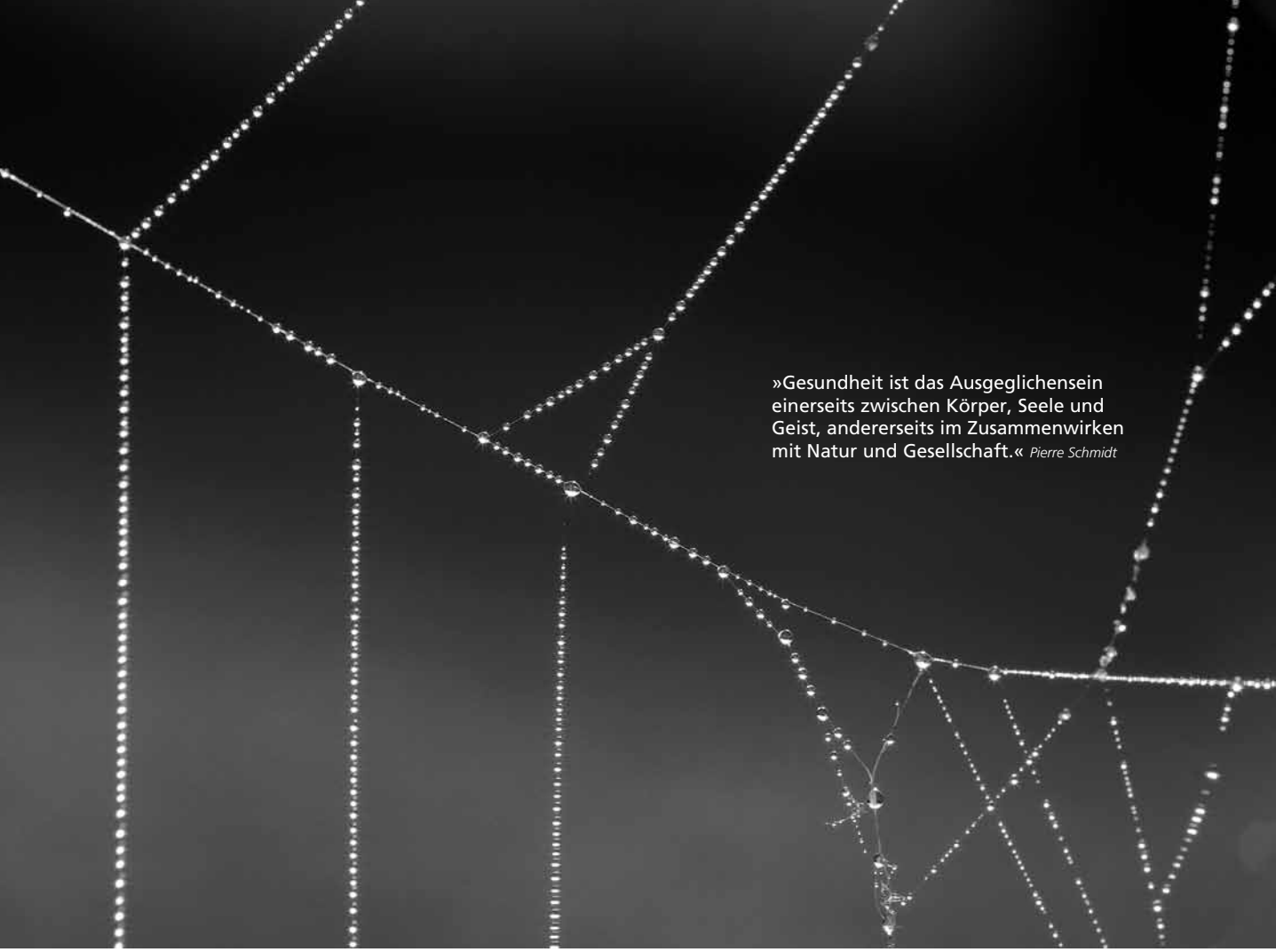


Thomas Quak, Katrin Quak, Larissa Rudofsky

Hashimoto-Thyreoiditis und Trauma

Anhand eines eindrücklichen Falles werden in didaktischer Weise die Klinik und die Pathophysiologie der Thyreoiditiden, die homöopathische Fallanalyse, miasmatische Überlegungen (30), die Lokalisation von Symptomen im Repertorium (39), die Wertigkeit der Hierarchisation, der Fallverlauf, einige Aspekte der emotionalen und psychologischen Dimension von Traumareaktionen (32, 33, 34) und das Thema Heilungshindernisse (35, 38) beschrieben. Die Repertorisationen wurden mit dem englischen McRepertory 4.5 durchgeführt.

Anfang 1998 sucht mich eine damals 50-jährige Patientin auf. Ihr primäres Anliegen ist die Therapie ihrer multiplen phobischen Störungen (Flugangst, Höhenangst, Angst vor Wasser, vor Schiffsreisen, vor Unbekanntem, vor dem Tod). Seit einer Konisation 1995 wegen eines PAP 4a besteht auch Krebsangst.

Darüber hinaus klagt sie über eine (für sie grundlose) depressive Verstimmtheit, Reiseübelkeit, Schwindelzustände beim Aufrichten, eine Eiweißallergie, Nykt-

urie, Arthralgien, Schlafstörungen, Scheidentrockenheit und Hitzewallungen.
Nach einer initialen Gabe von Op. XM (multiple phobische Störungen infolge von traumatischen Ereignissen) wird sie die nächsten Jahre homöopathisch überwiegend mit aufsteigenden C- und Q-Potenzen von Sepia und Natrium muriaticum behandelt.
2002 entwickelt sie unter dem Eindruck des Todes ihrer langjährig pflegebedürftigen, fordernden und affektiv belastenden Mutter eine latente Hypothyreose, die zunächst schulmedizinisch mit Thyroxin behandelt wird, das sie mit Beginn der homöopathischen Therapie wieder absetzt.
Die massiv erhöhten Autoantikörpertiter bestätigen den Verdacht einer **Hashimoto-Thyreoiditis.**

Nach einer Einmalgabe von Arsenicum album CM und weiteren Gaben von Nat-m. und Sep. normalisieren sich im Verlauf der nächsten vier Jahre die massiv erhöhten Autoantikörper bei voll erhaltener Schilddrüsenfunktion. Es entwickelt sich keine Struma. Auf telefonische Nachfrage 2010 berichtet die Patientin, dass sie weiterhin keine Hinweise auf eine bestehende Hashimoto-Thyreoiditis habe.

Klinik und Pathophysiologie der Hashimoto-Thyreoiditis

Einteilung der Thyreoiditiden

Schilddrüsenentzündungen (Thyreoiditiden) werden entsprechend ihrer unterschiedlichen Pathogenese eingeteilt in die akute Thyreoiditis, die subakute granulomatöse Thyreoiditis de Quervain, einige Sonderformen und die **chronisch lymphozytäre Thyreoiditis (Hashimoto)**.

Pathologie und Histologie

Die Hashimoto-Thyreoiditis ist eine Autoimmunerkrankung, die durch die Bildung von Schilddrüsenautoantikörpern und Infiltration der Schilddrüse mit Lymphozyten charakterisiert ist (9). Aufgrund der Infiltration mit Lymphozyten und Plasmazellen entwickelt sich im Laufe der Zeit eine Fibrose der Schilddrüse, durch den darauffolgenden TSH-Anstieg kommt es zu einer Entstehung einer Struma (8). Hypothyreose und Struma stellen die zwei wesentlichen Befunde dieser Thyreoiditis dar (10).

Vorkommen

Die Hashimoto-Thyreoiditis ist in Deutschland die häufigste Form der Thyreoiditis und auch die häufigste Ursache einer Hypothyreose (1, 2). Die Inzidenz der klinisch manifesten Hashimoto-Thyreoiditis beträgt 69 / 100.000 Personen (11). Bei der Autopsie von Frauen fand sich in 2 % (!) der Fälle eine Hashimoto-Erkrankung, so dass die tatsächliche Inzidenz höher liegen muss (12). Andere Quellen berichten, dass 10 % der Frauen und 2 % der Männer betroffen sind (13).

Pathogenese

Die Ursache dieser Erkrankung ist nicht vollständig bekannt. Genetische und immunologische Faktoren spielen vermutlich eine Rolle bei der Entstehung (14-16). Die Prävalenz von Schilddrüsenautoantikörpern ist bei erstgradig verwandten Personen hoch (17). Gehäuft tritt die Hashimoto-Thyreoiditis in Verbindung mit den HLA-Markern HLA-DR3, -DR5, -B8 auf (2, 15).

Verlauf und Symptomatik

Die Hashimoto-Thyreoiditis ist durch einen klinisch unauffälligen Verlauf gekennzeichnet. Zu Beginn der Erkrankung ist die Schilddrüsenfunktion normal. Auf das Absinken der Schilddrüsenhormone reagiert die Hypophyse mit einer Erhöhung der TSH-Sekretion, wodurch die Ausschüttung von T3 und T4 ansteigt (8). Durch die ständige TSH-Erhöhung kommt es zu einer Proliferation der Schilddrüsenfollikel, es entsteht eine

Ausbildung Klassische Homöopathie

modular aufgebaut
Abend- und Wochenendkurse

nach den Richtlinien
der Qualitätskonferenz des BKHD

Bremen • Chemnitz • Hannover • Leipzig

www.eos-institut.de
Fon 0421 303 99 77, Fax 303 99 35

Struma (8). Da immer mehr Schilddrüsengewebe fibrotisch umgebaut wird, sinken die Schilddrüsenhormone im Verlauf ab, da die Schilddrüse auf die TSH-Erhöhung nicht mehr adäquat reagieren kann (18).
Bei der Mehrzahl der Patienten wird die Diagnose erst im Spätstadium aufgrund einer Hypothyreose gestellt. Klinisch zeigen sich Symptome wie Antriebsarmut, Verlangsamung, gesteigerte Kälteempfindlichkeit, trockene, kühle, schuppende Haut, trockenes, brüchiges Haar, Obstipation, eine raue, heisere Stimme etc.

Klinische Untersuchungen

Das Sonogramm zeigt im Spätstadium ein meist homogenes echoarmes Schallmuster einer oft kleinen Schilddrüse. Szintigraphisch weist die Schilddrüse eine verminderte Radionuklidaufnahme auf.
Diagnostisch lassen sich in 95 % der Fälle erhöhte Titer des anti-TPO-Antikörpers nachweisen, in 70 % der Fälle sind auch die Thyreoglobulinantikörper (TgAK) erhöht (2). Geringe Antikörpertiter können bei vielen Schilddrüsenerkrankungen gefunden werden. Hohe Titer dagegen weisen stark auf eine Hashimoto-Thyreoiditis hin (19). Die Höhe von T3, T4 und TSH hängt dabei ab vom Ausmaß der Lymphozyteninfiltration und dem Ausmaß der Hyperplasie der Follikel (20). In der histologischen Aufarbeitung der Feinnadelpunktion zeigt sich eine lymphozytäre Thyreoiditis.

Standardtherapie

Eine Substitution der Schilddrüsenhormone ist bei Patienten mit Hypothyreose indiziert. Es wird in der Regel Thyroxin in einer Dosis von 0,15 bis 0,25 mg verabreicht (21–23). Des Weiteren kann mittels Schilddrüsenhormonen auch versucht werden, eine bestehende Struma zu verkleinern. Bei adäquater Therapie verkleinern sich ca. 25 % der Strumen und sind dann nicht mehr palpabel, 50 % verkleinern sich um mehr als 50 %. 10–20 % der Strumen zeigen keine Größenreduktion (19). Eine medikamentöse Heilung der Hashimoto-Thyreoiditis ist nicht möglich.
Die Langzeitgabe von Schilddrüsenhormonen sollte jedoch wegen eines erhöhten Risikos von Osteoporose bei Frauen in der Postmenopause vermieden werden. Daneben ist auch das Risiko für Arrhythmien wie Vorhofflimmern bei älteren Patienten erhöht (24). Kortikosteroide führen möglicherweise zu einer Verkleinerung der Struma, ihr Einsatz ist aber wegen ihrer Nebenwirkungen bei der Hashimoto-Thyreoiditis nicht gerechtfertigt (1).
Selten müssen sich die Patienten einer Operation unterziehen. Die Indikation zur Operation besteht bei Dysphagie oder anderen Symptomen, die durch den Druck der Struma bedingt sind, bei kosmetisch störender Deformierung, bei Hyperthyreose sowie bei nicht eindeutigen Ergebnissen in der Feinnadelbiopsie mit Verdacht auf Malignität (23, 25).

Homöopathische Behandlung einer Hashimoto-Thyreoiditis – 9 Jahre Verlauf

Fall: 50-jährige Frau mit Hashimoto-Thyreoiditis

Familienanamnese

Die 50-jährige Patientin ist verheiratet mit einem erfolgreichen Geschäftsmann. Dieser hat den Termin in der Praxis für sie ausgemacht und übernimmt auch im Verlauf der späteren Konsultationen häufig die Berichterstattung für seine Frau, die selbst kaum den Kontakt zu mir sucht und nur diskontinuierlich Informationen preisgibt.
Sie ist Hausfrau, hat einen 22-jährigen Sohn und eine 18-jährige Tochter. Die angespannte Beziehung zu der an einer Zwangsstörung (Waschzwang und Infektionsangst mit „Keimen“) leidenden Tochter belastet sie sehr.
Ihre vorwurfsvolle und depressiv-diktatorische Mutter ist seit vielen Jahren wegen Arthrose und Osteoporose pflegebedürftig und wird von ihr umfangreich betreut.
Ihr Vater war Frührentner wegen eines kriegsbedingten Lungensteckschusses. Er starb mit 60 Jahren an einem ihr nicht bekannten Krebsleiden (evtl. Hinweis auf syphilitische Tuberkulinie). Sie war gerade mit dem Sohn schwanger, als ihr Vater wegen seiner Krankheit erstmals stationär aufgenommen werden musste. Ein Jahr später starb er dann.
Beide Brüder des Vaters hatten Magengeschwüre (Syphilinie), die operativ mit einer ¾ Resektion des Magens behandelt wurden. Die Schwester des

Vaters hatte auch Magengeschwüre und leidet an Gallensteinen (Sykosis).
Ihre vier Jahre ältere (schlanke) Schwester leidet seit einer Hüftoperation an Diabetes (Tuberkulinie) und einer progredienten diabetischen Nephropathie (sykotische Tuberkulinie). Sie „spritzt sich schon seit 15 Jahren Hormone".
Die Großmutter väterlicherseits war eine sehr herrische Frau. Sie litt „hochgradig an Rheuma und Gicht" (Sykosis). Sie starb mit 85 Jahren. Ihr Vater habe „immer alles gemacht für seine Mutter".

Ängste

Sie hat unheimliche Angst vor dem Fliegen. Sie möchte zwar, traut sich aber nicht, bekommt schon Angst in der Flughalle. (*MIND; FEAR; airplanes*)
Angst vor Wasser. Sie kann nicht gut schwimmen. Sie hat alles probiert. Sie geht nur ins Wasser, wenn sie stehen kann. Auf Schiffen hält sie es nur mit Reisetabletten aus, Busfahren kann sie auch nicht. Da wird ihr einfach schlecht. Bis zum Erbrechen. Das konnte sie schon als Kind nicht. (*STOMACH; NAUSEA; riding in a carriage or on cars, while; agg.*)
Auf dem Olympiaturm kommt sie total in Panik. Wenn sie über Brücken geht, ist es auch komisch. Da läuft sie flott drüber. Oder wenn sie an einer Passstraße entlang fährt ohne Leitplanke, da bekommt sie feuchte Hände. (*MIND; FEAR; high places*)
Auch Angst vor unbekannten Situationen. Aber dann könnte sie auch wieder eine Eisbobbahn runterfahren. Der Sohn hat Höhenangst, kann auf keinen Baum klettern. Da fürchtet sie sich gar nicht, wenn der wo oben ist. Auch keine Angst vor Hunden.
Als Kind unheimliche Angst vor dem Tod. Sie hatte das auch als junge Frau sehr massiv. Sie war 25, als ihr Vater starb, den sie sehr liebte. (*MIND; FEAR; death, of*)
Wenn sie mit einer Situation nicht fertig wird, hat sie immer den Drang wegzulaufen. (*MIND; ESCAPE, attempts to.*)
Mit zunehmendem Alter kann sie mit der Angst besser umgehen. Sie nimmt verschiedene Vitamine und Johanniskraut.

Historisches

Mit 3 Jahren hat sie sich beide Füße extrem verbrüht. Da war sie sehr lange krank. (*GENERALITIES; BURNS und MIND; AILMENTS from; shock*)
Unkomplizierte Masern mit 11 Jahren.
Appendektomie (sykotische Tuberkulinie).
Mit 13 Jahren Fahrradunfall, hatte beide Knie sehr verletzt.
Mit 16 Jahren hatte sie eine Urinvergiftung. Hatte sehr starke Schmerzen im Bauch. Konnte nicht auf die Toilette gehen in der Arbeit, da kamen die Bauchschmerzen (erster Koitus mit Cystitis? Evtl. Hinweis auf sykotische Tuberkulinie).
Mit 19 Jahren Lungenentzündung (evtl. Hinweis auf sykotische Tuberkulinie).
Mit 24 Jahren Sohn geboren. Kam mit Saugglocke zur Welt, weil sie keine Wehen hatte. (*FEMALE; PAIN; labor pains; ceasing* oder *FEMALE; PAIN; labor pains; weak*) Nach der Geburt des Sohnes war sie sehr „geschlaucht" nervlich.
Mit 25 Jahren wurden Warzen an den Fingern entfernt, am Mittelfinger. (*EXTREMITIES; WARTS; Fingers*)
Mit 27 Jahren kam die Tochter, fünf Tage zu früh. Nach der Geburt der Tochter hatte sie aufgrund einer Infektion einen Ausschlag im Gesicht. Da nahm sie lange Jahre Cortison. Ein Homöopath gab ihr dann auch Spritzen, mit denen das wegging (= Verdrängung eines vermutlich sykotischen Ausschlages, *GENERALITIES; ERUPTIONS; agg., suppressed*).
Mit 34 Jahren Toxoplasmose.
Mit 36 Jahren Weisheitszähne entfernt. Danach gab es eine schlimme Entzündung, sodass ihr ganzes Gesicht anschwoll. (*GENERALITIES; INFLAMMATION; wounds, of*)
Mit 39 Jahren fingen die Rückenschmerzen an. Sie konnte da nur noch auf dem Rücken liegen. (*BACK; PAIN; General; lumbar region, lumbago; lying, while; amel.; back, on*)
Mit 47 Jahren Gebärmutterhalsoperation. Obwohl sie sich jährlich hat untersuchen lassen und nie was gefunden wurde. Es war ein PAP 4a. In der Histologie war dann aber nichts. Nach der Konisation ging es ihr schlecht. Sie bekam Hitzewallungen. Das fing schon am 5. Tag nach der Operation an. Auch Schüttelfrost. Es wurde auch

danach eine Abrasio durchgeführt (Aktivierung der Sykosis). Seit der Operation ist die Regel weg. (*FEMALE; MENSES; suppressed*)
Mit kurz über 40 Jahren hatte sie Bläschen auf der Zunge. Das war sehr stark.

Ungelenkte Anamnese

Sie hat eine Eiweißallergie. Wenn sie sehr viel Käse isst, dann ist immer an der Seite von der Zunge eine Erhebung und es ist rot. (*GENERALITIES; FOOD and drinks; cheese; agg.*)
Sie hatte immer wieder mal einen Muskelfaserriss.
Beim Joggen nach 15 Minuten kommt im rechten Oberschenkel so ein Fünfmarkstück großer Schmerz. (*GENERALITIES; PAIN; General; spots, in small*)
Sie bekommt leicht blaue Flecken. (*SKIN; DISCOLORATION; bluish; spots*)
Die Fingernägel sind ihr abgebrochen. Da war aber kein Pilz. Es blätterte so stückweise ab.
Sie hat weiche Fingernägel. (*EXTREMITIES; NAILS; complaints of; brittle*)
Sie sitzt oft da und weint grundlos. (*MIND; WEEPING, tearful mood; tendency; causeless*)
Sie meint, das sind halt die Hormone. Sie ist dann auch oft ungerecht zu ihrem Mann oder ihren Kindern. Sagt dann immer: „Lasst mich in Ruhe". (*MIND; AVERSION; family members, to*)
Sie kann dann auch nicht mehr so fröhlich sein, ist einfach traurig und depressiv.
Ihre Mutter ist pflegebedürftig. Seit drei Jahren kann diese gar nichts mehr machen. Sie ist auch sehr depressiv, ungerecht und aggressiv. War schon immer recht herrisch. Sie war froh, als sie mit 19 geheiratet hat und weg konnte.
Kann nachts sehr schlecht schlafen. Sie muss regelmäßig auf die Toilette in der Nacht.
Sie geht um 23.00 Uhr ins Bett. Das erste Mal wacht sie dann um 2.00 Uhr auf, dann wieder um 4.00 Uhr. (*SLEEP; WAKING; midnight; after; two am.* und *SLEEP; WAKING; midnight; after; four am.*)
Um kurz nach 5.00 steht sie sowieso auf, weil sie da das Frühstück für den Ehemann macht.
Wenn sie Harndrang hat und nicht geht, bekommt sie unerträgliche Schmerzen in der Leistengegend in der rechten Seite. Tagelang.
Früher konnte sie überhaupt nicht schwitzen, nur die Hände. (*EXTREMITIES; PERSPIRATION; Hand; only, on*). Das wurde besser.
Sie hat einen niedrigen Blutdruck. Sie ist immer müde.
Sie hat Kreislaufprobleme. Ihr ist schwindelig. wenn sie sich bückt und schnell hochgeht. Sie sieht dann schwarze Punkte. (*VERTIGO; STOOPING; agg.; on*)
Sie sieht irgendein Flimmern. (*VISION; FLICKERING*)
Wenn sie sehr früh aufstehen muss, wird es ihr wie ein Vorhang vor dem Gesicht. Auch Übelkeitsgefühl dabei. (*STOMACH; NAUSEA; morning; rising, on and after; agg.*)
Sie ist auch wetterfühlig.
Sie hat die Pille genommen bis kurz vor der Konisation (Sykosis wird aktiviert durch Hormoneinnahme).
Die Scheide ist unheimlich trocken. (*FEMALE; DRYNESS; Vagina*) Das macht ihr Schmerzen. Auch weniger Lust auf Koitus. (*FEMALE; COITION; painful*)
Am Abend, wenn sie länger sitzt, kribbelt es ihr in den Beinen. Da kann sie nicht ruhig sitzen. Sie muss dann rumlaufen. Das hat sie schon seit Jahren. (*EXTREMITIES; RESTLESSNESS; Lower Limbs; evening*)
Sie ist sehr leicht verletzt, leicht beleidigt. (*MIND; OFFENDED easily*)
Sie zieht sich dann auch gerne zurück, wenn sie Probleme hat. Wenn sie joggen geht, dann läuft sie auch ihre Probleme weg. Sport und noch mal Sport war früher ihre Lösung. Sport treibt sie schon immer. Damit hat sie auch die Hitzewallungen in den Griff bekommen. (*GENERALITIES; EXERTION, physical; amel.*)
Es knackt immer in den Gelenken beim Laufen. (*EXTREMITIES; CRACKING; Joints*)

Gelenkte Anamnese

Enges am Hals macht ihr nichts.
Der Stuhl ist unauffällig.
Schokolade? Da macht sie sich nicht viel draus.
Salz? Sie mag keine Erdnüsse. Da kriegt sie Druck im Magen.
Gewitter? Als Kind hatte sie Angst. Da hat sie miterlebt wie zwei Häuser abgebrannt sind.

Nasenbluten? Kennt sie nicht.
Fisch? Forellen sehr gerne. Im Urlaub jeden Tag.
Früher hatte sie Kopfschmerzen, wie Migräne. Das fing so mit 40 an. Das hing wohl auch mit der Regel zusammen. Aber nicht jeden Monat. Wenn sie dann erbrochen hat, ging es ihr besser. (*HEAD PAIN; GENERAL; vomiting; amel. from*)

Homöopathische Hierarchisation

Charakteristika (§153 Symptome)

Auffallend und charakteristisch (26) sind:

Auffallend durch die Lokalisation

- Beim Joggen nach 15 Minuten kommt … so ein **Fünfmarkstück großer Schmerz**

Auffallend durch die Modalität

- Mit 39 Jahren fingen die Rückenschmerzen an. Sie konnte da nur noch auf dem Rücken liegen.
- Früher hatte sie Kopfschmerzen, wie Migräne. Das fing so mit 40 an. Das hing wohl auch mit der Regel zusammen. Aber nicht jeden Monat. Wenn sie dann erbrochen hat, ging es ihr besser.
- Busfahren kann sie auch nicht. Da wird ihr einfach schlecht. Bis zum Erbrechen. Das konnte sie schon als Kind nicht.

➔ Abb. 1

Sepia und **Natrium muriaticum** decken gemeinsam die auffallenden und charakteristischen Symptome.

Geistes- und Gemütssymptome

Interpretationen von Zuständen, psychologische Erklärungen, systemische Betrachtungsweisen oder emotionale Muster werden zunächst nicht auf der Symptomebene hierarchisiert und repertorisiert, obwohl sie dem mit psychologischen Kompetenzen ausgestatteten Behandler sehr hilfreich beim Verständnis und der Analyse eines Falles sein können.
Repertoriumsrubriken sind überwiegend Symptome von Arzneimittelprüfern und klinische Heilungssymptome. Sie stammen aus der Zeit vor der Entwicklung erster psychologischer Verfahren. Sie können nicht ohne Gefahr von Kontextverlust für moderne oder komplexe psychodynamische Analyseverfahren uminterpretiert werden. Psychische Symptome für die Hierarchisation sollten daher eindeutig, klar geäußert oder gut beobachtet sein.

- Sie traut sich nicht zu fliegen. Sie hat unheimliche Angst vor dem Fliegen. Sie möchte zwar, aber sie bekommt schon Angst in der Flughalle.
- Höhenangst. Auf dem Olympiaturm kommt sie total in Panik. Wenn sie über Brücken geht, ist es auch komisch. Da läuft sie flott drüber. Oder wenn sie an einer Passstraße entlang fährt ohne Leitplanke, da bekommt sie feuchte Hände.
- Angst vor dem Tod. Als Kind unheimliche Angst vor dem Tod. Sie hatte das auch als junge Frau

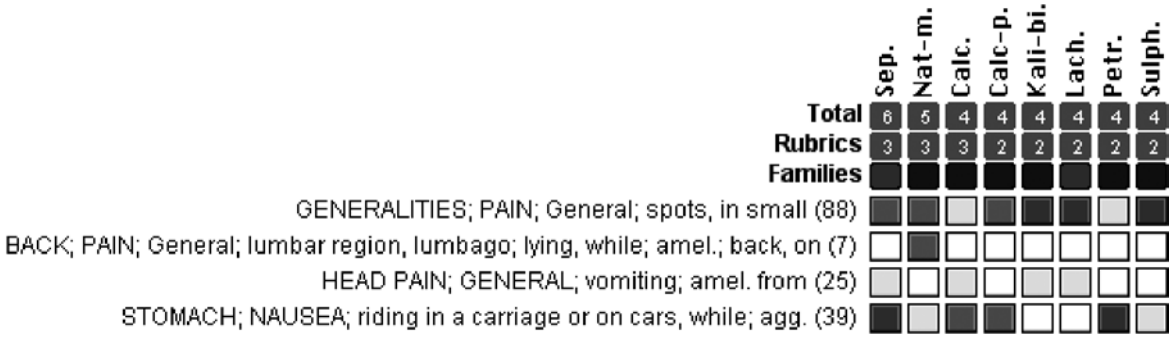


Abb. 1 Repertorisation

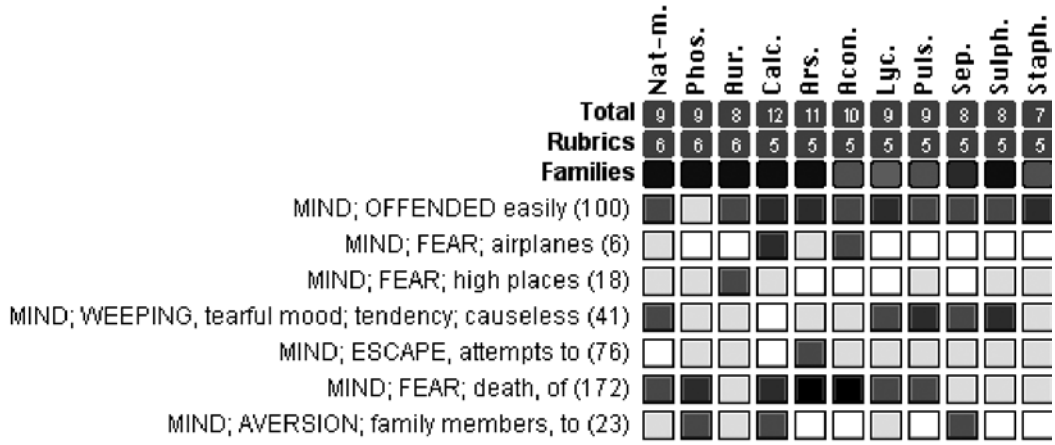


Abb. 2 Repertorisation

sehr massiv. Sie war 25 als ihr Vater starb, den sie sehr liebte.
- Sie sitzt oft da und weint grundlos.
- Wenn sie mit einer Situation nicht fertig wird, hat sie immer den Drang wegzulaufen.
- Sie meint, das sind halt die Hormone. Sie ist dann auch oft ungerecht zu ihrem Mann oder ihren Kindern. Sagt dann immer: „Lasst mich in Ruhe".

➔ Abb. 2

Auch bei den Geistes- und Gemütssymptomen sind Nat-m. und Sep. an vorderer Stelle.

Diskussion

Durch die Aufzählung der vielen phobischen Symptome und deren Begleitumstände treten die klassischen „Angstmittel" wie Phos. und Ars. in den Vordergrund. Die depressive Seite der Angststörungen der Patientin findet ihre Repräsentation in Aur. Die unterdrückte Ohnmacht der Patientin zeigt sich in einigen Staph.-Symptomen.

Allgemeinsymptome

Zu den Allgemeinsymptomen gehören:
- Störungen, die durch Klima, Wetter, Sonne, Mond usw. bedingt sind,
- Eigenheiten im Wundverhalten, bei Blutungen, in der Lateralität, in den Sekreten,
- Eigenheiten bei den Nahrungsmitteln (Verschlimmerung, Abneigung oder Verlangen),
- Schlafsymptome,
- Menstruationssymptome, Schwangerschaftssymptome und Sexualsymptome und
- Symptome, die sich in gleicher Weise an mehr als drei Lokalisationen bemerkbar machen.

Hier sind das:
➔ Abb. 3 s. S. 17

Die Allgemeinsymptome werden ebenfalls durchgängig von Nat-m. und Sep. abgedeckt.

Diskussion

Das Leitmittel für die Sykosis, Thuja occidentalis, gibt hier einen weiteren Hinweis auf die zugrunde liegende chronische sykotische (hier evtl. auch tuberkulinische) Problematik. Auch das besonders charakteristische Merkmal der „Schmerzen an kleinen umschriebenen Stellen" ist ein Thuja-Symptom.
Häufig finden sich bei Absonderungen und Nahrungsmittelsymptomen viele Hinweise auf die chronische Störung (Miasma) (30) des Patienten.
Miasmatische Leitmittel sind: Calc. oder Sulph. (Psora), Thuj. (Sykosis), Merc. (Syphilinie) und Tub. (Pseudopsora/Tuberkulinie) (30).

Lokalsymptome

➔ Abb. 4 s. S. 17

Die Lokalsymptome bestätigen in unspezifischer Weise ebenfalls Nat-m. und Sep.

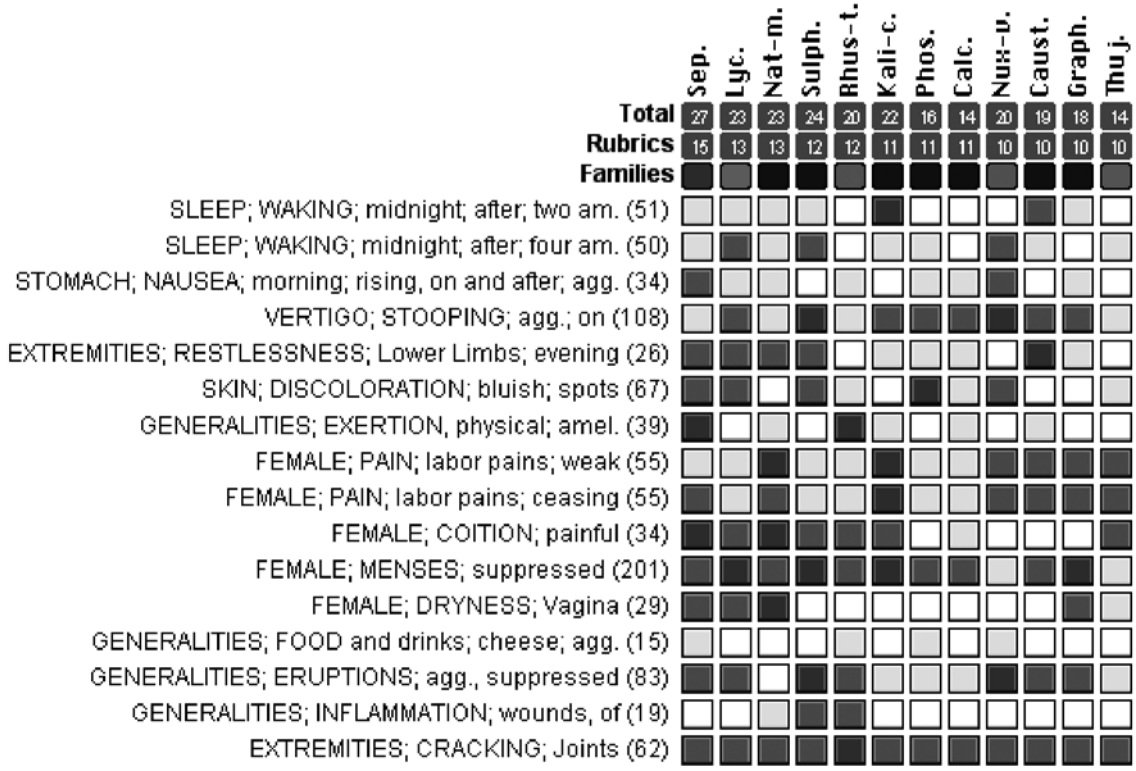


Abb. 3 Repertorisation

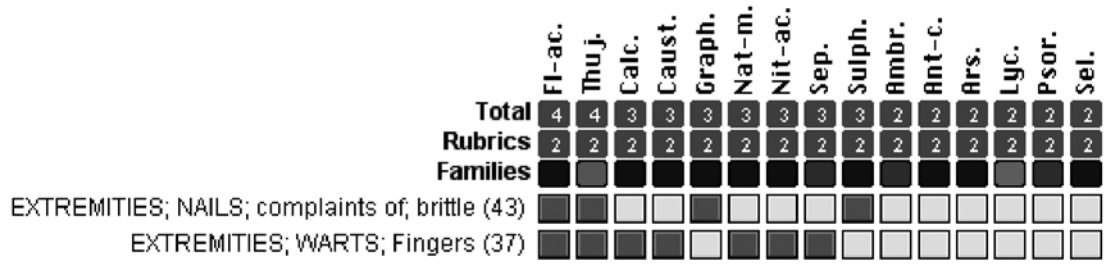


Abb. 4 Repertorisation

„Kein Lokalsymptom kann eine Kontraindikation zu dem abgeben, was die Allgemeinsymptome indizieren. Man muss stets den persönlichen Schrei des Kranken heraushören; das Originelle." (Pierre Schmidt)(31)

Lokalsymptome dienen am ehesten der Bestätigung der Mittelwahl. Häufig sind gute Lokalsymptome des Patienten (Warzen, Muttermale, Spider nävi, Arcus senilis, graue Haare, Fissuren, Gerstenkörner, Landkartenzunge, Polypenbildungen, Myome etc.) gleichzeitig typische lokale Manifestationen einer miasmatischen Grundstörung und innerhalb einer Familie oft typisch und wiederkehrend (Eltern oder Kinder der Patienten zeigen ähnliche Lokalsymptome).

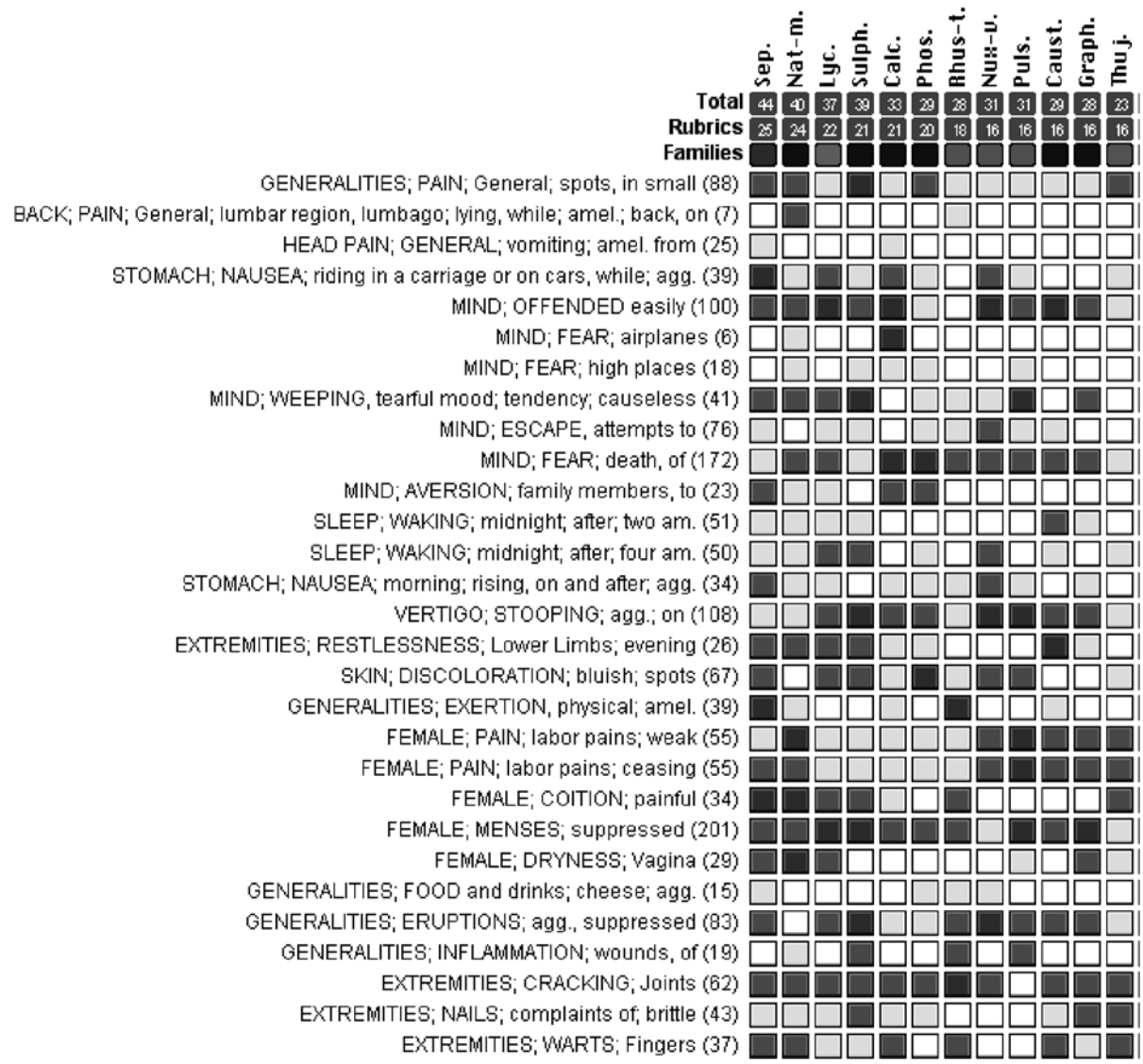


Abb. 5 Repertorisation

Gesamtheit der Symptome

➔ Abb. 5

Die hierarchisch geordnete Gesamtheit der Symptome zeigt weiterhin Sep. und Nat-m. durchgängig an vorderster Stelle an!

Häufig wird die Hierarchisation mit ihrer klassischen Einteilung

I. Charakteristische Symptome
II. Psychische Symptome
III. Allgemeinsymptome
IV. Lokalsymptome
V. Causa

mit dem beliebigen Aufzählen von Symptomen verwechselt und die Addition der Arzneimittelwertigkeiten und der Rubrikenzahlen (44/25 für Sepia oder 40/24 für Nat-m.) für eine „mathematische Spielerei“ gehalten. Das ist nicht richtig!

Eine Hierarchisation (36) stellt eine Bewertung und Auswahl von Symptomen nach Wertigkeiten unter festgelegten Regeln dar. Sie ist ein Versuch der Annäherung an „das Minimum der Symptome mit dem höchstmöglichen Wert“ (Sir John Weir).

Sie ist eine regelbasierte Abstraktion mit dem Versuch einer Annäherung an die übergeordnete Struktur der Erkrankung des Patienten (der Störung der Hahnemannschen „Dynamis“ oder Lebenskraft (27), der Kentschen Elementarsubstanz (28), dem Chi der Chinesen, dem „Kösterschen Quant“ (29) oder dem heutigen Begriff der „Information“ (37.)

Die Wertigkeit des rechnerischen Ergebnisses korreliert unmittelbar mit der Wertigkeit der Symptomauswahl und somit mit der Fähigkeit des Therapeuten, relevante Symptome vom Patienten zu erhalten, dabei „Wesentliches von Unwesentlichem“ zu unterscheiden und Charakteristisches und Eigenheitliches (26) herauszuarbeiten.

Dazu braucht der Behandler Menschenkenntnis (biologische, psychologische, ethnologische und philosophische Kenntnisse), eine wertschätzende und liebevolle Betrachtungsweise (Empathie und Selbstreflexionsfähigkeit) und Arzneimittelkenntnis (formale und inhaltliche Naturerkenntnis).

Verlaufsanalyse

Der dargestellte, verkürzt gefasste Verlauf umfasst einen Behandlungszeitraum von 9 (!) Jahren. Die wesentlichen Ergebnisse, Rückschlüsse und Überlegungen werden zusammengefasst und didaktisch erklärt.

DGMH-Seminare 2011

Seminarreihe zur Miasmatik
mit Dr. med. Sybille Freund und HP Axel Brinkmann
6 Seminare Januar 2011 – Januar 2012 in Darmstadt

Geschichte der Homöopathie und Biografie Hahnemanns
mit Dr. Elisabeth Geigenberger,
12./13. Februar in Darmstadt

Materia Medica der Nosoden
mit HP Yves Laborde, 15./16. Januar in Heidelberg

Organopathien und Synorganopathien
mit HP Yves Laborde, 8./9. Oktober in Heidelberg

Supervision für Homöopathen
mit HP Tanja Radigk, kontinuierlich in Darmstadt

Fallbetreuung für Tierheilpraktiker
mit HP Christine Stroop u. Tierärztin Nadine Richter
jeweils am 1. Montag im Monat in Darmstadt

Weiterbildungskurs für Homöopathen
mit HP Tanja Radigk, kontinuierlich in Darmstadt

Miasmatischer Arbeitskreis
mit HP Yves Laborde, 5 Termine 2011 in Heidelberg

Schilddrüsenerkrankungen
mit HP Roland Methner, 25./26. Juni in Darmstadt

HNO in der homöopathischen Praxis
mit HP Stephan Csernalabics, 7./8. Mai in Darmstadt

Puls- und Zungendiagnostik
mit Dr. med. Hein Reuter, 16./17. April in Darmstadt

Praxistraining Notfall
mit HP und Rettungssanitäter Michael Meiser,
26. Februar und 10. September in Darmstadt

Leistungsabrechnung für Heilpraktiker
mit HP Carl Classen, 4. März in Darmstadt

Weitere Informationen und Anmeldung unter:
www.dgmh.org

Überblick über die verordneten homöopathischen Arzneien

vor Hashimoto	ab Beginn Hashimoto
29.04.1997 **Op.** XM	30.04.2002 **Ars.** CM
01.12.1997 **Sep.** M	12.06.2002 **Sep.** Q1
20.01.1998 **Sep.** M	23.10.2002 **Carc.** M
02.03.1998 **Nat-m.** XM	27.06.2003 **Ars.** Q7
29.04.1998 **Sep.** 200	11.08.2003 **Sep.** XM
18.05.1998 **Lyc.** XM	04.12.2003 **Nat-m.** M
22.06.1998 **Ars.** M	12.03.2004 **Sep.** XM
09.11.1998 **Phos.** XM	19.01.2005 **Sep.** CM
15.02.1999 **Sep.** Q6	25.04.2005 **Sep.** CM
05.03.1999 **Sep.** Q5	26.09.2005 **Sep.** M
30.03.1999 **Sep.** Q4	25.10.2005 **Aur-m.** 200
23.04.1999 **Sep.** Q3	19.12.2005 **Aur-m.** 200
03.05.1999 **Nat-m.** XM	20.04.2006 **Sep.** XM
02.06.1999 **Ars.** Q6	19.06.2006 **Sep.** XM
19.07.1999 **Sep.** CM	21.12.2006 **Sep.** LM
19.10.1999 **Sep.** CM	
23.02.2000 **Sep.** 200	
15.05.2000 **Nat-m.** CM	

Trotz des klaren Hierarchisationsergebnisses für Nat-m. und Sep. beginne ich **am 29.04.1997** mit → **Opium XM** (Einzelgabe, 2 Gobuli, Schmidt-Nagel)

Hilfestellung für die Arzneiwahl von Opium lieferten aktuelle Traumatheorien (32), erkennbare neurophysiologische Reaktionsmuster (33) und Interpretationen der „Angstzustände" der Patientin auf systemtheoretischer Basis (34).
Die neurophysiologisch gebahnten Symptome des Traumas (Traumareaktion) werden aus der Gesamtheit der Symptome der Patientin herausgetrennt. Sie werden in einen anderen Kontext gebracht (inhaltlich verknüpft) und stehen so als „Syndromkontext" nebeneinander. Dadurch zeigt sich ein funktioneller Zusammenhang der Symptome, der als Opiumzustand interpretiert werden kann. Das Trauma wird in diesem Fall als „Causa" (Grundursache) für einen Teil der Symptomatik der Patientin aufgefasst.
Unerkannte und nicht (psycho-)therapierte schwere Traumata stellen Heilungshindernisse (35) dar und verhindern gelegentlich die Wirkung gut gewählter Polychreste.

Selbst erfahrene oder systemische Traumata in der Historie der Patientin

- Der kriegstraumatisierte Vater, der einen „Lungensteckschuss" erlitten hatte. (*MIND; AILMENTS from; fright or fear; fear of the fright still remaining*). Möglicherweise konnte die Patientin mit ihrem traumatisierten Vater nur ungenügende Kompensationsstrategien bezüglich angsteinflößender oder bedrohender Situationen entwickeln. Dadurch erlebt sie sich selbst, genauso wie ihre Tochter (Infektionsangst) als extrem ungeschützt vor Gefahren und reagiert reizbar (*MIND; SENSITIVE, oversensitive; touch*). Systemisch könnte man hier von einem „übernommenem Trauma" sprechen.
- Die bis heute tyrannische und schuldzuweisende Mutter (*MIND; AILMENTS from; mortification, humiliation, chagrin, MIND; FEAR; long lasting [lifelong]*), vor der sie schon mit 19 Jahren „flieht". Später hat sie diesen Fluchtimpuls immer, wenn sie Angst hat (*MIND; ESCAPE, attempts to*), der sich später dann auch in einem temporären Restless Leg-Syndrom körperlich manifestiert. (*EXTREMITIES; FORMICATION; Lower Limbs*)
- Die schwere Verbrennung im Alter von drei Jahren, nach der sie lange krank ist. Dies lässt sich als symbolische Wiederholung des väterlichen Leidens interpretieren, der sich auch „nie wieder erholt hat". (*MIND; AILMENTS from; fright or fear; fear of the fright still remaining*).

Weitere traumaassoziierte Symptome der Patientin

- Am Morgen ist ihr schwindelig, sie hat ein Flimmern und fühlt sich schlecht (*MIND; STUPEFACTION, as if intoxicated; waking, on*).
- Die Patientin gibt die Informationen über ihren Zustand nur sehr widerwillig, schrittweise und eigentlich nur auf Initiative ihres Mannes preis (*MIND; ANSWER, answering, answers; aversion*

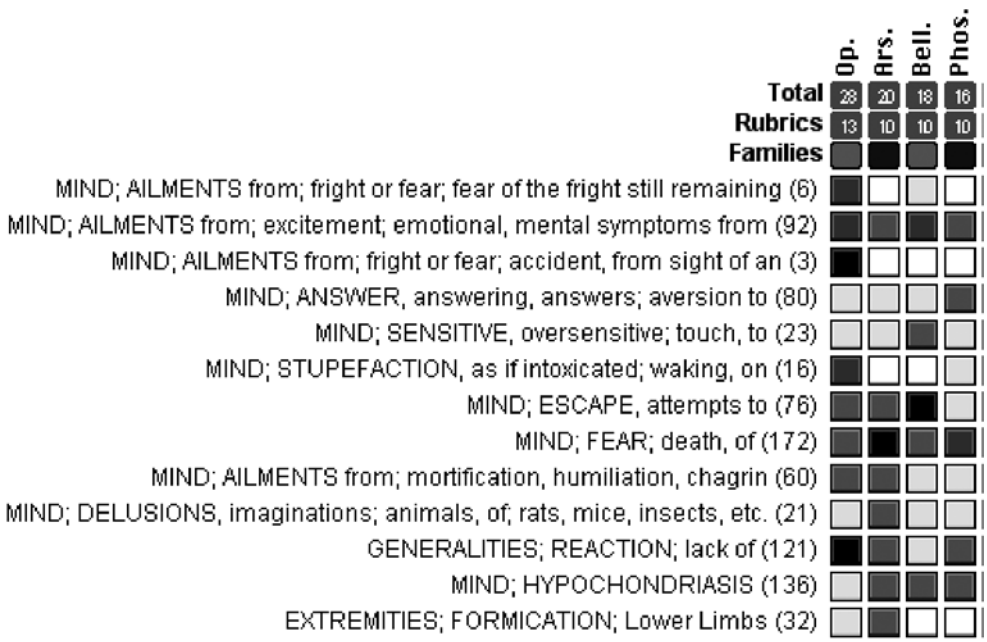


Abb. 6 Repertorisation

to). Traumatisierte Patienten weisen oft Probleme in der Wahrnehmung und Artikulation von inneren und äußeren Zuständen auf. Als wären die „Fähigkeiten des Sehens und des Sprechens wie betäubt".

- Seit der Kindheit hat sie eine ausgeprägte Todesfurcht (*MIND; FEAR; death, of*)
- Krankheits- und Vernichtungsängste (*MIND; HYPOCHONDRIASIS*)
- Seelischer und körperlicher Reaktionsmangel (*GENERALITIES; REACTION; lack of*).

Analyse der funktionalen Symptome der Traumareaktion

➔ Abb. 6

Dies ergab das Bild eines traumatischen **Opium-Zustandes** mit Mangel an Reaktion auf bestehende Umstände. Arsenicum album deckt ebenfalls viele Symptome des Traumas. Phosphorus als weiteres häufiges Mittel bei Folgen traumatischer Zustände rückt an die vierte Stelle in der Repertorisation.

Die Phobien und ihre körperlich-seelischen Repräsentationen kompensieren als Konversion die Schutzlosigkeit des traumatisierten „inneren Mädchens".
Eine selbstverständliche Sicherheit und Geschütztheit als erwachsene Frau in einer guten Paarbeziehung kann die Patientin auf der Gefühlsebene offensichtlich nicht integrieren.
Opium kann ein Heilmittel sein, wenn die **Schutzgrenzen** eines Individuums **traumatisch überschritten** worden sind. Angemessene Figuren der Unterstützung oder des Schutzes waren dem traumatisierten Menschen nicht zur Verfügung gestanden, er war mit der überflutenden Situation alleine geblieben. Dabei scheint es bei Opiumzuständen weniger darauf anzukommen, ob ein traumatisches Ereignis kürzer oder länger wirkt, sondern ab welcher Summation (einmalig oder vielfach) von Trauma die Schutzgrenzen des Individuums destabilisieren und die Selbstintegrität nicht mehr sichergestellt werden kann. Dabei wird eine Art „Wahrnehmungs- und Artikulationsstörung" neurobiologisch fixiert. (32)

Reaktionen auf die Opium-Gabe

Besserung der Reiseübelkeit. Sie kann wieder Bus fahren. Sie schläft jetzt sehr gut, sie kann nach dem

Tierhomöopathie-Jahreskurse
www.peggyschmah.de . Tel. 08237-789090

Erwachen wieder gut weiterschlafen. Sie kann mit der Tochter telefonieren, auch wenn diese weint. Da muss sie nicht gleich selbst in Tränen ausbrechen.
Zunahme der Hitzewallungen, der Scheidentrockenheit. Magenbeschwerden.

Diskussion

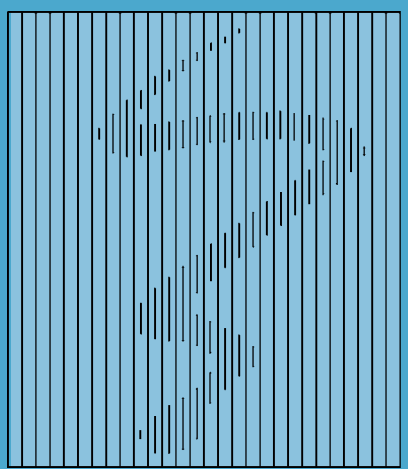
Reiseübelkeit und Schlaf bessern sich unter Opium. Sie ist etwas ausgeglichener. Eine allgemeine Besserung auch anderer Beschwerden bleibt aus.
Das klassische Sepia-Symptom Scheidentrockenheit, die Magenbeschwerden und die Hitzewallungen nehmen zu.
Ich gehe nun davon aus, dass Opium den Teil, den es tun konnte, getan hat.
Die Sepia-Symptome treten deutlicher in den Vordergrund (bei Veränderung einer „Krankheitsebene" treten die anderen deutlicher hervor).

Ich entschließe mich nun, **am 10.06.1997** (ca. 40 Tage nach Op. XM) zur Gabe von
→ **Sep. XM**

Die Kompaktausbildung der Hahnemann-Gesellschaft für Ärztinnen und Ärzte
in klassischer Homöopathie im deutschsprachigen Raum

26. Augsburger DreiMonatsKurs

19.9.11 - 09.12.11



Gesamtkurs: 19.09 - 09.12.11
Modul 1: A-B 19.09. - 14.10.11
Modul 2: C-D 17.10. - 11.11.11
Modul 3: E-F 14.11. - 09.12.11
Stundenanrechnung Diplom, interne Prüfung

Mitglieder der Hahnemann-Gesellschaft betreuen Sie nach dem Kurs auf Wunsch fachlich weiter!

Kursleiter: Dr. med. Jörg Haberstock
Organisation: Irmtraud Seelmann,Tel. 08233 - 1713
E-Mail: seelmann@dreimonatskurs.de
www.dreimonatskurs.de

Reaktionen nach Sep. XM und weiteren Arzneien

Unter der weiteren Gabe von Sep. und Nat-m. bis zur CM berichtet die Patientin **am 10.05.2000** zusammengefasst Folgendes:

Die Scheidentrockenheit wird teilweise bis zu 85 % besser. Im Laufe der weiteren Jahre entwickelt sich ein Zustand von intermittierender Scheidentrockenheit alle 3 Wochen. Gelegentlich klagt sie über eine zunehmende Enge am Scheideneingang.
Sie hat teilweise „tolle" Tage. Der Flugangst ist sie bereit sich zu stellen, was aber jedes Mal eine Überwindung ist, Beschwerden in der Magengegend auslöst und auch die dauerhaft gebesserten Schlafstörungen immer wieder hervorruft.
Sie entwickelt eine Art Herzneurose (ein Stechen in der linken Brust) und betont häufig die Angst, auch die Erkrankung der Mutter (Alzheimer) zu bekommen. Bei jeder Konsultation klagt sie über die belastende Pflege ihrer vorwurfsvollen Mutter. Selbst als diese in ein Pflegeheim gegeben wird, besucht sie sie täglich. Erstmalig beklagt sie sich über mangelnde Unterstützung durch den Ehemann und gibt an, darüber „wütend" zu sein.
Verschiedene Arthralgien und Sodbrennen kommen und gehen unter weiteren Mittelgaben. Eine Art Schuppenflechte entwickelt sich am Kopf.
Eine intermittierend auftretende Gürtelrose klingt unter Rhus-t. folgenlos ab.

Diskussion

Ingesamt entsteht der Eindruck einer Stabilisierung der emotionalen und körperlichen Situation. Obwohl die Patientin immer wieder positiv von Arzneimittelwirkungen berichtet, kehren die oben beschriebenen Hauptsymptome hartnäckig in verschiedenen Variationen wieder.
Die emotionale Belastung durch die Betreuung der Mutter nimmt großen Raum ein.
Trotz des scheinbar den Heringschen Regeln entspre-

chenden Auftretens einer Hautaffektion (Psoriasis am Kopf) ist ein wesentlicher Durchbruch oder gar eine Heilung nicht zu erkennen. Ein vertrauensvolles, stabiles Arzt-Patienten-Verhältnis baut sich nicht auf. Immer wieder geht die Initiative für die Behandlung vom Ehemann aus. Die Patientin greift bei Ängsten oder Körpersymptomen auf „Vitamine" zurück, die ihr „helfen". Das Angebot einer psychotherapeutischen Betreuung lehnt die Patientin ab.

Beginn und Verlauf der Hashimoto-Thyreoiditis

Nach der Gabe von **Nat-m. CM am 15.05.2000** meldet sie sich erst **11 Monate** später bei meinem in der gleichen Praxis tätigen Kollegen:

Follow-Up vom 17.04.2001

Sie bericht von einem seit vier Wochen bestehenden Fließschnupfen „den sie nicht wegbekommt". Sie leidet weiter auch an Gliederschmerzen.

Sie ist jeden Tag vier Stunden mit der Mutter im Pflegeheim beschäftigt, die einen Schlaganfall hatte.

Vor **drei Monaten** hat sie einen Ausschlag um den Mund herum bekommen. Sie hatte Trockenheit der Scheide und eine Art hormonell bedingter Depression. Und sie hatte starken Haarausfall und die Haare werden immer dünner. Sie hat deswegen vor drei Monaten angefangen, Hormone zu nehmen.

Sie erhält wegen des Schnupfens und der Belastungssituation mit der Mutter eine Gabe

→ **Nux-v. C 200.**

Bericht des Ehemannes vom 24.04.2002

Der Ehemann (!) berichtet ein gutes Jahr später, dass sie eine latente Hypothyreose habe und die Mutter der Patientin vor drei Monaten im Januar gestorben sei.

Ich veranlasse die Überprüfung von Autoantikörpern, gebe keine Arznei und lege einen Praxistermin für die Patientin fest.

Diskussion

Überraschenderweise berichtet die Patientin nicht selbst vom Tod der Mutter im Januar, sondern wiederum ihr Ehemann.

In ihrem Bericht an den Kollegen, ein Jahr zuvor, beschreibt sie deutliche Nat-m.-Leitsymptome: Depression, wässriger Fließschnupfen, Haarausfall, Ausschlag um den Mund herum und Scheidentrockenheit seit drei Monaten.

Ich interpretiere ihr Verhalten nach dem Tod der Mutter als typische Trauerreaktion einer Nat-m.-Patientin: „Emotionaler Rückzug, will nicht getröstet werden, spricht ungern über ihre Beschwerden und weint nur, wenn allein."

Mein medizinisches Interesse richtet sich auf die neu aufgetretene Schilddrüsensymptomatik.

Weiterer Verlauf

Follow-Up vom 30.04.2002

Wichtigste Aussagen:

Im Januar ist die Mutter gestorben. Das berührt sie so unheimlich. Das kann sie selber nicht fassen, dass sie das so berührt.

Ihre Mutter hat einen unheimlichen Kampf gehabt im Sterben. Sie hat sich aufgerichtet, alles total verzerrt. Es war ein ganz starkes Nicht-sterben-wollen da. Sie hatte noch eine Beinembolie bekommen, das Bein war am Ende ganz schwarz.

Sie hat immer so eine Unruhe in sich. Immer nur für alle anderen da sein, für sich selber keine Zeit. Sie kann sich nie entspannen.

Sie nimmt jetzt ein Östrogen und gelegentlich Melatonin, wegen der Schlafstörungen. Für die Schilddrüse Thyroxin und Weihrauchtabletten. Durch die Östrogene ist die Scheidentrockenheit und das Engegefühl völlig verschwunden und ihre Depression wurde besser.

Nächste Woche muss sie in den Urlaub fliegen. Da hat sie jetzt Panik davor. Dafür solle ich ihr ein Mittel geben.

Alle aktuell vorliegenden Symptome (in hierarchisierter Form): ➔ Abb. 7 s. S. 25

Diskussion

Im persönlichen Gespräch und nach der Vermittlung durch ihren Ehemann kann die Patientin nun selbst vom Tod ihrer Mutter berichten. Die tief eindrücklichen Bilder des Todeskampfes der Mutter berühren sie zu ihrer eigenen Überraschung zutiefst.

Weiterhin kann sie nicht wirklich einen Zusammenhang zwischen ihren Ängsten und depressiven Zuständen und der sie enorm belastenden inneren und äußeren Situation herstellen. Erstmalig formuliert sie jedoch ihre ständige innere Unruhe und Überlastung

als Folge ihrer Selbstaufgabe in der Sorge um andere. Aufgrund der aktuellen Flugangst und des eindrücklichen („arsenischen") Todeskampfes der Mutter (der sie sich so verbunden fühlt), verordne ich, obwohl wiederum viele Nat-m.-Symptome diese Entscheidung in Frage stellen
→ **Ars. CM**

Ich bitte die Patientin, das Thyroxin abzusetzen, da ich hoffe, mit Arsenicum album auch einen Effekt auf die Thyreoiditis zu erzielen.

Die Unruhe und Panik von Arsenicum album-Patienten entsteht aus der archaischen Angst des „Nichtversorgtwerdens". Der Tod eines oder beider Elternteile löst bei einem „arsenischen Menschen" die tiefe Furcht aus, „verhungern" zu müssen, da die Basis seiner Versorgung mit dem Tod der elterlichen Versorger nicht mehr sichergestellt ist.
Er erlebt sich, wenn auch in beträchtlicher Ambivalenz, vollständig abhängig von Eltern oder Partnern. Die Sorge um andere hat in diesem Fall nur einen Zweck: Sie dient der Sicherstellung der eigenen Versorgung und entsteht nicht aus dem liebevollen, zweckfreien Mitgefühl für Andere.

Weiterer Verlauf

Zu meiner großen Freude halbieren sich die Autoantikörper innerhalb von wenigen Monaten (siehe Tabelle) und gehen schließlich ganz zurück. Auch die restlichen Schilddrüsenwerte normalisieren sich trotz Absetzens des Thyroxins.
Sie entwickelt als Ausscheidungsreaktion vermehrt Arthralgien und eine Heberdenarthrose.

Der Gesamtzustand und die emotionale Situation der Patientin ändern sich unter wechselnden Gaben von Nat-m., Sep. und anderen Zwischenmitteln nicht wesentlich, auch wenn sie zeitweise sagt: „Psychisch geht es mir sehr gut". Kleine körperliche Veränderungen lösen bei ihr jedoch sofort wieder Ängste und Furcht vor dem Tod und depressive Verstimmung aus.
Sie klagt darüber, dass die homöopathische Therapie zu langsam gehe.

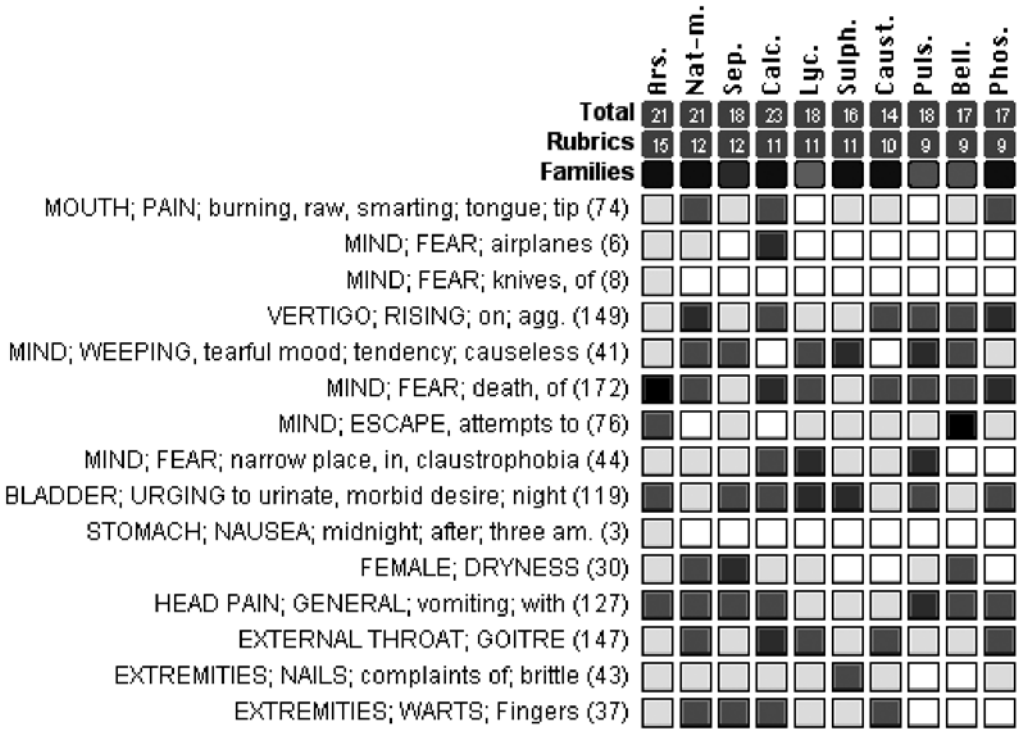
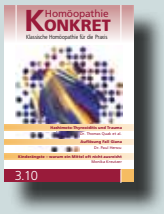


Abb. 7 Repertorisation

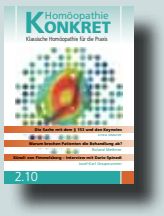
Homöopathie **KONKRET**

3.10



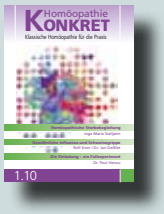
Dr. Thomas Quak, Katrin Quak, Larissa Rudofsky **Hashimoto-Thyreoiditis und Trauma** ◆ Monika Kreutzer **Kinderängste – und warum ein Mittel oft nicht ausreicht** ◆ Dr. Paul Herscu **Auflösung Fall Giana – Die Probleme in der Homöopathie** ◆ Katrin Trede **Homöopathische Behandlung einer Myasthenia gravis beim Hund** ◆ Roland Methner **Caroll Dunham (1828–1877) – sein Leben und Werk** ◆ Dr. Helmut Retzek **Praxissplitter** ◆ Georg Ivanovas **Grundlagen der Regulation – Was man für eine wissenschaftliche Homöopathie wissen müsste**

2.10



Erika Maurer **Die Sache mit dem § 153 und den Keynotes** ◆ Andreas Hesch **Methodik und Praktik – eine Verknüpfungsanalyse am konkreten Fall** ◆ Roland Methner **Warum brechen Patienten eine homöopathische Behandlung ab?** ◆ Christian Meinhard **Von Sinngehalt und Sachgehalt – Betrachtungen zur Sprache in der Homöopathie – Teil 2** ◆ Josef-Karl Graspeuntner **Jost Künzli von Fimmelsberg – Aus der Sicht von Dario Spinedi** ◆ Eckart von Seherr-Thohs **Tumoren, zystisch** ◆ Carl Classen **Homöopathische Arzneimittelqualität – was können wir bewegen?** ◆ Dr. Irene Melzer **Osteodystrophie** ◆ Dr. Helmut Retzek **Praxissplitter** ◆ Georg Ivanovas **Wissenschaftliche Homöopathie am Beispiel des Konzepts der Unterdrückung**

1.10



Inga Maria Stalljann **Nicht aufgeben – homöopathische Sterbebegleitung** ◆ Rolf Kron **Schweinegrippe und Homöopathie** ◆ Dr. Jan Geißler **Homöopathische Behandlung von Influenzaerkrankungen** ◆ Dr. Paul Herscu **Die Einladung – ein Fallexperiment** ◆ Christian Meinhard **Von Sinngehalt und Sachgehalt – Betrachtungen zur Sprache in der Homöopathie** ◆ Claudia Grothus **Verhaltensprobleme bei Tieren** ◆ Dr. Helmut Retzek **Praxissplitter** ◆ Roland Methner **James Tyler Kent** ◆ Georg Ivanovas **Homöopathie in der evidenzbasierten Medizin – Teil 3**

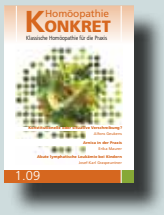
3.09

Georg Ivanovas **Homöopathie in der evidenzbasierten Medizin – Teil 1 und Teil 2** ◆ Monika Kreutzer **Heilungshindernisse und Reaktionsblockaden** ◆ Dr. Stephan Gerke **Langzeitfallverlauf einer Patientin mit gesicherter bipolarer affektiver Störung** ◆ Saskia Böhm **Homöopathen ohne Grenzen (HoG) – Ein Bericht über das Hebammenprojekt in Kenia** ◆ Dr. Annett Bellmann **Gesichtslähmung bei einem Hund** ◆ Josef Rau **Homöopathie zwischen Bewährtem und Forschung – Rajan Sankaran** ◆ Dr. Helmut Retzek **Praxissplitter** ◆ Roland Methner **Pierre Schmidt – ein Leben für die Homöopathie**

2.09

Tjado Galic **Systematik in der Fallanalyse – Teil II** ◆ Eckart von Seherr-Thohs **Magnetis polus australis und Magnetis polus arcticus – zwei vergessene Arzneimittel** ◆ Erika Maurer **Beschwerden durch Tod von geliebten Personen** ◆ Dr. Wolfgang Würger **Blasenkrebs und Carcinoma in situ des Rektums** ◆ Josef Rau **Die Fähigkeit, das Besondere „einfach" zu sehen – Henny Heudens-Mast** ◆ Dr. Helmut Retzek **Praxissplitter** ◆ Carl Classen/VKHD **Das „Anwenderbündnis zum Erhalt homöopathischer Arzneimittel"** ◆ Roland Methner **Adolf Voegeli – ein leidenschaftlicher Vertreter der klassischen Homöopathie** ◆ Georg Ivanovas **Ist Homöopathie eine Placebotherapie?**

1.09



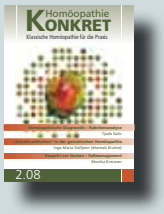
Dr. Alfons Geukens **Konstitutionelle oder situative Verschreibung?** ◆ Josef-Karl Graspeuntner **Akute lymphatische Leukämie (ALL) bei Kindern – welchen Nutzen bietet die homöopathische Begleitung?** ◆ Erika Maurer **Arnica in der Praxis** ◆ Monika Kreutzer **Arnica in der Praxis – ergänzende Fälle zum Artikel von Erika Maurer** ◆ Monika Kreutzer **Ein kurzer Fall von Drüsenfieber** ◆ Ralf Jeutter **Rationalität und Homöopathie – Bestandsaufnahme in stürmischen Zeiten** ◆ Erdmute Erben **Homöopathen ohne Grenzen (HOG) – Ein Erlebnisbericht aus dem Tsunami-Projekt** ◆ Dr. Helmut Retzek **Praxissplitter** ◆ Roland Methner **Jacques Baur: Homöopathie und Weisheit** ◆ Georg Ivanovas **Vom Wert der Strategie – Das Ähnlichkeitsprinzip in der systemischen Psychotherapie**

Homöopathie **KONKRET** – *Jahrgang 2008 nur noch auf CD-Rom erhältlich:*

3.08

Norma Gäbler **Multiple Sklerose-Patienten in der homöopathischen Praxis** ◆ Erika Maurer **Ein „Lungenmittel" bei Fersensporn** ◆ Eckart von Seherr-Thohs **Nierenkarzinom mit multiplen Knochen- und einer Lungenmetastase** ◆ Dr. Wolfgang Würger **Zur homöopathischen Behandlung schwerer Infektionen** ◆ Jens Ahlbrecht **Bild und Abbild der Krankheit – mit C.M. Boger von der Fallanalyse zur Fallsynthese** ◆ Claudia Grothus **Princess – Folgen von Virusabort** ◆ Josef Rau **Einfach nur abschälen, Schicht für Schicht – Georgos Vithoulkas** ◆ Dr. Helmut Retzek **Praxissplitter** ◆ Roland Methner **Dorothy Shepherd – Ein Brustkrebsfall** ◆ Georg Ivanovas **Abschied von der Lebenskraft – über die Organisation des Lebendigen**

2.08



Tjado Galic **Homöopathische Diagnostik – Rubrikenanalyse** ◆ Hanne-Lore Wasserfall und Ullrich Wasserfall **Apoplex mit schlaffer Rechtsseitenlähmung durch Infarkt der A. cerebri media links – Besonderer Fall: Betroffene bin ich selbst** ◆ Monika Kreutzer **Respekt vor Husten – Fallmanagement bei einer nicht ganz einfachen Akuterkrankung** ◆ Hedi Meusburger **Constantin Herings richtungweisender Coup** ◆ Dr. Wolfgang Würger **Homöopathische Behandlung eines Lipoms** ◆ Inga Maria Stalljann (ehemals Bruhns) **Die Behandlung von „Kunstkrankheiten" in der geriatrischen Homöopathie** ◆ Josef Rau **Sich vom Besonderen leiten lassen – Erik Schwarz** ◆ Dr. Helmut Retzek **Praxissplitter** ◆ Roland Methner **Harvey Farrington – Ein Fall von Uteruskrebs** ◆ Georg Ivanovas **Rekursion und Netzwerkpathologie – grundlegende epistemische Werkzeuge für einen Paradigmawechsel in der Medizin**

1.08

Dr. Helmut B. Retzek **Septischer Hirninfarkt** ◆ Roland Methner **Adolph zur Lippe – eine Fallsupervision für H.C. Allen** ◆ Tjado Galic **Systematik in der Fallanalyse – Teil I** ◆ Claudia Grothus **Herkules – Ein Gemüts(zer)fall** ◆ Prof. George Vithoulkas **Zincum am Beispiel eines Falles und mit seinen Leitsymptomen** ◆ **Materia Medica Zincum Metallicum** ◆ Dr. Stephan Gerke **Angstsyndrome in der homöopathisch-psychiatrischen Praxis** ◆ Dr. Helmut B. Retzek **Praxissplitter** ◆ Georg Ivanovas **Wissenschaftliche Homöopathie – Fiktion oder eigene Kategorie?** ◆ Josef Rau **Vom Simile zum Similimum**

■ Homöopathie **KONKRET** auf CD-Rom

Bestellung der einzelnen Ausgaben für jeweils 11,– € oder der Gesamtausgabe Jahrgang 2008 für 29,– € möglich.

Der komplette Inhalt wird im PDF-Format ausgeliefert. Zum Öffnen und für das Betrachten von PDF-Dateien ist der Acrobat Reader nötig, den Sie kostenlos von unserer Homepage herunterladen können.

www.homoeopathie-konkret.de

Nutzen Sie für Ihre Bestellung die eingeheftete Postkarte

■ Homöopathie **KONKRET** im Abonnement

Erscheinungsweise: 3 x jährlich (April, August, Dezember) zum Einzelpreis von 18,– €
Umfang: circa 100 Seiten | Format: 19 x 26 cm

Ein Abonnement gilt jeweils für ein Jahr (3 Ausgaben zum Preis von 48,– €/ermäßigt 29,– €), beginnend mit der nächsten Ausgabe ab Datum der Bestellung. Es verlängert sich um jeweils ein Jahr, wenn nicht spätestens 2 Monate vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Kündigungen haben schriftlich zu erfolgen.
Die Aboermäßigung gilt für Medizinstudenten, Heilpraktikerschüler und Schüler von Homöopathieschulen und muss mit dem aktuell gültigen Schüler-/Studentenausweis einmal jährlich nachgewiesen werden. Bei Ausbleiben des aktuellen Nachweises bis 4 Wochen vor Beginn des nächsten Bezugsjahres entfällt die Ermäßigung und es gelten die allgemein gültigen Abonnementpreise.
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer und zzgl. Porto- und Versandkosten. Diese betragen pro Jahr für insgesamt 3 Ausgaben im Inland 7,50 €, innerhalb Europas 13,50 € und in Übersee 22,50 €

Sie träume viel vom Tod. Vom Altenheim, wo die Mutter war. Von anderen, die sie da mitbetreut hat. „Die sind alle schon gestorben. Das ist ganz schlimm."
Eigentlich will sie im hohen Alter eine Frau sein, die sehr lustig ist. So wie eine Dame im Altenheim, die sie dort kennen gelernt hatte. So will sie auch sein. Sie findet das traurig, dass die nicht mehr da ist. Der Pfarrer hat sie sehr enttäuscht, dass er sich nicht ein einziges Mal erkundigt habe, wie es der Mutter gehe. „Ein mitfühlendes Wort hätte mir sehr geholfen." Da war sie so enttäuscht, dass sie nie mehr wieder in die Kirche gehen will.
Der Tod eines nahen Bekannten aktiviert ihre eigene Todesfurcht: „Ich habe Angst vor dem Totsein". Immer wieder treten depressive Zustände, grundloses Weinen und ein immer wiederkehrendes Gefühl von Traurigkeit auf: „Ähnlich wie die Trauer um den Tod der Mutter.".
Die Scheidentrockenheit nimmt wieder zu. Sie zieht aus dem ehelichen Bett aus. Entwickelt einen Räuspertick.
Mit Hilfe einer Heilpraktikerin macht sie eine Magendiät, bei der sie 5 kg abnimmt. Sie teilt anschließend mit, dass sie die verlorenen Kilo jetzt nicht mehr „draufkriege".
Wiederholt vorgeschlagene psychotherapeutische Unterstützung lehnt sie ab. Sie sucht einen Wunderheiler auf, der ihre Trauer darauf zurückführt, dass sie eigentlich ein Zwillingskind sei und ihr Zwilling im Mutterleib gestorben sei. Eine Familienaufstellung vermehrt ihre Schuldgefühle in Bezug auf die eigene Familie.
Sie sucht weiter Heiler und Therapeuten auf, macht Bioresonanztherapie, lässt ihren Schlafplatz untersuchen, versucht chinesische Medizin und Akupunktur. Keine der Therapien hinterlässt bei ihr ein Zufriedenheitsgefühl.

Quintessenz nach 9 Jahren:
Die Schilddrüsenerkrankung heilt aus – die Hashimoto-Thyreoiditis verschwindet – der emotionale Zustand, die Verhaltensmuster und die somatischen Reaktionen bleiben im Wesentlichen unverändert.

➔ Graphische Darstellungen und Datentabelle S. 29

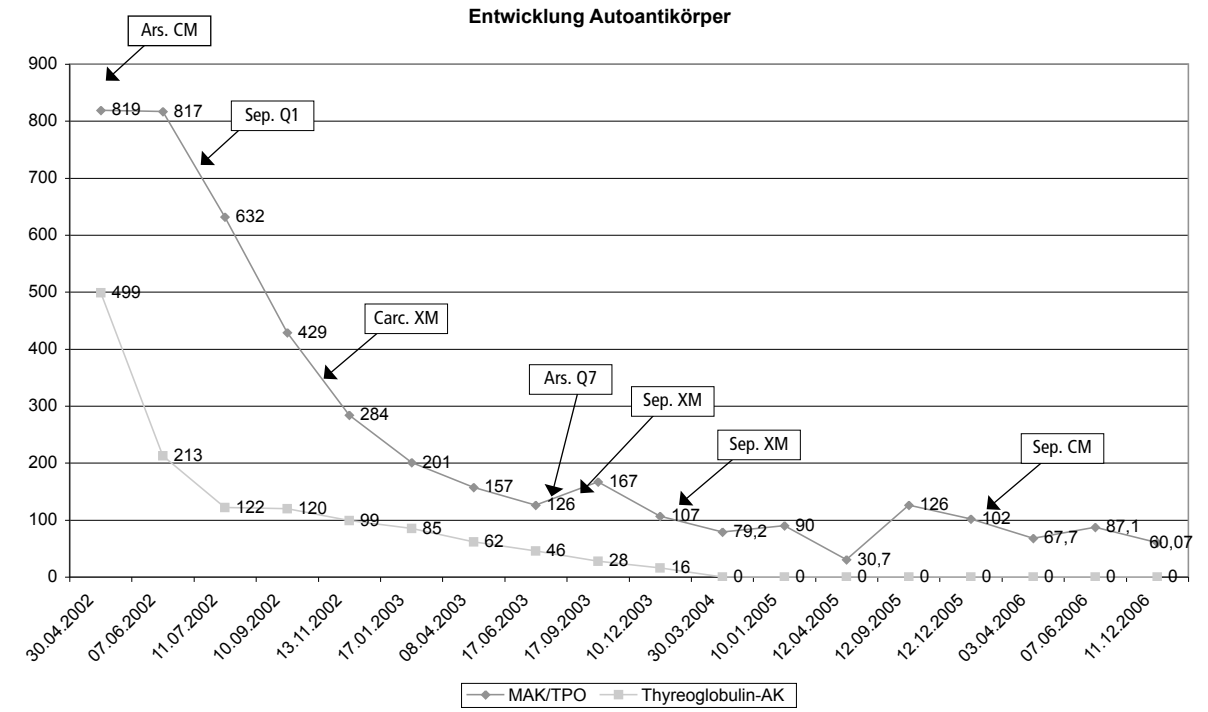
Diskussion

Wie häufig bei chronischen Erkrankungen anzutreffen, ist auch die Hashimoto-Thyreoiditis dieser Patientin eingebettet in ein scheinbar multiformes Krankheitsgeschehen, frühe Traumatisierungen und fortbestehende emotionale Belastungssituationen, aus denen es scheinbar keinen Ausweg gibt.
Obwohl die Patientin in sozial sicheren und stabilen Verhältnissen lebt, mündet die latent sichtbare, chronische Symptomatik der Patientin (Traurigkeit, Ängste, Scheidentrockenheit, Arthralgien etc.) angefacht durch eine starke Belastung (Tod der Mutter) in eine manifeste Erkrankung (Hashimoto-Thyreoiditis).
Durch die Gabe der offensichtlich passenden Arznei Arsenicum album zu einem sehr frühen Zeitpunkt der Erkrankung klingt diese ansonsten unheilbare Autoimmunerkrankung im Verlauf weniger Monate rasch ab und innerhalb weniger Jahre heilt sie aus.
Dies ist umso erstaunlicher, da sich weder die innere noch die äußere Situation der Patientin ändert.
Inwieweit die Gaben von Carc., Sep., Nat-m. und von Aur-m. (siehe Tabelle) eine Rolle für die weitere Stabilisierung spielen oder ob man Arsenicum album häufiger hätte geben müssen, lässt sich nicht wirklich sicher abschätzen. Zumindest bleibt die Patientin auch bei weiteren Belastungssituationen im Bezug auf die Hashimoto-Thyreoiditis stabil.

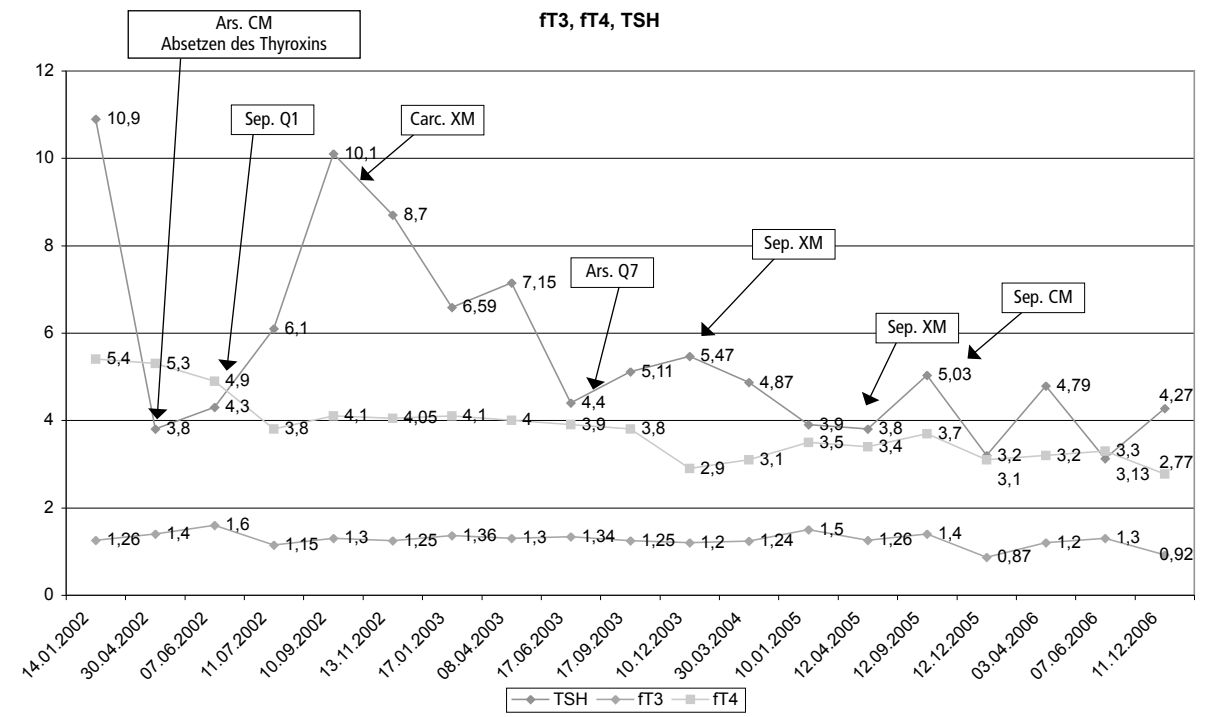
Anmerkung

Wird in Fällen wie diesem eine professionelle psychotherapeutische Unterstützung vom Patienten aus Mangel an Einsicht oder ideologischen Vorstellungen abgelehnt, lässt sich über die hausärztliche homöopathische Therapie die psychosoziale Situation des Patienten oft nicht verbessern. Die krankheitsunterhaltenden seelischen Ursachen bleiben bestehen. In diesem Fall gelingt es dann oft nur, **die chronische Grundstörung wieder in ihr Latenzstadium** zurückzuführen.
Die Arzneimittel halten die Patientin auf dem schmalen Grad zwischen den „störenden, aber ungefährlichen Symptomen" und dem Ausbruch einer schweren chronischen Erkrankung. Chronische psychische Konflikte können die Gesundheit massiv beeinträchtigen oder sogar eine Heilung verhindern (38).

Graphische Darstellung der Laborwerte ab Diagnosestellung (Mittelgaben sind vereinfacht dargestellt)



Datentabelle	14.01. 2002	30.04. 2002	07.06. 2002	11.07. 2002	10.09. 2002	13.11. 2002	17.01. 2003	08.04. 2003	17.06. 2003	17.09. 2003	10.12. 2003	30.03. 2004	10.01. 2005	12.04. 2005	12.09. 2005	12.12. 2005	03.04. 2006	07.06. 2006	11.12. 2006
TSH	10,9	3,8	4,3	6,1	10,1	8,7	6,59	7,15	4,4	5,11	5,47	4,87	3,9	3,8	5,03	3,2	4,79	3,13	4,27
MAK/TPO		819	817	632	429	284	201	157	126	167	107	79,2	90	30,7	126	102	67,7	87,1	60,07
Thyreoglobulin-AK		499	213	122	120	99	85	62	46	28	16	0	0	0	0	0	0	0	0
fT3	1,26	1,4	1,6	1,15	1,3	1,25	1,36	1,3	1,34	1,25	1,2	1,24	1,5	1,26	1,4	0,87	1,2	1,3	0,92
fT4	5,4	5,3	4,9	3,8	4,1	4,05	4,1	4	3,9	3,8	2,9	3,1	3,5	3,4	3,7	3,1	3,2	3,3	2,77



Hahnemann äußert sich im Kapitel Heilungshindernisse im theoretischen Teil seiner *Chronischen Krankheiten* (35) zu den Folgen psychischer und emotionaler Traumata:
„… die im Inneren bis dahin schlummernde Psora (Sykosis, Syphilis, Pseudopsora. Anm. d. A.), die dem Günstling des Fürsten den Schein fast blühender Gesundheit gestattete, entfaltet sich schnell zu einem chronischen Leiden des Körpers oder verstimmt seine Geistesorgane zum Wahnsinn, wenn er, durch Glückswechsel von seiner glänzenden Höhe gestürzt, nun der Verachtung und der Dürftigkeit unterliegt. **Der jährliche Todesfall des einzigen Sohnes zieht der schon psorisch kränkelnden, zärtlichen Mutter eine unheilbare Lungen-Eiterung oder einen Brustkrebs zu, der schon psorisch hysterischen, gefühlvollen Jungfrau verschmähte Liebe eine Melancholie.**
Wie schwer, wie selten vermag da die beste antipsorische Kur etwas zum Besten dieser Unglücklichen auszurichten!
Doch die häufigste Aufregung der schlummernden Psora zu chronischer Krankheit, sowie **die häufigste Verschlimmerung schon vorhandener chronischer Übel im Menschenleben entsteht von Gram und Verdruß.**
Ununterbrochener Kummer oder Ärgernis erhöht ja selbst die kleinsten Symptome und entwickelt sie dann unvermutet zum Ausbruch aller erdenklichen chronischen Leiden gewisser und öfters, als alle anderen nachteiligen Einflüsse im gewöhnlichen Menschenleben auf den Organismus, wie denn beide ebenso gewiß und oft die schon vorhandenen Übel verstärken."

Fast als Aufruf Hahnemanns zum psychotherapeutischen Eingreifen könnte man den direkt im Anschluss folgenden Absatz verstehen:
„So wie der gute Arzt sich's schon zum Vergnügen macht, zur Beförderung einer nicht mit solchen Hindernissen befangenen Kur zu veranstalten, daß das Gemüt des Kranken möglichst erheitert und Langeweile von ihm abgehalten werde, **so wird er auch hier umso**

mehr die Verpflichtung in sich fühlen, alles anzuwenden, was in dem Bereich seines Einflusses auf den Kranken und seine Angehörigen und Umgebungen liegt, um Gram und Ärgernis von seinem Kranken zu entfernen. Dies wird, dies muß ein Hauptgegenstand seiner Sorgfalt und Menschenliebe sein."

Abschließender Kommentar

Viele meiner Patientinnen mit Hashimoto-Thyreoiditis befanden sich zum Zeitpunkt des Ausbruches in einer massiven akuten seelischen Belastungssituation – oft ausgelöst durch den Tod von Elternteilen oder Triangulationssituationen mit Rivalitäts- oder Eifersuchtsszenarien (Konkurrenz um eine berufliche Position oder um den Liebespartner). Dabei fiel häufig auf, dass es den Patientinnen nicht möglich war, mit angemessener Emotion (Trauer oder Wut) im Beziehungsgeschehen zu reagieren. Die daraus resultierenden Verzweiflungs- und Ohnmachtsgefühle richten sich dann häufig gegen die eigene Person in Form von Selbstvorwürfen und Selbstentwertungen, bei gleichzeitig hohem Pflichtbewusstsein. Häufig bestehen Angst und Panikgefühle.
In der Familienanamnese findet man oft despotische Eltern oder frühe Verluste von Elternteilen.
Die Kooperation mit körperorientiert arbeitenden psychotherapeutischen Kollegen und Kolleginnen war in vielen dieser Fälle sehr fruchtbar und erleichterte die homöopathische Therapie.

Aufgrund der Symptome der Patienten mit Hashimoto und deren Vorfahren würde ich die Hashimoto-Thyreoiditis am ehesten der sykotischen Tuberkulinie zuordnen. Häufige Mittel bei Hashimoto-Thyreoiditis in meiner Praxis sind bisher: Nat-m., Sep., Lach., Tub., Phos.

200 Jahre nach der Ersterscheinung des *Organon der Heilkunst* stehen zahlreiche körperorientierte Metho-

ARCANA®
GMP-zertifiziert

Qualität aus Tradition

Seit 1957 stellen wir LM-(Q)-Potenzen her. Die Herstellung erfolgt bei uns handverrieben und handverschüttelt. Als Familienunternehmen fühlen wir uns der homöopathischen Tradition verpflichtet. ARCANA setzt sich nachhaltig für die Erhaltung der Arzneimittelvielfalt in der Homöopathie ein.
www.arcana.de

den auf neurophysiologischer Basis zur Verfügung (Sensumotorische Psychotherapie, Pesso Boyden Psychotherapie, Sensory Awareness, Feldenkrais, Rolfing, Alexander Technik, Body-Mind Centering, Somatic experiencing, Rubenfeld-Synergie, Authentic movement, Hakomi, Atemarbeit nach Middendorf u.v.a. (32)), um „… alles anzuwenden, was in dem Bereich **unseres** Einflusses auf den Kranken und seine Angehörigen und seine Umgebung liegt, um Gram und Ärgernis von **unseren** Kranken zu entfernen …".

Diese modernen therapeutischen Verfahren und deren Weiterentwicklungen können den Patienten helfen, zu dem zu werden, wer sie wirklich sind und einen Heilungsraum für die Gesundung ihres Organismus herstellen. Sie schaffen neue Perspektiven, vielerlei sensumotorische Reaktionen und Symptome, wie intrusive Körperempfindungen, Erlebnisbilder, körperliche Schmerzen, Gefühle der Einschränkung, Taubheitsempfindungen, Schwindel etc. als Folgen des Traumas zu erkennen und zu behandeln (32). Damit wird es möglich, eine wesentliche, krankheitsunterhaltende Ursache zu begrenzen.

Die Herstellung von Gesundheit durch die Homöopathie, im Kanon dieser Techniken, ermöglicht die Heilung von Erkrankungen, die zu Hahnemanns Zeiten als aussichtslos galten (35).

Für Anregungen und Hinweise von Kollegen und Kolleginnen zum Thema sind wir dankbar.

Dr. med. Thomas Quak, Katrin Quak, Larissa Rudofsky
Homöopathische Akademie für
Postgraduiertenausbilung (HAPA)
Hauptstr. 18
82256 Fürstenfeldbruck

Dr. med. Thomas Quak
Pettenkoferstr. 1
80336 München
Seit 14 Jahren niedergelassen als Arzt in klassisch homöopathischer Privatpraxis in München. Seit 2009 auch in Fürstenfeldbruck. Leiter der homöopathischen Akademie für Postgraduiertenausbildung. Wesentliche Ausbildungseinflüsse durch Arthur Braun, Horst und Michael Barthel und Dario Spinedi. Herausgeber und Übersetzer von Clarkes ***Praktische Materia Medica****, Barthel & Barthel Verlag. Mitherausgeber und Autor des* ***Leitfaden Homöopathie****, Elsevier Verlag. Vorstandsmitglied der Hahnemanngesellschaft.*

Katrin Quak
Homöopathische Ärztin. Mutter von 5 Töchtern. Nach Studium, Assistenzzeit bei Dr. Michael Barthel und anschließender Kindererziehungszeit ist sie seit 2009 niedergelassen in homöopathischer Privatpraxis in Fürstenfeldbruck zusammen mit ihrem Mann Thomas Quak.

Larissa Rudofsky
Assistenzärztin in der homöopathischen Akademie für Postgraduiertenausbildung (HAPA) in Fürstenfeldbruck.

Literaturverzeichnis

1. Levine SN (1983): *Current concepts of thyroiditis*. Arch Intern Med 143: 1952–1956
2. Herold, G (2006): *Innere Medizin*
3. Volpé R (1978): *Acute thyroiditis*, in Werner SC, Ingbar SH (Hrsg): *The Thyroid*. Hagerstown, Md, Harper & Row Publishers. S. 983–985
4. Hazard JB (1955): *Thyroiditis: a review*. Am J Clin Pathol 25: 289–298
5. Hazard JB (1955): *Thyroiditis: a review, II*. Am J Clin Pathol 23: 399–426
6. Greene JN (1971): *Subacute thyroiditis*. Am J Med 51: 97–108
7. Volpé R (1978): *Subacute (nonsuppurative) thyroiditis*, in Werner SC, Ingbar SH (Hrsg): *The Thyroid*. Hagerstown, Md, Harper & Row Publishers S. 986–994
8. Intenzo CM, Capuzzi DM, Jabbour S, Kim SM, dePapp AE (2001): *Scintigraphic features of autoimmune thyroiditis*. Radiographics 21: 957–964
9. Padberg S, Heller K, Usadel KH, Schumm-Draeger PM: *One-Year Prophylactic Treatment of Euthyroid Hashimoto's Thyroiditis Patients with Levothyroxine: Is There a Benefit?* Thyroid 11: 249–255
10. Dayan CM, Daniels GH (1996): *Chronic autoimmune thyroiditis*. N Engl J Med 11: 99–107
11. Furszyfer J, Kurland LT, McConahey WM, Woolner LB, Elveback LR (1972): *Epidemiologic aspects of Hashimoto's thyroiditis and Graves' disease in Rochester*, Minnesota (1935–1967), with special reference to temporal trends. Metabolism 21: 197–204
12. Masi AT (1965): *Hashimoto's disease. An epide-*

miological study based on a community-wide hospital survey. J Chronic Dis 18: 35–57
13. Schmidt M, Voell M, Rahlff I, Dietlein M, Kobe C, Faust M, Schicha H: *Long-Term Follow-Up of Antithyroid Peroxidase Antibodies in Patients with Chronic Autoimmune Thyroiditis (Hashimoto's Thyroiditis) Treated with Levothyroxine*. Thyroid 18: 755–760
14. Brown J, Solomon DH, Beall GN, Terasaki PI, Chopra IJ, Van Herle AJ, Wu SY (1978): UCLA conference. *Autoimmune Thyroid Diseases-Graves' and Hashimoto's. Ann Intern Med* 88: 379–391
15. Strakosch CR, Wenzel BE, Row VV, Volpé R (1982): *Immunology of autoimmune thyroid diseases*. N Engl J Med 307: 1499–1507
16. Kidd A, Okita N, Row VV, Volpé R (1980): *Immunologic aspects of Graves' and Hashimoto's diseases*. Metabolism 29: 80–99
17. McGregor AM, Hall R (1989): *Thyroiditis*, in DeGroot LJ, Besser GM, Cahill GF (Ed.): *Endocrinology*. 2nd ed. Vol 1. Philadelphia, Pa: Saunders. S. 683–701
18. Hayashi Y, Tamai H, Fukata S, Hirota Y, Katayama S, Kuma K, Kumagai LF, Nagataki S (1985): *A long term clinical, immunological, and histological follow-up study of patients with goitrous chronic lymphocytic thyroiditis*. J Clin Endocrinol Metab 61: 1172–1178
19. Doniach D, Bottazzo GF, Russell RC (1979): *Goitrous autoimmune thyroiditis (Hashimoto's disease)*. Clin Endocrinol Metab 8: 63–80
20. Tunbridge WM, Brewis M, French JM, Appleton D, Bird T, Clark F, Evered DC, Evans JG, Hall R, Smith P, Stephenson J, Young E (1981): *Natural history of autoimmune thyroiditis*. Br Med J (Clin Res Ed) 282: 258–262
21. Werner SC, Ingbar SH (1978): *The Thyroid: A Fundamental and Clinical Text*. Hagerstown, Harper & Row
22. De Groot LJ, Stanbury JB (1975): *The thyroid and its diseases*. New York, Wiley

Buchhandlung
für Homöopathie
Online Bookshop
www.buchhenne.de

BuchHenne
Homöopathie

Dr. Bernd Henne
10717 Berlin Wilmersdorf
Nassauische Straße 13–14

Großes Fachsortiment
deutsch / englisch
Software
Zubehör
Kompetente Beratung

Montag bis Freitag
10–18.30 Uhr
Samstag 10–14 Uhr
info@buchhenne.de
Fon 030_873 62 52
Fax 030_873 63 93

23. Clark OH, Greenspan FS, Dunphy JE (1980): *Hashimoto's thyroiditis and thyroid cancer: indications for operation*. Am J Surg 140: 65–71
24. Tajiri J (2006): *Radioactive iodine therapy for goitrous Hashimoto's thyroiditis*. J Clin Endocrinol Metab 91: 4497–4500
25. Thomas CG, Rutledge RG (1981): *Surgical intervention in chronic (Hashimoto's) thyroiditis*. Ann Surg.193: 769–776
26. Barthel H (1983): *Charakteristika homöopathischer Arzneimittel*. Barthel & Barthel Verlag
27. Hahnemann S (1810): *Organon der rationellen Heilkunde*
28. Kent JT (1973): *Zur Theorie der Homöopathie*, 75–88, Verlag Grundlagen und Praxis
29. Köster W (2006): *Die Logik der Ganzheit*. Verlag Medicina Quantica de Espana S.L.
30. Quak T (2008): Homöopathische Krankheitslehre in *Leitfaden Homöopathie*: 50–88, Elsevier Verlag
31. Barthel H (1998): *Homöopathische Schätze*. Barthel & Barthel Verlag
32. Odgen P, Minton K, Pain C (2010): *Trauma und Körper*. Jungfermann
33. Rüegg JC (2007): *Gehirn, Psyche und Körper*, Schattauer
34. Schrenker L (2008): *Pesso Therapie*. Klett-Cotta Verlag
35. Hahnemann S (1982): *Chronische Krankheiten*. Theoretischer Teil. Barthel & Barthel
36. Barthel M (1982): *Die Wertung der Symptome*. Deutsches Journal für Homöopathie. Heft 2
37. Bischof N (1998): *Struktur und Bedeutung*. Hans Huber
38. Gerke S (2008): *Die homöopathische Behandlung seelischer Leiden*, Mitschrift eines Seminarvortrages.
39. Wright-Hubbard E (1995): *Kurzlehrgang der Homöopathie*, Barthel & Barthel

„Ich bin Mitglied im VKHD, weil ich mir schnelle und umfassende Informationen über berufspolitische Entwicklungen und eine stärkere Position der klassischen HomöopathInnen in unserem Gesundheitssystem wünsche"

Freia Kabel, HP
Hamburg

VKHD
Verband klassischer Homöopathen Deutschlands e.V.

Wir engagieren uns für

- berufspolitische Interessen auch auf europäischer Ebene
- Erhalt und die Qualität der homöopathischen Arzneimittelvielfalt
- Qualitätsförderung und Praxiserfolg
- angemessene Leistungserstattung

Wir sind für unsere Mitglieder da, mit

- Listung in unserer Therapeuten-Datenbank
- individueller, berufsspezifischer Beratung
- 400 Seiten starkem Praxisleitfaden
- umfassenden Serviceleistungen

Wagnerstr. 20
89077 Ulm
Tel.: 0731.40 77 22 -0
Fax: 0731.40 77 22 -40
mail: office@vkhd.de
http: www.vkhd.de