben, guter Remission und relativ wenig Beeinträchtigungen. Auf den ersten Blick sieht man der Patientin ihre langjährige Erkrankung nicht an. Im MRT zeigen sich multiple Herde an den typischen Hirnarealen.

Ausgangssituation

Starke Immuntherapien über viele Jahre, zunächst mehr als 10 Jahre Imurek®, danach einige Jahre Beta-Interferone, während der Schwangerschaft Immunglobuline, danach weiter Interferone. In akuten Phasen jeweils Kortikosteroide als Langzeit- oder Stoßtherapie.

Nach der Geburt des Kindes und Ende der Stillzeit vor ca. 2 Jahren verschlechterte sich ihr Zustand erheblich. Möglicherweise ging der bisher schubförmig-remittierende Verlauf nach 18 Jahren der Erkrankung in die chronische Progredienz über. Es folgten trotz Interferonbehandlung mehrere Schübe hintereinander, die nur unzureichend auf die immunsuppressierende Medikation reagierten bzw. sich nach den hochdosierten Cortisongaben noch verschlechterten. Kaum war ein akuter Schub abgeklungen, folgte die nächste Verschlimmerung. Ihr wurde empfohlen, auf Glatirameracetat (Copaxone®) zu wechseln, was nahezu zeitgleich zum Beginn der homöopathischen Therapie erfolgte.

Fallaufnahme / Hauptbeschwerden

In der Erstanamnese berichtete sie von starken Kribbelsensationen in den unteren Extremitäten und manchmal im Unterbauch, außerdem sei sie schnell erschöpft und müde. Nach ca. 1,5 Stunden Laufen spüre sie eine starke Schwäche und würde hinken. Die Kribbelgefühle waren bei Anstrengung/Stress stärker, ein deutlicher Seitenbezug, auf- oder absteigende Tendenzen oder andere Modalitäten waren nicht erkennbar. Weitere aktuelle Symptome auf der körperlichen Ebene waren nicht zu eruieren.

Die nähere Befragung ergab einen schweren inneren Konflikt kurz vor dem Auftauchen der ersten MS-Symptome in Form einer Retrobulbärneuritis. Sie hatte in ihrer Abiturprüfung vor gut 18 Jahren in einer der Prüfungen einen „Blackout“ und ihr fehlte ein einziger Punkt für das Abitur. Ein halbes Jahr später hatte sie zwar das Abi problemlos bestanden, in ihrer Erinnerung und der *Qualität* ihres Gefühls spielt das aber keine Rolle. Bis heute (nach 18 Jahren!) hat sie das Empfinden eines „Makels“, den sie seit dieser Zeit erfolglos auszulöschen versucht. Sie promovierte später „deswegen“, aber das Gefühl dieses Makels blieb dennoch.

Gleich nach der verpatzten Abi-Prüfung kam sie nach Hause, riss wütend alle Bücher aus dem Regal, trampelte darauf herum, beschimpfte sich als „dämlich“, als „Stockfisch“ und legte sich schließlich zur Selbstbestrafung mit schwarzer Kleidung stundenlang in die pralle Sonne! „*Ich wollte leiden, weil ich einen unverzeihlichen Fehler gemacht hatte.*“

Weitere verkürzte Hinweise aus der Anamnese: Versteckt alle Hinweise auf ihre MS, Spritzen, Kanülen, Medikamente etc., nur sehr wenige Vertraute wissen von ihrer Krankheit. Wenn sie heftigen Zorn empfindet und diesen unterdrückt, fängt sie an zu zittern. Seit der Kindheit findet ein anhaltender verbaler Kampf mit dem Vater statt. Mir gegenüber ist sie sehr offen und aufgeschlossen, spricht leidenschaftlich und dezidiert, mit einem feinen Sinn für Humor und Selbstironie, wir haben gemeinsam viel gelacht. Sie mag schwere, klassische Musik: „*Wenn's was zu leiden gibt, bin ich immer dabei!*“

Wind liebt sie so sehr, dass sie sich am liebsten im Durchzug - allerdings nicht eiskalt - aufhält! Beim Denken an ihre Beschwerden wird sie zornig.

Mittelgabe und Reaktion

Auch diese Patientin erhielt *Aurum muriaticum C 200*.

Nach zwei Wochen berichtete sie am Telefon, es ginge ihr so gut wie lange nicht, das Kribbeln sei fast verschwunden und sie hätte wieder viel Energie. Sie fragt, ob das am Copaxone® liegen könne, mit dem sie ein paar Tage vor der Einnahme des homöopathischen Mittels begonnen hatte. Eine Wirkung auf dieses Medikament wird von Neurologen allerdings erst nach ca. 6 Monaten erwartet.

Cortisonintervention

Wenige Tage später sprach sie mir auf den Anrufbeantworter, das Kribbeln und die Gefühllosigkeit hätten wieder zugenommen und es ginge ihr nicht mehr so gut, es seien alles bekannte Symptome. Ich konnte sie erst am nächsten Tag anrufen - da war sie bereits bei ihrer behandelnden Neurologin und hatte schon die erste Cortisoninfusion von 1000 mg/d erhalten, welche über insgesamt 5 Tage weitergeführt wurde. Dies war schon die 3. Cortisonstoßtherapie in diesem Jahr trotz Interferon- und Glatirameracetat-Behandlung.

Zustand nach Cortison

Die Sensibilitätsstörungen und das Kribbeln verschlimmerten sich so stark, dass der gesamte Bereich unterhalb des Zwerchfells, also Unterbauch, Po und Beine, anhaltend betroffen war. Die Gehstrecke verkürzte sich, die Lauffähigkeit lag deutlich unter einer Stunde. Es gab keine Phasen, in denen es nicht kribbelte, Gleichgewicht im Dunkeln <, beim Schließen der Augen <, Schwindel, allgemeine Schwäche. Eine Beurteilung der Mittelreaktion war durch die Cortisongaben nicht möglich.

Therapeutische Reflexion

Bei einer derartigen Reaktion kann man als Therapeut schnell in Zweifel geraten, ob das gegebene Mittel überhaupt richtig war. Wichtig ist jetzt, genau darauf zu achten, wie und auf welcher Ebene die Reaktionen sich darstellen. Gibt es neue Symptome? Lassen die Symptome auf eine zentrale, tiefe Störung bzw. Verstärkung der *klinischen* Symptome schließen? Wie lange und wie intensiv halten sie an? Handelt es sich dabei eher um ein Aufflackern alter, bekannter Symptome als Ausdruck der Mittelreaktion? Letzteres war in diesem Beispiel die wahrscheinlichste Möglichkeit.

Solche Situationen treten in der Praxis sehr häufig auf! Hier muss dem Patienten vermittelt werden, dass diese *vermeintlichen* Schubsymptome i. d. R. gute Reaktionen auf das homöopathische Mittel sind, welche nicht allopathisch unterdrückt werden sollten. Zum besseren Verständnis solcher Patientenreaktionen sollten wir uns bewusst sein, dass MS-Patienten meist ab Diagnosestellung dringend angehalten werden, jede

Verschlimmerung ihres Zustandes, jedes Symptom, das über mehr als 24 Stunden anhält, ernsthaft wahrzunehmen und möglichst schnell dem Neurologen vorzustellen. Infekte sollen aus neurologischer Sicht schnell medikamentös behandelt, Fieber sofort unterdrückt werden, um das Immunsystem nicht zu aktivieren. Zur Behandlung von Blase, Augen, Magen, Darm, Spastik, Fatigue, Depressionen etc. werden i. d. R. zusätzlich zur Basismedikation verschiedene Medikamente verordnet.

Es ist insofern nachvollziehbar, dass MS-Patienten nach jahrelangen Erfahrungen mit dieser besonderen Problematik schnell panisch werden, wenn Mittelreaktionen auftreten, die sie nicht klar einordnen können. Hier ist eine gute Führung des Patienten durch den behandelnden Homöopathen außerordentlich wichtig.

Es folgte ein längeres Gespräch darüber, dem Organismus Reaktionen zu gestatten, ohne in Panik vor einem neuen Schub zu verfallen.

Erneute Mittelgabe und Reaktion

Das Mittel wurde wiederholt, diesmal in C 200 und 1 M innerhalb von 12 Stunden.

Innerhalb weniger Tage „*sehr, sehr viel besser!*“ Das Kribbeln verschwindet fast vollständig, nur noch leichte Taubheit an den Fußsohlen. Das Gefühl in den Zehen „*ist wieder 100 Prozent da*“, das Gefühl von „*Eisfüßen*“ ist komplett verschwunden.

Die Kraft beim Laufen ist besser, ohne Probleme sind mehr als 1,5 Stunden möglich. Keine Schwäche mehr, die nächsten Wochen sind anhaltend stabil => Abwarten!

6 Wochen später sind Taubheit und Kribbeln komplett verschwunden. An den Fußsohlen gibt es noch eine sehr leichte Beeinträchtigung, aber: „*Wenn ich keine MS hätte, würde ich das gar nicht wahrnehmen.*“

Zwischenzeitlich gab es eine kurze, heftige Erkältung über 2 Tage, die ohne weitere Maßnahmen vollständig abklingt. Keine Verschlechterung des neurologischen Zustandes durch den Infekt wie früher oft. Die Kraft in Armen und Beinen ist sehr gut. „*Fühle mich super!*“ Allgemein viel Energie, Müdigkeit ist kein Thema mehr, sie kann ohne Probleme 2 bis 3 Stunden unterwegs sein, Laufen, Einkaufen, mit ihrem Kind spazierengehen.

Der gute Zustand hielt sich weiterhin stabil über vier Monate, beim Wiederauftreten des Kribbelns in leichter Form wurde das Mittel mit gleich gutem Effekt wiederholt. I. d. R. trat die deutliche Besserung bereits am Tag nach der Mittelwiederholung auf.

Aufgrund dieses guten Allgemeinzustandes erwägt die Patientin eine zweite Schwangerschaft. Ihr ist bekannt, dass unter immunmodulatorischer Therapie eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden sollte. Die mit einer Schwangerschaft verbundenen Risiken sind zurzeit Hauptgegenstand des therapeutischen Gesprächs.

Die Behandlung läuft in beiden Fällen noch weiter, regelmäßige Untersuchungen bei den behandelnden Neurologen sowie ca. alle 2 Jahre MRT-Kontrollen finden parallel statt.

Homöopathische Mittelfindung und Mittelreaktion

In beiden Fällen führten die beschriebenen Symptome über die *Repertorisation* nicht direkt zur Mittelfindung: Liegt bei der ersten Patientin eine Fülle von „klassischen“ MS-Symptomen unterschiedlicher Dauer und Ausprägung vor, verläuft der zweite Fall eher symptomarm und unspezifisch.

Beiden Fällen gemeinsam ist, dass es sich um *inkohärente Symptome*, d. h. unvollständige bzw. nicht konkreter beschreibbare Symptome handelt und diese daher nicht allein zur Mittelfindung herangezogen werden können.

Hilfswise muss hier erst als Erstes „die Idee“ zum Fall entwickelt werden. So waren bei beiden Patientinnen nach der Anamnese *Phosphorus* und *Natrium muriaticum* in der engeren Wahl, den Ausschlag jedoch gab die Bewertung einer Gemeinsamkeit, die im Rahmen der Geistes- und Gemütssymptome, genauer der Persönlichkeitsstruktur, zu finden ist: Die emotionale und kognitive

Reaktion auf ein Ereignis, das zeitnah vor Beginn der Erkrankung stattfand und bis heute nachwirkt, ein Versagensgefühl, den eigenen hohen Ansprüchen nicht genügt zu haben und sich dies nicht verzeihen zu können. Im Repertorium findet sich diese Grundidee unter der Rubrik *Gemüt - Wahnideen - vernachlässigt - Pflichten vernachlässigt, er habe seine* (23 Mittel in Radar 8).

. **Pflichten vernachlässigt; er habe seine:** 💡 (23) arizon-l. n12 *Ars.* a1
AUR. k aur-m-n. wbt2 aur-s. wbt2 crot-c. sk4 cur. ptk cycl. k,mrr1
dream-p. sdj1 falco-pe. n12 hell. k2,mrr1 hyos. k ign. k kola stb3 lac-e. hrn2
Lyc. k myos-a. rly4 naja a1 nat-ar. k ptel. a1 puls. k symph. fd3 ulm-c. jsj8

In dieser Rubrik ist *Aurum (metallicum)* das Hauptmittel, zwei weitere Aurum-Verbindungen sind ebenfalls enthalten. Das differenzierte Studium der *Materia medica* erhärtete diese Annahme: Es gab mehrere Hinweise für die „Aurum-Idee“. Ausschlaggebend für *Aurum muriaticum* waren unter Berücksichtigung der o. g. Gemütsrubrik im ersten Fall v. a. der tiefe, destruierende ZNS- Prozess, der aus mehreren gut dokumentierten Literaturfällen der *Materia medica* bekannt ist, der Zorn beim Denken an die Beschwerden, die gestörte Akkommodation beim Sehen, das häufige Urinieren tags und nachts, die ausgeprägte Schwäche durch leichteste Anstrengung, das chronische Müdigkeitssyndrom, die Angst um die eigene Gesundheit bei jedem kleinen, sich kurzzeitig verstärkenden Symptom.

Im zweiten Fall waren es der „Abi-Makel“ über so viele Jahre, ein offenes, leidenschaftliches Wesen, das an Phosphorus erinnert, die Vehemenz und Zorn mit Zittern bei stillem Kummer und das ausgeprägte Windverlangen - ein Nachtrag von Vithoulkas in der Rubrik: Allgemeines - Wind - Verlangen, sich im Wind aufzuhalten.

. **Verlangen, sich im Wind aufzuhalten:** (5) androc. srj1 aq-mar. mgm
aur-m. vh3* hydrog. srj2 *Tub.* gk,st

Reaktionen und Interpretation

Trotz jahrelanger massiver Immuntherapie reagierten beide Patientinnen deutlich positiv auf das gegebene Mittel. Im zweiten Fall ist die Reaktion deutlicher und therapeutisch leichter nachvollziehbar. Die Patientin fühlt sich gut, ist belastbar, hat nahezu keine Beschwerden mehr und macht neue Zukunftspläne.

Der erste Fall mag beim Lesen ein gewisses Unbehagen hinterlassen, das wir genauer betrachten sollten. Man muss sich als Therapeut die Frage stellen, ob der Gesamtprozess in diesem Stadium und nach dem massiven, anhaltenden immunsuppressiven Marathon überhaupt noch tiefgreifend beeinflusst werden kann. Die Besserung mehrerer klinischer Symptome, die die Patientin vorher am stärksten belastet haben, ist ein gutes Zeichen dafür, dass das Mittel zentral gegriffen hat, auch wenn die Patientin mit der Gesamtentwicklung nach einem Jahr homöopathischer Behandlung noch nicht zufrieden ist.

Das zu Beginn der Behandlung formulierte Therapieziel - eine gewisse Stabilisierung bzw. Linderung ihrer hauptsächlichsten Beschwerden, die den Nystagmus, die Blasenschwäche und die gestörte Koordination betrafen - war schon nach einigen Wochen bzw. Monaten zu großen Teilen erreicht. Darüberhinaus nahm die allgemeine Energie über viele Wochen zu, während die Störung der Koordination und die sehr begrenzte Lauffähigkeit (mit Hilfe) relativ unverändert und ihr Zustand insgesamt schwer durch die Krankheit gezeichnet blieb.

„Erwartungsshift“

Zur Erklärung bietet sich ein Phänomen an, das sich als „*Erwartungsshift*“ beschreiben lässt. Ich habe das in der Praxis mit MS-Patienten öfter erlebt: Zu Beginn der Behandlung werden klare und realistische Therapieziele umrissen, die meist in einer Linderung der vordergründigen, am schwersten beeinträchtigenden Symptome und einer Erhaltung bzw. Besserung des Allgemeinbefindens bestehen - in Abhängigkeit vom bisherigen Verlauf, der vermuteten Reaktionsfähigkeit und dem Zustand bei der Fallaufnahme.

Reagiert der Patient auf mehreren Ebenen positiv auf das Mittel, verändert/erhöht sich oft unbewusst die anfängliche Erwartungshaltung.

Schlussfolgerungen für die homöopathische Praxis

Das obige Beispiel zeigt, dass selbst bei Patienten mit einer weit fortgeschrittene Pathologie und nach anhaltender Immunsuppression, auch bei „Austherapierten“, eine gute Reaktion auf homöopathische Mittel möglich ist.

Die homöopathische Therapie kann sowohl bei ausschließlicher als auch zur Parallelbehandlung mit allopathischer Basismedikation (Immunmodulatoren wie Betainterferon bzw. Glatirameracetat) erfolgreich und sinnvoll sein.

Klare und deutliche Reaktionen treten am häufigsten auf, wenn *keine* gleichzeitige Basistherapie stattfindet. Bei einigen Patienten stört die Immunmodulation während der homöopathischen Behandlung, bei anderen gibt es trotz dieser Paralleltherapie gute Mittelreaktionen.

Bei den chronisch-progressiven schweren Verläufen stellt allerdings die *chemotherapeutische* bzw. sehr stark immunsupprimierende Intervention (Mitoxantron / Cyclophosphamid) ein erhebliches Problem dar: Häufig ist der Organismus durch die Chemotherapie stark geschwächt und sämtliche Reaktionsmöglichkeiten sind so eingeschränkt, dass Mittelreaktionen nur selten oder in zu geringem Maße auftreten, um eine eindeutige Analyse zu ermöglichen.

Mittelwechsel

Meist gibt es nach einem nicht optimal passenden Mittel im weiteren Verlauf neue oder stärker in den Vordergrund tretende Symptome, die Hinweise auf ein besser passendes Mittel sind. Zeigen sich solche Hinweise nicht - oder wir verstehen sie zu diesem Zeitpunkt nicht - ist es nach meiner bisherigen Erfahrung nicht sinnvoll, fieberhaft nach einem anderen Mittel zu suchen, sondern zunächst bei dem gewählten Mittel zu bleiben, das eine gute, wenn auch nur palliative, Besserung bewirkt hat. Eine gesunde therapeutisch-analytische Distanz ermöglicht es in solchen Fällen bei aller Empathie erst, die *Gesamtentwicklung* unter Berücksichtigung des vorherigen Verlaufs einzuschätzen und das Mittel nicht zu schnell zu wechseln, weil der Patient inzwischen aufgrund *seiner veränderten Erwartungshaltung* unzufrieden ist.

Im Fallverlauf sollte nach Mittelgabe die Analyse unter Berücksichtigung der bisherigen Krankheitsentwicklung erfolgen. Besonderes Augenmerk gilt der Rückentwicklung klinisch relevanter Symptome (L'hermitte-Zeichen, Nystagmus u. a.). Kleinere Schübe oder leichte Aggravation seit langem bestehender körperlicher Sensationen (Missempfindungen, Funktionseinschränkungen, Müdigkeit etc.) sollten nicht von vornherein zu verfrühten Zweifeln an der korrekten Verschreibung führen. Der Krankheitslevel sollte sich insgesamt verringern bzw. der Fortschritt der Krankheitsentwicklung verlangsamen, was einen längeren Beobachtungszeitraum voraussetzt.

In akuten Verschlechterungsintervallen, wie z. B. Infekte, körperliche und/oder seelische Belastungssituationen, akute Sehnerventzündung, Wiederauftreten bekannter Symptome, kann auch der Einsatz eines gut passenden Similes häufig zu deutlichen Verbesserungen führen. Mitunter passt ein einziges Mittel nicht immer für verschiedene Situationen und es braucht einige andere homöopathische Arzneien. Bei manchen Patienten wiederum hilft die Wiederholung eines einzigen Mittels auch in Akutsituationen mit evtl. dem jeweiligen Zustand des Patienten angepassten Potenzen und häufigeren Wiederholungen. Dies ist in Abhängigkeit des Verlaufes zu sehen: Durchgängig kohärente Fälle, die über lange Zeit Zustände entwickeln, die immer auf das gleiche Mittel positiv ansprechen⁹, haben meist eine günstigere Prognose. Inkohärente bzw. komplexe Fälle, bei denen Zustände häufig wechseln, die immer wieder andere Mittel erfordern, sind schwerer klar zu analysieren – besonders, wenn die Symptome unspezifisch sind – schwieriger zu behandeln und zu führen. Als generell positives Zeichen ist es immer zu betrachten, wenn sich die Symptome im Verlauf der homöopathischen Behandlung von unspezifischem zu individuellerem Charakter entwickeln.

Norma Gäbler, Heilpraktikerin seit 1996 • Alsenstr. 12 • 12163 Berlin

Praxis für Klassische Homöopathie und Klassische Akupunktur seit 1998

Neue Praxisadresse seit 2006: Kantstr. 61, 10627 Berlin, Tel.: 030 – 82 70 12 73, E-Mail: n.gaebler@web.de

Fußnoten:

¹ Casanova B. et al.: Evidence of Wallerian degeneration in normal appearing white matter in the early stages of relapsing-remitting multiple sclerosis A (1)HMRS study. Journal of Neurology. Vol. 250(1); 22-8

² Lassmann et al. untersuchten riesige Mengen von MS-Biopsiesammlungen und definierten 5 histologisch-immunologisch verschiedene Läsionstypen, die mit dem Verlauf der MS und dem Ansprechen auf verschiedene Medikamente korrespondierten, zit. nach Neuhofer, Christine (2003) Multiple Sklerose. Homöopathische Behandlung - medizinische Konzepte, in: Documenta Homöopathica, Bd. 23, 2003, S. 43-66. Es gibt sehr überlegenswerte Vorschläge, die bisherige schematische Einteilung der Verlaufsformen durch die Einteilung nach den fünf Läsionstypen zu ersetzen.

³ Dalton CM et al.: New T2 lesions enable an earlier diagnosis of multiple sclerosis in clinically isolated syndromes.. Annals of Neurology 05/2003. Vol. 53(5); 673-6

⁴ Cyclophosphamid ist ein immunsuppressives Medikament, das den Zellstoffwechsel und die Zellvermehrung sehr stark hemmt. Es bildet in besonders schweren und rasch progredient verlaufenden Erkrankungsfällen die letzte Stufe der immunmodulatorischen Stufentherapie, wenn alle anderen medikamentösen Therapieformen ausgeschöpft sind.

⁵ vgl. Zettl, Uwe Klaus (2003) "Langzeitwirksamkeit und Neutralisierende Antikörper", und Gold, Ralf (2003) "Langzeitwirksamkeit und Progression", in: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie vom 3. bis 7. September 2003 in Hamburg. Meet the Experts: Vorträge

⁶ EDSS: Expanded Disability Status Score, "erweiterte Skala zur Erfassung der Behinderung" ist die bekannteste Skala, um die durch die Multiple Sklerose entstandene Behinderung zu erfassen. Sie umfasst 10 Stufen und beschreibt über weite Abschnitte vorwiegend die durch die Erkrankung verursachte Behinderung der Mobilität.

⁷ Deoxyspergualin: "Das für die Zulassung und Bewertung von Arzneimitteln zuständige Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat diesen Wirkstoff bei der Behandlung von MS als "bedenklich" i. S. von § 5 des Arzneimittelgesetzes eingestuft. DSG steht demnach im Verdacht, dass bei der Behandlung von Multipler Sklerose schädliche Wirkungen auftreten, beispielsweise schwere Knochenmarksschädigungen mit entsprechenden Blutbildveränderungen und erhöhte Infektionsrisiken...Arzneimittel mit dem Wirkstoff DSG sind in Deutschland nicht zugelassen. Der Wirkstoff ist jedoch in Japan unter dem Handelsnamen "Spanidin" als Immunsuppressivum bei Organtransplantationen, nicht aber zur MS-Behandlung zugelassen. ...Anlass für die Regierung von Oberbayern, die Öffentlichkeit zu warnen, ist das Auftreten des Münchner Arztes Dr. Niels Franke in der Talkshow "Fliege", in der die Behandlung mit dem bedenklichen Wirkstoff DSG bei MS-Patienten propagiert wurde..." Quelle: Schreiben der Regierung von Oberbayern an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft vom 11.07.2000.

⁸ In anderen Fällen von MS-Dynamiken bewirkte bei Verschlechterungen oder akuten Schüben öfter eine häufige Gabe des Mittels in Hochpotenzen eine schnelle Stabilisierung.

⁹ In meiner Praxis in den letzten Jahren betrug der Anteil kohärenter MS-Fälle ca. 20 bis 30 %.