

M. L. Dhawale

**Karten-Repertorisation
nach C. M. Boger**

Übersetzt und mit Kommentaren versehen
von Dr. phil. Jens Ahlbrecht

Bernd von der Lieth



Verlag für Homöopathie

© Verlag für Homöopathie – Literatur und Software –
Bernd von der Lieth – Fon und Fax 040-81 58 59
P.B. 560144 D-22551 Hamburg, Germany
Homepage: www.liethpub.de Email: mail@liethpub.de

ISBN 3-926836-24-5

Jeder Nachdruck, jede Wiedergabe, Übersetzung, Vervielfältigung und Verbreitung, auch von Teilen dieses Werkes oder von Abbildungen, jede Abschrift auch auf fotomechanischem Wege oder auch im Magnettonverfahren, in Vortrag, Funk, Fernsehsendungen, Telefonübertragung sowie Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Verlages.
Printed in Germany 2003

INHALTSVERZEICHNIS

Vorbemerkung des Übersetzers	4
KARTEN-REPERTORISATION NACH BOGER	7
Wesentliche Merkmale	7
Auswahl der Rubriken	9
Unbefriedigende Ergebnisse	10
Bogers Karten-Repertorium	11
Fields Karten-Repertorium	13
Andere Karten-Repertorien	13
Verdeutlichende Fallbeispiele	14
Fall Nr. 1	14
Fall Nr. 2	15
Fall Nr. 3	17
Fall Nr. 4	19
Fall Nr. 5	24
Fall Nr. 6	28
Fall Nr. 7	33
Fall Nr. 8	38
Fall Nr. 9	41
Fall Nr. 10	43
Fall Nr. 11	46
Fall Nr. 12	49
Zusammenfassung und Schlussfolgerung	63
Literaturverzeichnis	65

Vorbemerkung des Übersetzers

Das Jahr 2002 stellte für die Verbreitung der nach wie vor im deutschsprachigen Raum eher unbekannteren Boger-Methode eine wichtige Wegmarke dar. Eine ganze Reihe seiner Werke sind in diesem Jahr erstmals auf Deutsch erschienen: Zu nennen sind hier der bereits seit Jahren angekündigte *Synoptic Key* mit Repertorium und *Materia Medica* sowie das *BBC-Taschenbuch*, das ebenfalls den kompletten Repertoriumsteil des *Synoptic Key* bzw. das *General Analysis* enthält und außerdem mit Rücksicht auf andere Werke Bogers und v. Bönninghausens behutsam um charakteristische Arzneimittel ergänzt wurde. In dem Band *Philosophie des Heilens* können erstmals wenigstens einige der zahlreichen Zeitschriften-Beiträge Bogers nachgelesen werden, und als sei dies alles noch längst nicht genug, liegen zudem für die praktische Arbeit das *BBC-Taschenbuch* als Computer-Repertorisations-Software und das *General Analysis* als Karten-Repertorium vor.

Damit sind eigentlich alle Voraussetzungen für eine neue Stufe der Boger-Adaption gegeben: die der breitflächigen praktischen Anwendung und Evaluation. Und hier genau beginnt das Problem: Bekanntlich liegen von Boger selbst nur ein paar karge Sätze vor, eher zufällig als Diskussionsbeiträge oder in Briefform überliefert, in denen er Hinweise darauf gibt, wie seine beiden kleinen Repertorien, und hier vor allem das *General Analysis* verwendet werden sollten. Diese wenigen Anweisungen sind – Boger bleibt eben Boger – von einer außerordentlichen Präzision und Klarheit – allein es mangelt an dokumentierten Fällen, die die Arbeit mit dem *General Analysis* veranschaulichen und die spezifische Herangehensweise dieses genuinen, sowohl von Bönninghausen als auch von Kent grundverschiedenen Ansatzes nachvollziehbar und verstehbar machen.

Die vorliegende Übersetzung des entsprechenden Kapitels aus M. L. Dhawales *Principles & Practice of Homoeopathy* sucht diesem Mangel abzuhelpfen, indem hiermit dem deutschsprachigen Publikum ein Text zugänglich gemacht wird, der, in ein umfassendes, über 600 Seiten starkes Lehrbuch der Homöopathie eingebettet, neben einer kurzen Einführung in die wesentlichen Grundlagen der Boger'schen Karten-Repertorisation insgesamt zwölf überaus detaillierte Fallbeispiele mit entsprechenden Analysen und Repertorisierungen beinhaltet. Der kurze Methodikteil erhält zusätzliches Gewicht dadurch, dass in ihm ein Brief bzw. Passagen eines Briefes abgedruckt sind, den Boger wenige Monate vor seinem Tod an den indischen Homöopathen L.D. Dhawale schrieb und in dem er ein im Vergleich zu früheren Aussagen geändertes Konzept bezüglich

der Hierarchisierung der Symptome bei der Karten-Repertorisation vorstellt.

Anders als in anderen Teilen der homöopathischen Welt sind Bogers Repertorien in Indien stets in der alltäglichen Arbeit präsent geblieben: S. R. Phatak arbeitete fast ausschließlich mit dem *Synoptic Key*, den er Überlieferungen zufolge auswendig kannte, und P. Sankaran ergänzte das *General Analysis* und erarbeitete daraus sein *Pocket Repertory*, von dem es ebenfalls eine Karten-Version gab. Angesichts dieser starken Tradition verwundert es nicht, dass auch Dhawale mit einem im Hinblick auf die Anzahl sowohl der Rubriken als auch der Arzneien beträchtlich erweiterten Karten-Repertorium arbeitete, dem *Synoptic Card Repertory*. Mit diesem wurden insgesamt sieben der zwölf Fälle analysiert (die anderen fünf mit dem *General Analysis*); um diese Fälle auch für die mit dem *General Analysis* arbeitenden Kollegen transparenter zu gestalten, wurden hierzu vom Übersetzer in Fußnoten entsprechende Ausarbeitungen mit dem *General Analysis*-Karten-Repertorium beigefügt. Diese Analysen zeigen prägnant, dass im Hinblick auf die Fallanalyse und die daraus abgeleitete Rubrikenauswahl bereits beträchtliche Unterschiede zwischen einem Karten-Repertorium wie dem *Synoptic Card Repertory* mit seinen schätzungsweise 700 Rubriken und dem *General Analysis*, das nur etwa auf die Hälfte kommt, bestehen.

Das Kapitel über die Methode der Karten-Repertorisation bildet, nach der Abhandlung von Bönninghausen und seinem *Therapeutischen Taschenbuch*, Bogers *Boenninghausen's Characteristics & Repertory* sowie Kent und seinem *Repertorium der homöopathischen Arzneimittel*, in Dhawales *Principles & Practice of Homoeopathy* die letzte Stufe in der Darstellung unterschiedlicher Konzepte bezüglich Fallanalyse und Repertorisation sowie der jeweils entsprechenden Repertorien. Dies erscheint insofern logisch, als man den Ansatz des späten Boger durchaus als den Versuch einer Synthese der vorgängigen Konzepte ansehen kann. Dass diese Auffassung möglicherweise auch von Dhawale geteilt wird, ist der Gewichtung der einzelnen Richtungen in seinem Werk zu entnehmen: Auf eine detaillierte und kenntnisreiche Einführung in die Bönninghausen-Methode folgen in einem separaten Kapitel sieben Falldarstellungen, die mit dem *Therapeutischen Taschenbuch* erarbeitet wurden. Daran schließt sich das *BBCR*-Kapitel mit vier Beispielfällen an; darauf folgt das Kent-Kapitel mit wiederum vier Fallbeispielen, bevor das Kapitel über die Boger'sche Karten-Repertorisation mit zwölf Lehrfällen den Abschluss bildet. Dieser letzte Abschnitt enthält damit nicht nur annähernd so viele Fälle wie die drei ersten Sektionen zusammen, sondern ist zugleich auch

der einzige Abschnitt, in dem bereits vorher in anderem Zusammenhang erläuterte Fälle noch einmal aufgegriffen und mit einem Karten-Repertorium analysiert werden. Dabei wird – mit Ausnahme eines einzigen Falles – keine Aussage darüber gemacht, mit welchem Konzept der Fall seinerzeit in der Praxis tatsächlich gelöst wurde. Da Dhawale, wie oben angesprochen, ein eigenes Karten-Repertorium erstellt hat, ist anzunehmen, dass er dieses auch in der Praxis eingesetzt hat. Doch selbst, wenn man unterstellt, die Fälle seien mit dem Karten-Repertorium lediglich nachgearbeitet, imponiert doch, dass ganz offensichtlich nahezu alle zuvor besprochenen und mit unterschiedlichen Strategien analysierten Fälle für eine Karten-Repertorisation geeignet waren. Diese scheinbare Universalität wird allerdings dadurch etwas eingeschränkt, dass – mit Ausnahme eines *Nux moschata*-Falles im Kent-Kapitel – sämtliche Beispielfälle ausnahmslos durch große Polychreste geheilt wurden (Sulph., Phos., Sep. und Lyc.).

Die vorliegende Übersetzung versucht so nah wie möglich am Originaltext zu bleiben, was sich in puncto Lesbarkeit und sprachlicher Ästhetik manchmal als nicht gerade förderlich erweist. Auch was die Formatierung angeht, wurde, obwohl hierbei einige formale Disharmonien in Kauf genommen werden mussten, an diesem Prinzip festgehalten. Hinweise auf etwaige Unzulänglichkeiten in der Übersetzung sind stets willkommen.

Dr. phil. Jens Ahlbrecht

* Heilpraktischer Psychotherapeut * Schloßstraße 68 * D-35444 Königsberg * jensahl@aol.com *

Karten-Repertorisation nach Boger¹

Wesentliche Merkmale

Die Karten-Methode der Repertorisation wurde von Boger in erster Linie als eine Unterstützung für den viel beschäftigten Arzt entwickelt, der sich mit einem chronischen Fall konfrontiert sieht. Sie lässt eine beträchtliche Zeitersparnis zu und erlaubt ein Maß an Flexibilität in der Ausarbeitung eines Falles, wie es durch andere Methoden der Repertorisation unmöglich erreicht werden kann. Mit ihr können wir Umstellungen und Kombinationen von Rubriken wesentlich schneller auswerten. Aber sie hat auch ihre eigene methodologische Fundierung, die beherrscht werden muss, bevor sie zufriedenstellende Ergebnisse hervorbringen kann. Ihre erfolgreiche Anwendung setzt sichere Kenntnisse voraus bezüglich:

- der Klassifikation und Bewertung von Symptomen
- dem Konzept der Totalität der Symptome
- dem Anwendungsbereich und den Grenzen der Methode der Repertorisation und
- dem Ansatz Bönninghausens.

Die Methode basiert auf dem Lochkartensystem zum Erfassen und Klassifizieren von Daten. Dieses System der visuellen Auswertung entlastet den Arzt durch den Wegfall der Notwendigkeit, die Rubriken und die Arzneien herauszuschreiben. Stattdessen werden Karten, auf denen jeweils die für die Rubrik indizierten Arzneien gelocht sind, übereinander gelegt, so dass die in allen ausgewählten Rubriken durchgängigen Arzneien durchscheinen. Es ist offensichtlich, dass eine numerische Auszählung der Wertigkeiten bei dieser Methode der Repertorisation kaum eine Rolle spielt.

Diese Methode funktioniert am besten, wenn der Bönninghausen-Ansatz befolgt wird. Es muss daran erinnert werden, dass der Sicherheits-Spielraum beim Arbeiten mit den Karten notwendigerweise gering ist [„low margin of safety“]. Jeder Fehler bei der Bewertung der Symptomatologie wird sofort seinen Niederschlag in schlechten Ergebnissen finden.

Die folgenden sind die grundlegenden Kennzeichen der Karten-Methode der Repertorisation:

¹ M. L. Dhawale: Principles & Practice of Homoeopathy. Published by the Institute of Clinical Research. Bombay 1967, 1985, 1994, S. 263-285.

1. Als Rubriken werden wichtige Allgemeinsymptome verwendet, wobei auf den Karten nur Arzneien von höherer Wertigkeit wie etwa dem 2. oder 3. Grad bei Kent gelocht sind (Arzneien mit der Wertigkeit 1 wurden ausgelassen). Dies ist wesentlich, denn eine Berücksichtigung der niedrigwertigen Arzneien würde eine visuelle Auswertung nahezu unmöglich erscheinen lassen. Aus diesem Grund muss man sich sicher sein, dass die ausgewählten Rubriken wichtige Aspekte des Falles abdecken.
2. Die Karten werden verwendet, um mit größtmöglicher Wahrscheinlichkeit eine Gruppe von Arzneien zu bestimmen, die aufs Engste mit dem allgemeinen Bild [„general picture“] des Falles korrespondiert; sie werden nicht eingesetzt, um bis auf eine einzelne, zuletzt übrig bleibende Arznei durchzurepertorisieren.
3. Die weitere Differenzierung dieser Gruppe erfolgt nicht über die Karten. Für diese Feindifferenzierung müssen vollständigere Arzneiverzeichnisse, wie sie in Gestalt der größeren Repertorien wie etwa dem Kent'schen vorliegen, herangezogen werden, da andernfalls die Gefahr bestünde, an diesem Punkt Arzneien mit niedriger Wertigkeit auszuschließen.
4. Teil- bzw. Lokalsymptome [„particulars“] werden erst zur Differenzialdiagnose der über die Allgemeinsymptome [„Generals“] bestimmten Gruppe von Arzneien verwendet; dies macht deutlich, dass Lokalsymptome in der Methode der Karten-Repertorisation keinen Platz haben. Von daher bringt die Aufnahme solcher Teil- oder Lokalsymptome in das Karten-Repertorium nur geringe Vorteile oder birgt umgekehrt sogar die Gefahr der Fehlleitung in sich.
5. Da eine die Wertigkeitsgrade berücksichtigende Auswertung bei dieser Methode keine Rolle spielt, bringt der Aufdruck der Wertigkeitsgrade der Arzneien auf die Karten keine Vorteile.
6. Mit Rücksicht auf die selektive Auswahl der auf den Karten berücksichtigten Arzneien ist unbedingt der Grundsatz einer verantwortungsvollen Generalisierung [„limited generalization“] zu befolgen, derzufolge nur solche Empfindungen und Modalitäten generalisiert werden, die in mehr als zwei Lokalisationen vorliegen. Dieser Punkt wird häufig übersehen, weshalb die Generalisierung auf unsicherem Fundament einen der häufigsten Fehler im Umgang mit dem Karten-Repertorium darstellt.

7. Ein Fall mit schwachen Allgemeinsymptomen und starken Teil- bzw. Lokalsymptomen ist deshalb für die Arbeit mit dem Karten-Repertorium ziemlich ungeeignet. Das Karten-Repertorium wird am besten bei der Behandlung eines chronischen Falles eingesetzt.
8. Ein chronischer Fall präsentiert in der Regel ein komplexes Symptombild, dessen erfolgreiche Behandlung eine äußerst kritische Bewertung der Symptome voraussetzt. Im Folgenden soll die bei der Auswahl der Rubriken anzuwendende Methode vorgestellt werden.

Auswahl der Rubriken

Die nachfolgenden Regeln dienen der allgemeinen Orientierung:

1. Die Zuordnung [„conversion“] der Symptome des aufgenommenen Falles zu Rubriken sollte gewissenhaft und fehlerfrei [„accurate“] erfolgen.
2. Die unzulässige Generalisierung eines Teil- oder Lokalsymptoms sollte vermieden werden.
3. Charakteristische Begleitsymptome [„characteristic concomitants“] sind stets in die Fallanalyse zu integrieren.
4. HÖCHSTE PRIORITÄT sollte der KRANKHEITSURSACHE zukommen. Sich niederschlagende oder prädisponierende Einflussfaktoren, speziell auf der emotionalen Ebene, verlangen höchste Aufmerksamkeit. Grundlegende Charakterzüge, die für die Krankheit verantwortlich sind, sowie konstitutionelle Tendenzen und Defekte (Diathesis) kommen in dieselbe Kategorie.
5. Verschlimmerungen stehen an ZWEITER Stelle.
6. Verbesserungen kommen an die DRITTE Stelle.
7. Erkrankungen des grundlegenden biologischen Antriebs (Überleben des Individuums und der Gattung) und markante Abweichungen physiologischer Funktionen (Schlaf, Sexualität usw.) stehen an VIERTER Stelle.
8. Symptome der Geistes- und Gemütssphäre [„Mental symptoms“] (besonders markante Abweichungen im Vergleich zum Zustand vor der Erkrankung) sind von großer Bedeutung für die Differenzialdiagnose der Arzneimittelgruppe; zu diesem Zweck ist es ratsam, wenn erforderlich, auf das Kent'sche Repertorium zurückzugreifen.

9. Bei einem Fall langandauernder Beschwerden gilt Folgendes:
- a. Die als Letztes erschienene Symptomengruppe ist für die Verschreibung die wichtigste.
 - b. Die frühere Krankengeschichte (alte Symptome) und die Familienanamnese liefern verlässliche Hinweise auf die Diatthese und miasmatische Einflüsse.
 - c. Ein unverfälschtes Krankheitsbild vom Beginn der Erkrankung kann einen wichtigen Hinweis auf das *Simillimum* liefern.
 - d. Jedem Anzeichen von Unterdrückungen sollte die höchste Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Unbefriedigende Ergebnisse

Die geringe Sicherheit bei der Arbeit mit dem Karten-Repertorium bringt den Anfänger häufig in Schwierigkeiten. Die scheinbare Leichtigkeit der Arbeit mit den Karten stellt eine zu starke Versuchung für den Anfänger dar, der nicht die nötige Zeit für und die Übung in der Erarbeitung dieser exakten Methode hat. *Lycopodium*, *Pulsatilla* und *Sulphur* haben die charakteristische Neigung, immer und immer wieder in nahezu jeder Analyse zu erscheinen, die ein Anfänger mit Bogers Karten-Repertorium vornimmt. Diese Situation, die nicht wenige zur Verzweiflung gebracht hat, kann auf einen der nachfolgenden Gründe zurückzuführen sein:

1. Unsachgemäße Fallaufnahme: Unzureichende Erhebung der Allgemeinsymptome.
2. Unsachgemäße Fallanalyse: Symptome von niedrigem Rang ersetzen die wichtigen.
3. Unsachgemäße Generalisierung: Generalisierung auf unzureichender Grundlage.
4. Unsachgemäße Rubrizierung: Falsche Konvertierung der Symptome in Rubriken.
5. Durchrepertorisieren bis zu einer übrig bleibenden Arznei.
6. Unsachgemäße Fallauswahl: Ein Fall mit schwachen Allgemeinsymptomen und starken Teil- bzw. Lokalsymptomen.

Bogers Karten-Repertorium

Bogers *Karten-Repertorium* basiert auf dem *General Analysis*, das in seiner 6. Auflage die größte Errungenschaft Bogers repräsentiert. Die Wertigkeitsgrade der Arzneien im *General Analysis* entsprechen dabei nicht den in seinen übrigen Werken zugeordneten Wertigkeitsgraden. Wir zitieren nachstehend aus Dr. C. M. Bogers Brief an den verstorbenen Dr. L. D. Dhawale:

„Dass sich die Homöopathie in einem gewissen Maß jeder Geistesart anpassen kann, ist der beste Beweis ihrer wissenschaftlichen Grundlage. Einige legen den Schwerpunkt auf dieses, andere auf jenes Charakteristikum, ganz ihrer Auffassung entsprechend, aber wir haben Hahnemanns grundlegende oder zentrale Idee, dass, je weiter ein bestehendes Symptom vom gewöhnlichen Verlauf der Krankheit abweicht, desto größer sein therapeutischer Wert ist. Beim Sammeln aller Symptome eines gegebenen Syndroms ist es nicht immer leicht, *das zentrale Symptom* herauszufinden, in das sich alle anderen einfügen, und selbst wenn dies einmal erfolgt ist, macht es das keineswegs leichter, dieses im Wirkungsfeld einer Arzneiprüfung gemeinsam mit den meisten anderen wesentlichen Symptomen zu finden. Diese Methode verlangt Umsicht und Scharfsinn. Die umgekehrte Methode stellt alle Symptome zusammen, legt den Schwerpunkt auf die numerische Häufigkeit, verlässt sich jedoch auf die feinere Differenzierung; dies ist extrem arbeitsaufwendig und aus vielen Gründen oft unpraktisch.

In meinem Kartensystem habe ich einen Mittelweg gewählt, indem ich die *anatomische Wirkrichtung* [„anatomical sphere“] bestimme, in der ein Symptom erscheint und vorkommt, diese zunächst durch die Modalitäten einschränke und dann die Anzahl der verbleibenden Arzneien reduziere, indem ich die *diskreten Symptome* [„discrete symptoms“] berücksichtige, die im Kent gefunden werden können. Dies reduziert die Arzneien bald auf eine kleine Zahl, bei der die Übersicht über den in der Pathogenese vorgegebenen Gemütsbereich die Entscheidung bringt.

In jedem System ist es selbstverständlich, dass die umfangreichere Pathogenese mehr Symptome eines Falles abdecken wird als die kleineren, was ein zusätzlicher Grund dafür ist, dass wir in unserer Praxis Experten im Erkennen der merkwürdigen und ungewöhnlichen [„odd and unusual“] Symptome werden sollten.² Dies ist alles nicht neu für

² Dieser Satz bereitet einige Übersetzungsprobleme; im Original lautet er: *In any system it must be self evident that the larger pathogenesis will cover more case than the smaller ones which is an additional reason why we should become expert in picking out the odd and unusual ones for our guide.* Unklar ist zunächst, ob *pathogenesis* hier auf die Symptome des Kranken oder auf die Symptomenreihe einer Arznei referiert, wobei die letztgenannte Variante eindeutig mehr Sinn zu machen scheint. Weitere Probleme bereitet das im Singular stehende *case*: Übersetzt man den Ausdruck in dem Sinn von *in any given*

Sie, aber eine Aussage in einer etwas abgewandelten Form macht möglicherweise einige Punkte für Sie klarer.

..... Die Karten und das Begleitbuch stellen meine jüngsten Ideen und Vorstellungen bezüglich den Wertigkeiten dar. Die nächste Ausgabe wird in jeder Hinsicht sehr viel besser sein, sowohl was das Buch, als auch, was den Rest betrifft.

Ich bin glücklich, dass mein Bönninghausen Ihnen so viel geholfen hat; die Überarbeitung schreitet allmählich voran, wird aber zwei weitere Jahre bis zum Abschluss benötigen.

..... In bin in der Medizin tätig seit 1882, habe 1888 meinen Abschluss gemacht und würde gerne diese beiden Werke beenden, bevor es zu spät dafür ist, noch etwas daran zu tun.³

Zum Nachteil des homöopathischen Berufsstandes verblieb Boger nur Zeit bis zum September 1935 und die Überarbeitung konnte nicht vollendet werden. Der Brief dokumentiert trotzdem sehr gut die von ihm kaum sechs Monate vor seinem Tod vertretenen Auffassungen und führt uns den gewissenhaften und hart arbeitenden Arzt vor Augen, der stets nach Vervollkommnung gestrebt hat.

In der Diskussion der pathologischen Allgemeinsymptome [„pathologic generals“] wurde darauf hingewiesen, dass Boger bei der Reduzierung der Repertorisationsarbeit großen Nutzen aus ihnen zog. Aus dem oben Gesagten wird auch klar, dass er der Lokalisation ebenfalls eine große Bedeutung zugewiesen hat. Demzufolge sollte nach Boger die Auswahl von Arzneien geleitet sein durch Rubriken, die die Lokalisationen und die pathologischen Allgemeinsymptome betreffen. Mit Rücksicht auf die Unvollständigkeit der Materia Medica und die Undurchführbarkeit von Arzneimittelprüfungen bis zu dem Punkt, an dem diese pathologische Gewebeveränderungen zeigen, wurde bereits auf die Grenzen dieses Ansatzes hingewiesen. Aus diesem Grund befürworten wir einen Beginn

case, entsteht die im Text gewählte Übersetzungsvariante; denkbar wäre allerdings auch, diese Singularform der für die Boger'sche Schreibweise charakteristischen Tendenz zur elliptischen Verknappung zuzuschreiben. Von diesem Standpunkt aus könnte man die Passage gleichsam re-pluralisierend denn auch mit *more cases*, also *mehr Fälle* übersetzen. Dass diese zweite Variante nicht weniger wahrscheinlich ist als die erste, zeigt die Wiederholung des Topos der Singularisierung im zweiten Satzteil, in dem es heißt: *we should become expert* und eben nicht *experts*! Bezogen auf die Gesamtaussage des Satzes hat dieser Bedeutungsspielraum allerdings keine Konsequenzen: Boger akzentuiert hier deutlich die Relevanz der Symptome nach § 153 und nimmt damit indirekt Bezug auf die der Arbeit mit dem *General Analysis* immanente und von Dhawale ja bereits auch explizit angesprochene Gefahr, stets nur die großen Polychreste zu repertorisieren.

³ Die Bedeutung der beiden Punktzeilen im Text ist unklar. Da hier aber – vor allem im zweiten Fall – auch inhaltlich Brüche zu spüren sind, handelt es sich wahrscheinlich um die Kenntlichmachung von Auslassungen.

der Analyse mit den Modalitäten, wie dies bereits dargestellt wurde. Die Erfahrung zeigt, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle alleine bereits die Modalitäten den Behandler in die Lage versetzen, die Auswahl auf eine Gruppe von drei bis vier Arzneien zu beschränken, wenn der Fall gut aufgenommen worden ist.

Bogers *General Analysis* gibt einem Arzt mit einiger Erfahrung und guten Kenntnissen bezüglich *Materia Medica* und anderen Repertorien eine gute Anleitung. Für den Anfänger kann die von Boger durchgeführte hoch selektive Auswahl der Arzneien ziemlich irreführend sein. „Umsicht und Scharfsinn“ wird von dem Arzt verlangt, der dieses Werk bevorzugt, und naturgemäß benötigen diese Eigenschaften eine gewisse Zeit bis zu ihrer Herausbildung.

Gleichzeitig erweist sich die geringe Anzahl an Rubriken manchmal als großes Handicap. Trotz alledem bleibt dieses Werk ein außergewöhnliches Beispiel eines Auswahlverfahrens sowohl von Rubriken als auch von Arzneien und bietet den wenigen, die dem Anspruch auf „Umsicht und Scharfsinn“ genügen können, eine schnelle Anleitung und Führung.

Fields Karten-Repertorium

Dieses *opus magnum* von weit über 6000 Karten ist nicht mehr erhältlich. Es basiert auf dem Konzept des Kent'schen Repertoriums, enthält aber noch zusätzliche Rubriken. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass Teil- und Lokalsymptome bei der Methode der Karten-Repertorisation keine Rolle spielen dürfen. Den Beweis hierfür erbringt der Versuch, die Arbeit mit diesem Repertorium auf diese auszuweiten. Auf jeder Karte sind die Arzneien durch Nummern angezeigt; eine aufschlüsselnde Übersicht ist mitgeliefert. Ein Begleitbuch verzeichnet nur die Rubriken, nicht aber die Arzneien wie in Bogers *General Analysis*. Das Repertorium ist viel zu unhandlich für den täglichen Gebrauch und verschönert lediglich die Regale seiner wenigen Besitzer.

Andere Karten-Repertorien

Es gibt eine ganze Reihe anderer Karten-Repertorien, die von Zeit zu Zeit zusammengestellt wurden, aber keines genießt auch nur annähernd die gleiche Reputation wie Bogers *General Analysis*. Da gibt es zum Beispiel Farleys *Spindle Repertory*, das über seinen Mangel an Allgemeinrubriken nicht hinwegkommt und an manchen Stellen angezeigte Arznei-

en auslöst. Das Repertorium von Jugal Kishore beinhaltet viele Teil- und Lokalsymptome und verzeichnet auf den Karten Wertigkeiten in zwei Graden. Beide Eigenschaften tragen wenig zu dem Wert dieses Karten-Repertoriums bei.

Sankarans *Karten-Repertorium* stellt einen Versuch dar, die praktische Anwendbarkeit von Bogers *General Analysis* durch die Ergänzung sowohl von Rubriken als auch von Arzneien, die dort ausgelassen worden waren, zu erhöhen.

Zum Abschluss soll noch auf das *Synoptic Card Repertory* hingewiesen werden, das von Dr. L. D. Dhawale, einem anerkannten Vertreter des Boger-Ansatzes, zusammengestellt wurde, um den in der Arbeit mit Bogers *Karten-Repertorium* entstehenden Schwierigkeiten abzuwehren. Es repräsentiert das Beste von Boger und beseitigt die meisten Unzulänglichkeiten dieses großartigen Werkes.

Verdeutlichende Fallbeispiele

Fall Nr. 1

Quelle: Fall Nr. 1 aus Roberts *Anleitung zum Gebrauch von Bönninghausens Therapeutischem Taschenbuch*⁴

Der Patient litt entsetzlich unter einem Tic Douloureux; die intensiven Krämpfe traten in Fünf-Minuten-Intervallen auf. Er hatte akute ziehende Schmerzen im linken Trigeminiusbereich, begleitet von einer umschriebenen Hitze des Gesichtes und profusem Kopf- und Brustschweiß. Oberkiefer und Wange waren sehr empfindlich und schmerzhaft. Sein Zustand verschlimmerte sich bei Berührung, Aufregung oder Sprechen, ferner bei nassem und feuchtem Wetter, Verschlimmerung auch des Nachts. Besserung durch Reiben. Mit den Anfällen trat gleichzeitig auch immer Heißhunger auf. Seine Vorgeschichte enthüllte, dass er jahrelang unter einem Ohrausfluss gelitten hatte, der vor acht Jahren von einem Spezialisten beseitigt worden war, seit der Zeit

⁴ In Dhawales Buch werden die ersten drei Fälle aus Roberts *Anleitung zum Gebrauch von Bönninghausens Therapeutischem Taschenbuch* nicht explizit abgedruckt. Daran zeigt sich indirekt einmal mehr, welcher Verbreitung sich die Bönninghausen-Methode in Indien ganz offensichtlich erfreut bzw. zur Zeit des Erscheinens von Dhawales Arbeit erfreut hat, dass Besitz und Kenntnis von Roberts *Anleitung* stillschweigend beim Publikum vorausgesetzt werden können. Da dies im deutschsprachigen Raum nicht der Fall ist, werden die entsprechenden Falldarstellungen hier eingefügt. Zitiert wird aus: Roberts, H. A.: *Anleitung zum Gebrauch von Bönninghausen's Therapeutischem Taschenbuch*. Übersetzt von J. Hardt. Verlag für homöopathische Literatur und Software Bernd von der Lieth, S. 30.

litt er unter diesen heftigen Schmerzattacken, die sowohl an Häufigkeit wie auch an Heftigkeit zunahmen.

Repertorium: Bogers *Karten-Repertorium*

Auswahl der Rubriken

Nr.	Karte ⁵	Rubrik	Kommentar
<i>1. Hauptbeschwerde</i>			
1	203	Nervenschmerzen	Lokalisation
2	201	Nässe, Durchnässung, nasses Wetter, Baden, Arbeiten im Wasser, feuchte Räume etc. agg.	Modalitäten
3	098	Gemütsbewegungen, Gefühlserregung [agg.]	
<i>Arzneien</i>			<i>Ars. – Lyc. – Puls. – Sulph.</i>
<i>2. Begleitsymptome</i>			
4	207	Ohren	
5	004	Absonderungen amel., Erscheinen eines Hautausschlages amel.	Auslösender Faktor
<i>Arzneien</i>			<i>Lyc. – Puls. – Sulph.</i>
6	014	Appetit, verändert	+ + +
7	320	Wellen, Wallungen, Orgasmen, fliegende Hitze	0 0 +
8	261	Schweiß, partiell	0 + +

Bestätigung

Die weitere Bezugnahme auf das Kent'sche *Repertorium* und die *Materia Medica* bestätigt schnell die Wahl von *Sulphur* als dem *Simillimum*.⁶

Fall Nr. 2

Quelle: Fall Nr. 2 aus Roberts *Anleitung zum Gebrauch von Bönninghausens Therapeutischem Taschenbuch*⁷

⁵ Die angegebenen Nummern beziehen sich auf die Nummerierung der deutschsprachigen Karten-Ausgabe des *General Analysis*, herausgegeben vom Verlag für homöopathische Literatur und Software Bernd von der Lieth.

⁶ Bei dieser ersten Fallanalyse repertorisiert Dhawale – möglicherweise aus didaktischen Gründen – Hauptbeschwerde und Begleitsymptome getrennt voneinander. Andernfalls wäre die nach Dhawale höchste Priorität genießende Causa der Unterdrückung „Absonderungen amel.“ mit Sicherheit in einer deutlich früheren Phase der Auswertung berücksichtigt worden.

⁷ H. A. Roberts: *Anleitung zum Gebrauch von Bönninghausen's Therapeutischem Taschenbuch*. Übersetzt von J. Hardt. Verlag für homöopathische Literatur und Software Bernd von der Lieth, S. 32.

Ein akuter Fall. Besonders interessant, weil er von zwei fähigen Homöopathen erfolglos behandelt worden war. Der Patientin ging es fortwährend schlechter. Außerdem war sie labormäßig untersucht worden. Die 65-jährige Frau klagt über einen Schmerz, der als Wundheitsgefühl im rechten Hypochondrium begonnen und sich zu einem Wundheits-schmerz gesteigert hatte. Erleichterung hat sie im Sitzen und nach Aufstoßen (Rülpsen). Schlimmer ist es im Liegen auf der rechten Seite, bei Bewegung, speziell beim Umdrehen im Bett. Der Schmerz ruft Schwitzen hervor. In der Gegend des rechten Schulterblattes hat sie einen Schmerz wie von wiederholten Stößen. Ihr Mund ist ausgesprochen trocken. Es besteht eine große Abneigung gegen Essen und Trinken, und schon der Geruch der Speisen oder ein anderer starker Geruch sind ihr widerlich und rufen Übelkeit hervor. Die Patientin erbricht sich, sobald Flüssiges im Magen warm wird. Sie hat keinen Durst. Außerdem ist sie sehr aufgebläht, Winde gehen jedoch nicht ab. Der Urin ist von widrigem Geruch. Es mag uns eigenartig vorkommen, dass zwei unserer besten Kollegen die herausragenden Merkmale des heilenden Mittels nicht sahen. Dies geschah möglicherweise, weil die Patientin nicht dem charakteristischen ‚Typ‘ des Simillimums entsprach. Sie hatte damals 19.000 Leukozyten.

Repertorium: Bogers Karten-Repertorium

Auswahl der Rubriken

Nr.	Karte	Rubrik	Kommentar
1	166	Leber und Gallenblase	Lokalisation
2	033	Blut, Sepsis	Pathologisches Allgemeinsymptom
3	048	Druck agg., Liegen auf der schmerzhaften oder leidenden Seite etc.	Modalität der Hauptbeschwerde
4	100	Gerüche, Gestank agg.	Begleitsymptom

Durchgängige Arzneien *Belladonna, Nux vomica und Phosphorus*

Differentialdiagnose

Phosphorus ist die einzige Arznei der drei oben genannten, die in der Rubrik „Erbrechen, Trinken, warm wird; sobald das Wasser im Magen“ vertreten ist. Dieses ist übrigens eines der wichtigen Leitsymptome von *Phosphorus*.⁸

⁸ Bei der Repertorisation fällt auf, dass Dhawale – wie schon im ersten Beispiel auch - den Fall ganz im Sinne der von Boger in dem zitierten Brief an Dhawale sen. vorgeschlagenen Vorgehensweise hierarchisiert (erst die anatomische Sphäre, dann die Modalitäten), obwohl er in seinen Darstellungen mit dem Hinweis auf die Unvollständigkeit der Rubriken

Fall Nr. 3

Quelle: Fall Nr. 5 aus Roberts *Anleitung zum Gebrauch von Bönninghausens Therapeutischem Taschenbuch*⁹

Eine junge Frau von 35 Jahren wurde von ihrem Hausarzt zu mir gebracht, weil er sich keinen Rat mehr wusste: Sie ist tief deprimiert, weint viel und fühlt sich von ihrem sonst so fröhlichen Ich so weit entfernt, „dass sie sich vor sich selbst fürchtet“. Sie hat ein wahnsinniges Bedürfnis herumzulaufen, jedoch eine Abneigung gegen jegliche Arbeit, körperliche oder geistige. Sie „sieht dem Tag mit Schrecken entgegen“, fühlt sich, als ob sie allein in der Welt stünde. Musik, die sie sonst sehr mochte, ist ihr jetzt ausgesprochen zuwider. Sie gibt an, dass sie eine schwere Zeit hinter sich habe, sich ihr Weg jetzt aber geebnet habe und es eigentlich keinen Grund mehr gebe, nicht glücklich und zufrieden zu sein. Seit mehreren Tagen hat sie nicht geschlafen. Kürzlich erwachte sie von einem innerlichen Zittern, das besonders stark in der Magengrube auftrat. Sie fühlt sich „schwach in den Knien“ und leidet unter einem innerlichen Leeregefühl, was sich nach 16 Uhr bessert. Sie hat eine Abneigung gegen Gesellschaft entwickelt, besonders gegen Menschenmengen. Sie hat beträchtliche Kopfschmerzen, ein dumpfer Schmerz, der sich über die Stirn erstreckt. Morgens ist er stärker, und wenn sie sich bückt, wird er klopfend. Im linken Ohr hört sie ein klingendes Geräusch. Außerdem klagt sie über eine Art Druck auf den Ohren, als ob diese verstopft wären. Ihre Mandeln sind vergrößert, Sie isst schlecht und hat in der letzten Zeit 15 Pfund abgenommen. Sie schwitzt am ganzen Körper. An den Füßen, die auch stark schwitzen, hat sie Blasen. Ihre Nägel sind brüchig.

Repertorium: Dhawales *Synoptic Card Repertory*

mit Gewebebezug die Modalitäten noch an die erste Stelle gesetzt hatte. Dies wird besonders deutlich an der zweiten von ihm gewählten Rubrik, die auf die gestiegene Leukozytenzahl fokussiert. Zur weiteren Absicherung der Repertorisation hätten sich auch noch die starke Flatulenz (Karte Nr. 080 „Flatulenz, Blähungen“), die Abneigung gegen Speisen und Getränke (Karte Nr. 014 „Appetit, verändert“ und die Schweißneigung (Karte Nr. 076 „Feuchtigkeit, Flüssigkeit, verstärkte Sekrete im Allgemeinen etc.“) angeboten, die jeweils Nux vomica und Phosphor enthalten. Dieser Fall zeigt darüber hinaus, dass das *General Analysis* bei passender Symptomatik durchaus auch in akuten Fällen ein nützliches Mittel zur Arzneimittelbestimmung sein kann.

⁹ H. A. Roberts: *Anleitung zum Gebrauch von Bönninghausens Therapeutischem Taschenbuch*. Übersetzt von J. Hardt. Verlag für homöopathische Literatur und Software Bernd von der Lieth, S. 37.

Auswahl der Rubriken

Nr.	Karte ¹⁰	Rubrik	Kommentar
1	285	Hypochondrie	Hauptbeschwerde
2	93	Gesellschaft von Menschen, Menschenansammlung < oder Abneigung dagegen	Modalität
3	479	Empfindlich gegen Musik	Modalität
4	217	Anstrengung, körperliche >	Interpretation von "wahnsinniges Bedürfnis herumzulaufen" – ein sehr eigentümliches Symptom gemessen an dem ge- genwärtigen Zustand der Erschöpfung – körperlich und psychisch

Durchgängige Arzneien

Ignatia und *Sepia*

Differentialdiagnose

Es liegt ein eigentümliches Begleitsymptom auf der körperlichen Ebene vor: „Ihre Füße schwitzen stark und haben Blasen.“ Dieses Symptom ist ohne erkennbaren Zusammenhang zur Hauptbeschwerde und findet sich unter „Extremitäten, Schweiß, Füße, wundfressend“ – *Ignatia* 0, *Sepia* 2.

Beim weiteren Durchgehen der *Materia Medica* stellt sich heraus, dass *Sepia* den Fall sehr gut abdeckt.¹¹

¹⁰ Angegeben sind die Original-Nummern des *Synoptic Card Repertory* von Dhawale.

¹¹ Dieser Fall wie auch sechs weitere Fälle wurde nicht mit dem *General Analysis*-Karten-Repertorium, sondern mit dem wesentlich umfangreicheren *Synoptic Card Repertory* von Dhawale analysiert, das schätzungsweise an die 700 und damit etwa doppelt so viele Rubriken wie das *General Analysis* haben dürfte. Vom Rubriken-Umfang her ist es demnach eher mit der inzwischen leider vergriffenen *Therapeutischen Taschenkartei* aus dem von der Lieth-Verlag vergleichbar, die insgesamt ca. 1100 Rubriken enthält, von denen allerdings nur 550 ‚echte‘ Allgemeinsymptome im Sinne Bogers sind und der Rest bereits einen tendenziell spezifischeren Lokal-Charakter hat. Sie basiert auf dem in Bogers *Synoptic Key* enthaltenen Repertoriumsteil und wurde unter Verwendung anderer Texte Bogers, aber auch Bönninghausens behutsam erweitert, ohne den Anspruch aufgeben zu müssen, lediglich Genius- bzw. außerordentlich charakteristische Arzneimittelsymptome zu enthalten.

Die von Dhawale vorgeschlagene Repertorisation lässt sich mit der *Therapeutischen Taschenkartei* wie folgt nacharbeiten: Nr. 0216 „Hypochondrie und Hysterie“; Nr. 0166 „Gesellschaft, Menschenansammlung agg.“; Nr. 0310 „Musik agg.“; Nr. 0054 „Bewegung amel., Aktivität, Gehen amel.“. Bei dieser Repertorisation gehen wiederum zwei Mittel durch: *Sepia* und – an Stelle von *Ignatia* – *Lycopodium*.

Fall Nr. 4¹²

Dr. ‚X‘

Ref.: L.D.D. 24.8.36

Geschichte des Patienten in seinen eigenen Worten

Hauptbeschwerden: Erschöpfung und Husten

Wie ließe sich dieser Fall nun mit dem *General Analysis* analysieren? Hauptbeschwerde ist die markante Veränderung im Gemütsbereich, weshalb hier die Karte Nr. 097: „Gemüt, angegriffen“ als eliminierende Rubrik genommen werden könnte. Wer sich bereits an dieser Stelle auf den Aspekt der Traurigkeit festlegt, geht fehl, denn die Karte Nr. 296 „Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Schwermütig“ führt Sepia nicht auf. Darauf folgt die sehr ausgeprägte Modalität „Gesellschaft, Menschenmenge etc. agg., Einsamkeit amel.“ (Karte Nr. 103), womit die in Frage kommenden Arzneien bereits auf zehn reduziert sind. Setzt man das eigentümliche, den körperlichen Zustand konterkarierende Verlangen nach Bewegung an die dritte Stelle, bleibt nur noch Sepia übrig, weshalb man sich diesen Aspekt eher für die spätere Differenzialdiagnose aufheben sollte. Charakteristisch ist ebenfalls, dass sich eine ganze Reihe der körperlichen Begleitsymptome (Kopfschmerzen, Ohrgeräusche, Druck im Ohr) auf die Kopfreion konzentrieren, so dass man hier die Karte Nr. 156 „Kopf“ einsetzen kann und damit die Zahl der Arzneien auf sieben reduziert: Acon., Bell., Ign., Lyc., Nux-v., Nat-m., Sep. Ein ganz wesentliches Begleitsymptom ist die starke Schweißneigung, die in der Rubrik „Feuchtigkeit, Flüssigkeit, verstärkte Sekrete im Allgemeinen etc.“ (Nr. 076) ihr Pendant findet (Dieser Rubrik könnte man – wie von manchen indischen Boger-Adaptan wie z.B. Kasad vorgeschlagen – in einer etwas freieren Auslegung auch das häufige Weinen zuordnen). Danach bleiben Lyc., Nux-v., und Sep. übrig. Spätestens an dieser Stelle sollte die Arbeit mit dem *General Analysis* zu Gunsten der feineren Differenzialdiagnose in einem der großen Repertorien aufgegeben werden – z.B. in Gestalt der Verwendung der auch von Dhawale bemühten Fußschweiß-Rubrik.

Dieser Fall zeigt deutlich, wie behutsam die Generalisierung erfolgen muss, denn Sepia erscheint im *General Analysis* zwar z.B. in den fallrelevanten Rubriken „Schlaflosigkeit“ (Nr. 248), „Leer, hohl, sinkend, innere Schwäche, Empfindung, wie“ (Nr. 167), nicht aber – wie bereits erwähnt – in der Traurigkeits-Rubrik und auch nicht in den ebenfalls berührten Themengebieten „Appetit, verändert“ (Nr. 014), „Abmagerung, Auszehrung“ (Nr. 001) und „Tinnitus, Ohrgeräusche“ (Nr. 293). Wiederum vertreten ist Sepia in den Rubriken „Büken agg.“ (Nr. 044) und „Klopfen, Pulsieren“ (Nr. 150); diese Rubriken sollten im vorliegenden Fall jedoch nicht verwendet werden, da sie lediglich einen partikularen Bezug zu haben scheinen.

¹² Mit Ausnahme von Fall Nr. 9 bringt Dhawale bei den restlichen Beispielen Fälle, deren Symptomatiken bereits anlässlich der Darstellung anderer repertorialer Ansätze und der diesen entsprechenden Arbeitsmitteln (Bönninghausen's *Therapeutisches Taschenbuch*, Bogers *Boenninghausen's Characteristics and Repertory*, Kents *Repertorium der homöopathischen Arzneimittel*) an früherer Stelle des Buches ausführlich dargestellt wurden. Die entsprechenden Passagen werden in die Übersetzung eingefügt. In diesem Zusammenhang wird nur bei einem einzigen dieser neun Fälle (Fall Nr. 7) im Rahmen des Kommentars eine Aussage darüber getroffen, mit welchem Ansatz bzw. Repertorium der Fall seinerzeit in der Praxis tatsächlich durchgearbeitet wurde. Der nun folgende Fall wurde im Bönninghausen-Kapitel besprochen und mit dem *Therapeutischen Taschenbuch* analysiert.

1. Erschöpfung

Die Erschöpfung geht zurück auf das Jahr 1919, als ich in Mesopotamien war. Ich führe sie auf einen stark ausgeprägten Verantwortungssinn zurück, der mich immer ängstlich sein ließ, auf den Stress und die mit dem Operieren verbundenen Belastungen sowie zusätzlich auf Teekonsum und Rauchen. Ungefähr 1928 hatte ich einmal sehr anstrengende Arbeit unter der heißen Sonne zu verrichten und dabei Schwindelattacken, die beim Ruhen innerhalb nach etwa einer halben Minute vorübergingen. Diese Beschwerde kehrte 1935 verstärkt zurück, als der Schwindel immer häufiger und selbst schon bei geringer Anstrengung auftrat. Diese Empfindung war stärker, wenn ich auf dem Bus-Oberdeck fuhr oder nichts gegessen hatte. Ich war dadurch irgendwie beunruhigt, und es bedeutete eine Erleichterung für mich, wenn mich bei langen Reisen ein Freund begleitete. Die Schwäche wurde so stark, dass ich mich im Oktober 1935 beurlauben lassen musste. Die Arme wurden schwer und kraftlos, selbst wenn ich nur einen Regenmantel für, sagen wir, nicht mehr als einen halben Kilometer getragen hatte. Ich konnte weder schnell laufen noch längere Entfernungen zurücklegen, obwohl ich immer ein schneller Läufer und viel zu Fuß unterwegs gewesen bin. Bei der kleinsten Anstrengung beginnen die Finger zu zittern. Daraus resultiert eine enorme Unfähigkeit zu Schreivarbeiten, obwohl ich durchaus andere Handarbeiten erledigen kann, vor allem, wenn sie meinen Neigungen entsprechen. So stellt auch diese Niederschrift eine enorme Anstrengung für mich dar, während der ich immer wieder Pausen einlegen muss. Vom Temperament her bin sehr emotional, aber nicht sentimental. Ich bin schüchtern und eher zurückhaltender Natur, zugleich aber auch nervös und unruhig. Meine Arbeit entspricht absolut nicht meinen Neigungen und ist dadurch für mich ein konstanter Auslöser von Anstrengung und Erschöpfung. Trotz meiner Schwäche habe ich nicht wirklich aufgehört zu arbeiten und mich dadurch mehr erschöpft als in der Zeit meiner regulären Berufstätigkeit.

2. Husten

Der Husten begann im Februar 1936. Zwischen Oktober und Dezember, als ich im Urlaub war, hatte ich nahezu ununterbrochen in einem schlecht gelüfteten Raum und unter Kunstlicht studiert, fast immer den ganzen Tag und oft auch nachts, mit wenig Bewegung und frischer Luft. Der Husten trat meistens nachts auf und ich musste jedes Mal ungefähr ein halbes Dutzend mal aufstehen und den Schleim ausspucken. Der Schlaf hatte zunächst meinen Schlaf nicht gestört und ich maß ihm etwa einen Monat lang keine größere Bedeutung bei. Der innere Hals war kongestioniert und die Uvula vergrößert. Ich versuchte Silbemitrat, Mandle's, Hexyl-Resorcinol etc. Das Sputum wurde auf TB untersucht, aber der Befund war negativ. Zu dieser Zeit war der Husten kurz und trocken und mit nur wenig Sputum. Im April 1936 begann der Husten den Schlaf zu stören, er kam häufiger und war

schwerer. Manchmal war da die Empfindung zu ersticken, als habe sich in der Luftröhre eine Extra-Membran gebildet. Während der Attacken war mein Kopf schwer. Wenn endlich Auswurf kam, ließ der Husten nach und ich konnte schlafen. Im Moment kommt der Husten gewöhnlich jede Nacht, so dass ich zu wenig Schlaf bekomme. Ich habe etwa 20 bis 25 Hustenanfälle pro Nacht (22:00 h bis 05:00 h) jeweils mit etwa 5 bis 6 Hustenstößen. Der Auswurf löst sich beständig. Manchmal ist da auch dieses Erstickungsgefühl, sagen wir einmal die Woche, das von einem Moment bis zu einer halben Minute dauern kann. Während und nach einem Hustenstoß ist die Einatmung kurz und schnell, die Ausatmung hingegen langsam und anhaltend, als würden die Lungen langsam zusammengedrückt.

Der letztgenannte Zustand ist anhaltend, dauert aber höchstens fünf Minuten. Er tritt ungefähr einmal in der Woche auf. Nach dem Abhusten tritt Erleichterung ein; der Auswurf ist weiß und fühlt sich schwer an im Mund. Die Auswurfmenge beträgt ca. 2 Unzen pro Nacht. Wenn ich schon vor dem Schlafengehen abhusten kann, schlafe ich gut für etwa vier Stunden, bevor der Husten erneut auftritt. Wenn ich vor dem Zubettgehen nicht abhusten konnte, werde ich gegen halb zwei plötzlich von einem Hustenstoß geweckt und habe eine sehr trockene und wunde Kehle. Wenn ich auf der Seite liege, ist der Husten weniger lästig, als wenn ich auf dem Rücken liege, und hier noch einmal besser, wenn es die linke Seite ist. Eine noch bessere Position ist auf der linken Seite, den oberen linken Brustkorb auf einem Kissen ruhend und den unteren linken Brustkorb außerhalb des Bettes und den rechten Brustkorb nicht unterstützt; dabei den Kopf teilweise auf dem Kissen liegend, teilweise auf die linke Handfläche gestützt. Die beste Position ist im Bett sitzend, den Kopf flach auf einem Kissen (Gesicht nach unten), Brust nicht aufliegend. Kein Husten, wenn ich im Bett oder auf einem Stuhl aufrecht sitze, aber er kann ausgelöst werden, wenn ich eine halb liegende Position einnehme (z. B. beim Zurücklehnen). Beim Liegen flach auf dem Rücken, Gesicht nach oben, kommt der Husten immer. In den letzten beiden Monaten kommt der Husten sogar am Tag, wenn ich flach auf dem Rücken liege. Doch selbst in dieser Position tritt der Husten nicht auf, wenn ich mich angeregt unterhalte oder meinen Gedanken nachgehe; wenn ich dann aber zu schlafen versuche, beginnt der Husten. Wenn ich mich im guten Glauben, gleich schlafen zu können, niederlege, kommt der Husten – als ob er auf mich gewartet hätte bis zu dem Moment, an dem ich mich schlafen legen will. Während eines Hustenanfalls stoße ich manchmal meinen Kopf über die Bettkante hinaus nach unten, wie um damit den Auswurf voranzutreiben. In der Brust hatte ich niemals Schmerzen. Zurzeit ist das Erstickungsgefühl weniger häufig. Und der Husten ist eher wie bei einer Halsentzündung. Der Hals fühlt sich im Moment immer entzündet und wund an. Der Husten scheint in feuchter Luft weniger stark zu sein als bei trockenem Wetter. So ist er etwa deutlich weniger stark, wenn

Die Rücksicht auf die *Materia Medica* von *Sepia* zeigt, dass die Arznei einen starken Bezug auch zu den anderen wichtigen Aspekten des Falles hat.¹³

¹³ Repertorisiert man den Fall mit der *Therapeutischen Taschenkartei* nach, bleiben nach den ersten drei Rubriken, die Dhawale angibt, (Karte Nr. 0210 „Husten“; 0379 „Schlaf, zu Anfang agg.“ und 0482 „Trockenes, klares oder kaltes Wetter agg.“) Bry., Kali-c. und Sep. übrig. Karte Nr. 228 „Kälte und Hitze agg.“ schließt hier lediglich Bry. aus.

Eine Analyse mit dem *General Analysis* ist wiederum mit einigen lehrreichen Schwierigkeiten verbunden. So könnte man etwa, gerade unter Inanspruchnahme des Postulats der Generalisierung, versucht sein, die Rubrik Nr. 017 „Atmung“ an die erste Stelle zu setzen. Zwar ist der Husten die Hauptbeschwerde, doch ist dieser flankiert von einer durchaus asthma-ähnlichen Symptomatik (Erstickungsgefühl, Ausatmung prolongiert und erschwert). *Sepia* ist in dieser Rubrik genauso wenig vertreten wie in der für den asthmatischen Formenkreis eher ungewöhnlichen Verschlimmerung durch trockenes statt, wie gewöhnlich, durch feuchtes Wetter. Gerade an dem letzten Symptom sieht man, dass bei der Arbeit mit dem *General Analysis* die Hervorhebung der paradoxen oder dezidiert nicht-pathognomonisch erklärbaren Symptome offensichtlich auch nicht annähernd den selben Stellenwert hat wie bei anderen Formen der Fallanalyse und Repertorisation. Nähme man die beiden genannten Rubriken und fügte man noch die übliche nächtliche Verschlimmerung hinzu (z.B. Karte Nr. 326 „Zeit, 0.00 bis 4.00 Uhr“), die wiederum *Sepia* nicht verzeichnet, würde man vermutlich geneigt sein, Kalium carbonicum in die engere Wahl zu ziehen.

Wie sähe also eine *Sepia*-erfolgsversprechende Repertorisation dieses Falles mit dem *General Analysis* aus? Hier wäre zunächst eine Entscheidung zu treffen, ob man sich – wie Dhawale – tatsächlich auf eine der beiden Hauptbeschwerden beschränken sollte. Zweifelsohne ist das bronchiale Geschehen im Hinblick auf seine hierarchische Einordnung auf der Skala der anatomischen Sphäre sowohl schwer wiegender als auch zeitlich aktueller als das chronische Erschöpfungssyndrom. Dennoch – und hier zeigt sich die Vielschichtigkeit der einer Arbeit mit dem *General Analysis* innewohnenden Möglichkeiten – weist bereits eine isolierte Auswertung der früheren Symptomatik stark auf *Sepia* hin: Karte Nr. 204 „Neurasthenie, nervöse Erschöpfung“ und Karte Nr. 265 „Schwindel“: Calc., Nat-m., Nux-v., Phos., Sep., Sulph. Nimmt man noch die charakteristische Verschlimmerung beim Fahren im Wagen hinzu (Karte Nr. 066 „Erschütterung, Schütteln, hartes Auftreten, Fahren etc. agg.“), bleiben nurmehr Nux-v. und Sep.

Angemessener erscheint natürlich die Zusammenführung der Charakteristika beider Hauptbeschwerden: Nach der Kreuzung von Karte Nr. 132 „Husten“ und Karte Nr. 204 „Neurasthenie, nervöse Erschöpfung“ ist der Kreis der möglichen Arzneien bereits auf neun beschränkt. Die nächsten beiden Rubriken könnten sein: Karte Nr. 319 „Weiß“ (wegen des Auswurfs; Gewebebezug im Sinne eines pathologischen Allgemeinsymptoms, allerdings nicht weiter in der Krankengeschichte oder in einer anderen Lokalisation verankert) sowie Karte Nr. 245 „Schlaf, Einschlafen, beim oder zu Anfang“ als deutliche Modalität der Bronchialsymptomatik. Danach verbleiben Ars., Phos., Sep. und Sulph. Karte Nr. 144 „Kälte und Hitze agg.“ lässt allein Sep. und Sulph. übrig und sollte demnach, auch wenn Dhawale in seiner Analyse die Repertorisation mit dieser Rubrik sogar bis auf die letzte Arznei herunterbricht, mit Vorsicht eingesetzt werden. Die weitere Differentialdiagnose über ein größeres Repertorium weist dann schnell eindeutig auf *Sepia* hin (z.B. Knie-Ellbogen-Lage >, Zittern der Hände).

Fall Nr. 5¹⁴

Herr M. N. C., 31 Jahre alt, Bürovorsteher

Ref.: M.L.D. 4.4.57

Die folgende Krankengeschichte wurde vom Patienten verfasst; die Randnotizen wurden vom Arzt beigefügt.

Gegenwärtiges Bild

Abendessen /*

1. Rückenschmerzen: beginnen unmittelbar nach den Mahlzeiten./* Halten bis morgens an. Wenn ich mich bewege, gehen sie langsam weg. So war das die letzten 20 Tage. Die letzten beiden Tage über waren sie fast den ganzen Tag da. Nachts stärker.
2. Manchmal in der Hüfte. Nicht normal.
3. In der Brust eher äußerlich.
4. Manchmal in den Knöcheln ein kurzer Schmerz durchs Bein; links mehr als rechts.

Anus /*

Zunächst dachte ich, es handele sich eher um einen muskulären Schmerz, der auf den Wetterwechsel zurückzuführen sei; aber dann schien er sich dauerhaft verfestigen zu wollen. Hautausschläge: Zwischen den Schenkeln. Haut empfindlich. An der Öffnung ebenso./* Meistens ist es gut, wird dann aber plötzlich schlechter. So etwas wie Risse in der Haut. Verschwinden nach ein oder zwei Tagen. Häufig verbunden mit einem verdorbenen Magen.

Eine leichte Zunahme bei den Mahlzeiten macht ihn schwer und schließlich verdorben. Esse ich weniger, scheint dies auch nicht richtig zu sein. An vielen Tagen fühle ich mich müde, selbst nach einer durchgeschlafenen Nacht.

< Unregelmäßigkeit
< nicht-vegetarisches
Essen
< Eier
< Fett
< Fisch

Der Magen beginnt plötzlich das ganze Gekessene wieder von sich zu geben, ohne Ausnahme; d.h. alle problematischen und reizenden Stoffe; Unwohlsein, Durchfall, schwerer Kopf, Übelkeit.

Der Magen ist auch verstimmt, wenn ich auf

¹⁴ Auch der nun folgende Fall wurde in Dhawales Bönninghausen-Kapitel besprochen.

Grund von Überarbeitung oder geschäftlichen und zum Teil auch häuslichen Sorgen auf der geistigen Ebene im Stress bin.

Manchmal habe ich überhaupt keine Lust zu Essen. Ich spüre, dass ich mich übergeben werde. Besonders gebratene Sachen, Fisch, Fleisch, Suppen, pikantes Essen. Diese Dinge kann ich nicht bei mir behalten.

Übersäuerung. Aufstoßen. Nur zwei oder dreimal in sechs Monaten Probleme in der Luftröhre mit Atmungsschwierigkeiten.

Meine Gesundheit ist stets meine wichtigste Ressource gewesen. In meinem Beruf wurde mir immer mehr Verantwortung aufgetragen, fast dem Rang eines Abteilungsleiters entsprechend, was sehr harte Arbeit bedeutet. Ich will diese Herausforderung bestehen und nicht unter ihr zusammenbrechen. Ich weiß, dass ich es schaffen kann, wenn ich gesund bin.

1. Kopf – langsamer Schmerz
2. Verdauungsprobleme – Flatulenz
3. Abrupte Kopfbewegung führt zu Schwindel. Müdigkeit.

Zusätzliche Informationen:

Sonnenwärme <: Übelkeit – Erbrechen; Kopf – Schmerzen.

Gerüche <: Übelkeit (nur bei Fisch).

Tee – lauwarm; Essen – lauwarm; Milch – heiß; Verlangen: Süßes.

Bad – je nach Jahreszeit. Nicht fröstelig.

Reizbarkeit – unterdrückt.

Kann das Mittagessen nicht so schnell beenden wie früher.

Gewicht 120 Pfund. Empfindlichkeit – absteigender Kolon.

Reizung – Röte, perianal. Leiste – Ringwurm.

Stuhlgang – 2-mal täglich, halb-fest.

Pressen, Stuhlgang: < Angst; Entscheidungen; grundlos; Tischtennis-Partien;

Prüfungen (Universität). Gespräche und Befragungen nach der Graduation und Diskussionen mit Vorgesetzten – kein Druck.

Lebenssituation

Dieser hochintelligente junge Mann steht an der Schwelle zu einer Top-Karriere in der Wirtschaft und ist dabei, unter der Last der damit verbundenen Verantwortung zusammenzubrechen. In dem Maße, in

dem er die Erfolgsleiter nach oben klettert, ist er wachsendem Stress ausgeliefert. In einem stark expandierenden Unternehmen wird ihm nicht die Zeit zugestanden, die nötig wäre, sich an die neuen und wachsenden Verantwortlichkeiten zu gewöhnen; stattdessen wird immer und immer mehr von ihm erwartet. So steht er unter einem enormen Druck, zumal die gegenwärtige Situation eine Chance für ihn darstellt, wie man sie selten ein zweites Mal im Leben bekommt. Das Erfolgsgeheimnis, Verantwortlichkeiten zu delegieren und die Arbeit von anderen ohne dauernde Kontrolle erledigen zu lassen, ist ihm noch nicht bekannt. Stattdessen fährt er darin fort, neue Verantwortung über die bereits bestehende hinaus zu übernehmen, was seinen Druck enorm vergrößert. Der aggressive und ruhelose Charakter seines Gewerbes tut sein übriges hinzu. Er fühlt sich ängstlich und gequält, wenn er sich dieser herausfordernden Arbeit gegenübergestellt sieht, wie sie heute allgemein so üblich geworden ist.

Die Situation zu Hause ist ebenfalls ein wenig schwierig. Er muss seinen alten, kranken Vater versorgen, der selbst niemals eine wichtige Position im Leben inne hatte. Eine ganze Reihe Schwestern müssen noch verheiratet werden. Diese Faktoren verzögerten seine eigene berufliche und private Etablierung. Er weiß, dass er es nach oben schaffen kann und möchte nicht unter der Last zusammenbrechen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, „dass meine Gesundheit o.k. ist“.

Diese Situation ist ein ausgezeichnete Nährboden für Krankheit, zumal er im Falle seines Scheiterns sein Gesicht wahren kann, wie unzureichend auch immer. Aber ein früher leistungsfähiger, intelligenter junger Mann reagiert sofort auf die Herausforderung. Der sekundäre Krankheitsgewinn ist für ihn wesentlich weniger attraktiv als die Erfolge, die er erreichen könnte, wäre er nur so frei, seine ganzen Talente einsetzen zu können. So verlangt er vom Arzt eine schnelle Hilfe.

Für den Arzt ist es von außerordentlicher Wichtigkeit, diesen Krankheits hintergrund zu verstehen. Solange der Kranke nicht die wahre Bedeutung seiner Lebenssituation erkennt und solange nicht das Simillimum in einem ausreichenden Maße den emotionalen Zustand des Kranken berücksichtigt, ist keine Heilung zu erwarten. So wird das Heilgeschehen immer in Beziehung zu der Belastung durch Stress stehen. Die durch die Arznei und durch Gespräche angestoßene Neuordnung kann zu jedem Zeitpunkt wieder in Unordnung gebracht werden, wenn die Belastungen über den Toleranzpunkt hinaus ansteigen. Rückfälle sind demnach zu erwarten; wir können zugleich aber zuversichtlich eine zufrieden stellende Reaktion auf dieselbe Arznei erwarten, eventuell mit einem Wechsel der Potenz, wenn erforderlich.

Repertorium: Dhawales Synoptic Card Repertory

Auswahl der Rubriken

Nr.	Karte	Rubrik	Kommentar
1	135	Verdauung angegriffen, schwach	Hauptbeschwerde
2	211	Aufregung; Ärger, Beunruhigung mit Angst; Beschwerden oder < durch	Auslösende Modalität auf der emotionalen Ebene
3	2	Schärfe, Abschürfung etc. (Schmerz, wund, äußerlich)	Übersäuerung, scharfe Stühle, Reizbarkeit der Haut →
4	482	Empfindlichkeit der Haut	Generalisierung
5	521	Geruch, starke Gerüche <	Begleitsymptom Begleitmodalität

*Durchgängige Arzneien**Sepia und Sulphur**Differentialdiagnose*

Der *Sepia*-Patient ist kälteempfindlich, was dieser Patient nicht ist. Perianale Rötung ist ein Merkmal von *Sulphur*. Aus diesem Grund ist *Sulphur* das *Simillimum*.¹⁵

¹⁵ Bei diesem Fall ist ein Nachvollzug über die *Therapeutische Taschenkartei* nicht möglich. Bereits nach der dritten Karte scheint nur noch Phosphor durch, was belegt, dass das Dhawale'sche *Synoptic Card Repertory* nicht nur mehr Rubriken enthält als das *General Analysis* Bogers, sondern dass – ähnlich wie in dem Taschenrepertorium Sankarans – die einzelnen Rubriken noch einmal wesentlich mehr Mittelnachträge enthalten als selbst die ja bereits nicht unerheblich erweiterte *Therapeutische Taschenkartei*.

Im Hinblick auf die Analyse mit dem *General Analysis* erscheint zunächst problematisch, welche Rubrik an die erste Stelle zu setzen ist. Zwar scheint sich mit Rücksicht auf die vielfältige Magen-/Darmproblematik die auch im *General Analysis* vertretene Karte Nr. 308 „Verdauung, angegriffen, gestört“ anzubieten; das Problem hierbei ist, dass damit die nähere Bestimmung der anatomischen Sphäre auf eine funktionale Störung fokussierte, was nicht deckungsgleich mit Bogers Auffassungen ist. Wenn überhaupt, sollte deshalb hier Karte Nr. 183 „Magen und Darm“ Verwendung finden (Entsprechende Erfahrungen legen den Verdacht nahe, dass die Karte „Verdauung, angegriffen, gestört“ eher zu Rate gezogen werden sollte, wenn damit ein Begleitsymptom erfasst werden soll). Als Zweites folgt, noch vor den Modalitäten, Karte Nr. 122 „Hautausschläge“ als das wesentliche Begleitsymptom. Dadurch werden die in Frage kommenden Arzneien bereits auf neun reduziert. Ein Großteil der Magen-/Darmproblematik wird durch die Nahrungsaufnahme hervorgerufen oder negativ beeinflusst; ja selbst die gleich zu Beginn vermerkten Rückenschmerzen werden dadurch ausgelöst. Aus diesem Grund sollte Karte Nr. 068 „Essen agg.“ als Nächstes folgen; hierbei scheidet allerdings nur eine Arznei aus. Mindestens ebenso wesentlich ist der eigentliche Auslöser der Erkrankung, der in der Lebenssituation des Patienten zu suchen ist. In Bezug auf die *General Analysis*-Rubriken kommen hier sowohl Karte Nr. 098 „Gemütsbewegungen, Gefühlserregung etc.“ wie auch Karte Nr. 092 „Geistige Anstrengung agg.“ in Frage, wobei hier – im Unterschied zu Dhawale, der die erstere, übrigens auch im *General Analysis* Sulphur beinhaltende wählte – wohl eher die zuletzt genannte die adäquate zu sein scheint. Danach verbleiben Calc., Lach., Phos. Sep. und Sulph. Nimmt man die Verschlechterung durch Sonnenhitze hinzu (Karte Nr.

Fall Nr. 6¹⁶

Herr T., 34 Jahre, verheiratet, Kinder: 2 Söhne & 2 Töchter, Büroangestellter
 Ref.: M.L.D. 15.4.58

Die Krankengeschichte wurde vom Patienten in seinen eigenen Worten verfasst:

Geboren 1923. Durchfall im Alter von 8 und 9 Jahren. Als Kind Asthma bis zum 14. oder 15. Lebensjahr. Konnte keine heißen Speisen vertragen. Wurden heiße Speisen verzehrt, endete Urinieren mit Blut. Häufiges Urinieren. Sogar als Kind konnte ich keine sauren Dinge ertragen. Meine Zähne fühlten sich dann jedes Mal wie betäubt an. Selbst nach dem Essen des Kernes einer Kokosnuss kam Galle die Kehle hinauf gestiegen. Nach den Mahlzeiten kam auch Nahrung manchmal wieder die Speiseröhre herauf. Besonders stark ereignete sich dies, wenn ich etwas Saures oder einige Kokosnusskerne gegessen hatte. Als Kind wusste ich nicht, was Kopfschmerz ist. So weit ich mich erinnern kann, erlitt ich zweimal einen Fieberanfall: einmal, als ich die Masern hatte, das zweite Mal, als ich mit 17 Jahren von einem Baum in einen Brunnen stürzte, was Steifheit von Rücken und Hüften zur Folge hatte. Aber eine 14-tägige Massagebehandlung brachte alles wieder in Ordnung. Als ich älter wurde, litt ich weniger an dem Aufschwulken der Speisen im Hals, dafür hatte ich manchmal ein brennendes Gefühl im Magen am frühen Morgen. Nach meiner Heirat mit 20 Jahren kam ich nach Bombay und nahm Arbeit auf. Ich wog 132 Pfund zu der Zeit. Obwohl ich nicht krank war, ging mein Gewicht weiter zurück, bis es sich zwischen 120 und 123 Pfund einpendelte. Im März 1946 wurde ich verheiratet. Am 16. Dezember 1946 hatte ich eine schwere Broncho-Pneumonie. Nach 10 Tagen war ich fieberfrei. 14 Tage später hatte ich einen Malaria-Anfall. Ich war ungefähr zwei Monate mit Fieber im Bett. Nach zwei Monaten Erholung nahm ich meine Büroarbeit wieder auf.

Im Juni 1949 starb mein Vater. Vier Jahre später starb mein älterer Bruder bei einem Verkehrsunfall. Diesen Bruder hatte ich sehr geliebt. Er nahm viel auf sich, um mir Erziehung und Ausbildung zu ermöglichen. Seine Familie bestand aus 8 Mitgliedern, und ich hatte nun die Verantwortung zu schultern. Kürzlich verheirateten wir zwei erwachsene Töchter meines Bruders. In diesem Fall wurde die Trauer über den Tod meines Bruders noch vergrößert durch die Angst auf Grund der gesteigerten finanziellen Verantwortung. Ein ganzes Jahr lang konnte

130 „Hitze, Feuer, Sonne, Überhitzung etc. agg.“) reduziert sich diese Gruppe auf Lach., Sep. und Sulph. Die weitere Differenzierung fällt leicht (Warmblütigkeit, Bezug zum Anus, peri-anale Röte, Hautrisse).

¹⁶ Auch der nun folgende Fall wurde bereits im Bönninghausen-Kapitel besprochen.

ich nicht richtig schlafen. Ich verbrachte den größten Teil des Tages und der Nacht in Kummer und Angst. Das Ergebnis davon war, dass ich nach etwa einem Jahr, im Juli 1954, einen Schwindelanfall hatte, als ich gerade an der Nähmaschine arbeitete. Das war der Beginn dessen, was die Ärzte später als Nervenzusammenbruch bezeichneten. Sie kennen die Symptome, ich kann sie aber auch im Detail berichten. An dem Tag, an dem die ganzen Probleme begannen, war plötzlich Dunkelheit vor meinen Augen und ich begann das Bewusstsein zu verlieren. Ich suchte einen Arzt auf. Ich war mir sicher, sterben zu müssen, und ich lebte unter dieser Angst viele Tage lang. Seit dieser Zeit bin ich so empfindlich geworden, dass jede grundlose Anschuldigung oder jeder kleine Zank mit irgendjemand mich nächtelang schlaflos sein lässt. Zunächst waren es einige schlaflose Nächte; im Moment kostet es mich eine schlaflose Nacht, und am anderen Morgen beruhige ich mich.

In den frühen Tagen meines Nervenzusammenbruchs litt ich unter einer furchtbaren Angst, die allerdings mit der Zeit etwas zurückging. Später fiel mir auf, dass ich begonnen hatte, unter Blähungen und Verdauungsstörungen zu leiden. Nachdem eine neunmonatige allopathische Behandlung keinen Erfolg zeigte, versuchte ich eine Woche lang ayurvedische Medizin. Zu dieser Zeit wurde eine Infektion der linken Lunge entdeckt. Ich unterzog mich auf Anraten des Arztes einer Behandlung. Ich blieb sechs Monate lang im Bett. Beurlaubt war ich insgesamt 10 Monate. Ein Jahr, nachdem ich von dieser Beschwerde geheilt war, begab ich mich wegen der Flatulenz und der Verdauungsstörungen für einen Zeitraum von 3 Monaten in die homöopathische Behandlung von Dr. X. Danach suchte ich wieder Dr. Y. usw. auf und nahm deren Rat entsprechend allopathische Mittel ein. Dazu kommen die Unmengen Mixturen meines Hausarztes.
Reaktionen auf Injektionen.

Die gegenwärtigen Beschwerden:

- | | |
|-------------------------------|---|
| <i>Haupt-
beschwerde</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortschreitende Abmagerung trotz vielseitiger Ernährung mit permanentem Gewichtsverlust und Müdigkeit. 2. Fieber die letzten beiden Jahre; morgens 35,5 Grad Celsius; abends um 20 Uhr 37,25 Grad Celsius. |
| <i>Neben-
beschwerden</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Brennen der rechten Handfläche, besonders während Verdauungsstörungen des Magens. Kann auf dem Höhepunkt der Verdauungsstörungen kein helles Licht vertragen. Brennen von Handflächen und Sohlen. Leichte Krämpfe in den Waden. 2. Wiederholter Schnupfen, vor allem auf der rechten Seite. |

3. Schmerz wie von dem Einstich einer Nadel auf der linken Seite der Wirbelsäule.
4. Unfähigkeit, Gemüse zu verdauen. Sogar Zucker wird schlecht vertragen. Speisen mit Weizen und Zucker verursachen schwere Verdauungsstörungen.
5. Brennen in der linken Brustseite, besonders bei Flatulenz und Verdauungsstörungen.
6. Schmerzen an verschiedenen Körperstellen. Werden diese lokal mit einem Anti-Rheuma-Mittel und mit Wärme behandelt, kehren sie an einer anderen Stelle wieder.
7. Anhaltender Schmerz im mittleren linken Zeh, wie von einer Nadel gestochen.
8. Als ob Ameisen im Rücken herumkriechen. Katarrh in der rechten Brust, dem ein Schmerz an einer kleinen Stelle vorausging.

In der Epidemie 1957 vier Tage Grippe. Kälte und Fieber die erste Hälfte des letzten März. Das Fieber verschwand, wenn ich im Bett blieb, kam aber wieder, als ich die Arbeit wieder aufnahm. Während des Frostes war da ein Klopfen in meinem rechten Ohr. Letzten Dienstag hatte ich eine Durchfall-Attacke. Ich hatte etwa 20 wässrige Stühle, die nach der Injektion von Gloconide 75 ccm und Calcium 5 ccm aufhörten.

Gelegentlich Beschwerden durch Hämorrhoiden.

Bezüglich meines Nervenzusammenbruchs oder der Neurasthenie – zu Beginn hatte ich das Gefühl, das Bewusstsein zu verlieren. Aber ich wurde nicht ohnmächtig. Später aber hatte ich mehrere Monate lang den Eindruck, ich könnte wirklich das Bewusstsein verlieren. Dasselbe Gefühl hatte ich, wenn ich schlechte Nachrichten erhielt. Wenn ich zum Beispiel in einer Zeitung einen Artikel über einen Fall von Herzversagen las, legte ich die Zeitung zur Seite und blieb in der Erwartung meines eigenen Herzversagens sitzen. Der Herzschlag erhöhte sich ohne Grund. Ich nahm die Gewohnheit an, meine eigenen Herzschläge zu zählen. Ich traute mich nicht mehr ohne Begleitung auf die Straße, stets in der Sorge, wie eine so kranke Person wie ich diese Entfernung würde zurücklegen können. Abneigung dagegen, zu Hause alleine zu bleiben. Ich machte mir Sorgen, wenn ich im Falle, dass mein Blutdruck ansteigen oder dass ich einen Herzanfall haben würde, anrufen sollte. Beim Sitzen auf einem Stuhl hatte ich das Gefühl, als würde mein Körper angehoben und als schwänge ich nach einer Seite. Ich konnte nicht ins Sonnenlicht schauen. Beim Anschauen eines fahren-

den Zuges die Empfindung, als könnte ich das Gleichgewicht verlieren und hinfallen; Schwindel. Bei den Mahlzeiten hatte ich ebenfalls das Gefühl, das Gleichgewicht zu verlieren, und hielt mich mit einer Hand das ganze Essen über an meinem Stuhl fest. Auf dem Weg zur Arbeit oder nach Hause war ich verzagt und zog den Weg in die Länge. Häufig lasse ich das Essen sein und laufe stattdessen im Haus herum oder gehe schlafen. Aus allen diesen Dingen habe ich meine Schlüsse gezogen: Immer wenn ich einen seelischen Schock erlitten habe, empfand ich die Möglichkeit, dass mein Körper bewegt würde oder sein Gleichgewicht verlieren könnte bzw. das Bewusstsein zu verlieren. Selbst jetzt noch habe ich bei einem solchen Ereignis die Empfindung, dass mein Körper in der Luft schaukelt, habe aber nicht mehr in dem Maße die Angst, das Bewusstsein zu verlieren, höchstens noch ein wenig.

Selbst in Abwesenheit eines seelischen Schocks habe ich häufig die Empfindung, als „schwebe und schaukele mein Körper in der Luft“, bzw. das Gefühl, „das Bewusstsein zu verlieren und zu sterben“. Bei diesen Gelegenheiten hatte ich deutliche Attacken von Verdauungsstörungen und ich war mir sicher, dass durch die Blähungen Druck auf Organe ausgeübt würde, von denen ich keine Kenntnis hatte. Der Grund, warum ich das sage, ist, dass ich dabei Brechreiz mit Aufstoßen und einen sauren Geschmack im Mund hatte. Das bedeutet, dass hier sowohl Gase als auch eine Menge Gallensäure in meinem Magen waren. Aber diese Empfindung, hochgehoben zu werden, und die Angst waren früher nicht mit Blähungen oder Übersäuerung verbunden.

Zusätzliche Informationen, die durch den Arzt erhoben wurden:

Schmerz, Waden.

Erkältungen, wiederkehrend: rechts frontal; < Wetterwechsel; rechtes Ohr verstopft.

Saures Speiseaufstoßen.

Wind, Zugluft <: Kopfschmerz & körperliche Schmerzen.

Verlangen: Speisen – kalt; heiße Speisen <

Brennen, Penis, stundenlang nach dem Wasserlassen; < während des Urinierens & am Anfang des Wasserlassens ? Konzentration des Urins.

Durchfall: Ursache häufig ein vorangegangener Diätwechsel

Brennen, Rektum, nach dem Stuhlgang; manchmal blutig

Sexuelle Enthaltbarkeit seit der Lungenentzündung; nächtliche Emissionen → Schwäche. Geschlechtsverkehr < : Schwäche & vorzeitiger Erguss. 1 Jahr: Sexuelles Verlangen

Reizbar

Feuchte Handflächen

Gewicht: 105 – 108 Pfund Puls 80 / min. Rest: ohne Befund

Untersuchungen: Urin: 9.4.58 – 1018, Calciumoxalate in großer Menge.

Röntgen: 14.2.58 – Linker Lungenflügel links oben vernarbt; gehäufte Bronchialzeichen an der Basis, besonders rechts; eine alte Koch-Läsion links; Bronchitis.

Tuberkel-Bazillen: nicht festgestellt

Repertorium: Dhawales *Synoptic Card Repertory*

Auswahl der Rubriken

Nr.	Karte	Rubrik	Kommentar
1	200	Gemütsbewegungen, emotionale, Beschwerden oder < durch	Auslösende Modalität auf der emotionalen Ebene
2	662	Wind, Zugluft <	Modalitäten
3	612	Urinieren, nach <	
4	90	Erkältlichkeit	Konstitutionelles Merkmal
5	388	Neurasthenie, Schwäche durch; Nervosität, nervöse Schwäche	Konstitution
6	595	Tuberkulose, Auszehrung allgemein	Alter Fall von Tuberkulose; anfällige Konstitution
7	188	Abmagerung	Pathologisches Allgemeinsymptom
<i>Arzneien Calc. – Lyc.- Merc. – Nux-v. – Ph-ac. – Phos. – Puls. – Sulph.</i>			
8	313	Schweben	Seltene charakteristische Empfindung
<i>Arzneien</i>		<i>Nux-v. – Phos. – Sulph.</i>	

Differentialdiagnose

Warmes Baden lässt *Sulphur* ausscheiden. *Nux vomica* wäre die beste Wahl im Sinne einer Akut-Arznei. *Phosphorus* ist die konstitutionelle Arznei, da sie nahezu alle wichtigen Aspekte des Falles abdeckt. *Sulphur* zeichnet sich als ein mögliches Zwischenmittel ab. *Pulsatilla* kommt als eine andere akute Arznei in Frage, besonders für Fieberzustände.¹⁷

¹⁷ Zunächst erfolgt wieder der Nachvollzug der Dhawale'schen Repertorisation mit der *Therapeutischen Taschenkartei*: Ein wenig Probleme bereitet hier die erste Karte, da je nach Schwerpunktsetzung gleich zwei in Frage kommen: Karte Nr. 0154 „Gemütsbewegungen agg., Gefühlserregung agg.“, mit Rücksicht auf die Causa der familiären Todesfälle aber auch Karte Nr. 0155 „Gemütsbewegungen, Kränkung, Kummer, Ärger, Schreck, Furcht agg.“. Die Entscheidung hat allerdings auf das Ergebnis der Repertorisation keinen Einfluss. Als Nächstes folgen Karte Nr. 0548 „Zugwind, im Winde, windiges Wetter agg.“, Nr. 0185 „Harnen agg.“, Nr. 0493 „Verkältlichkeit, Erkältungsneigung“, Nr. 0322 „Nervenschwäche, Neurasthenie“, Nr. 1512 „Tuberkulose“ sowie Nr. 0001 „Abmagerung, Atrophie“. Danach verbleiben Lyc., Phos. und Puls. Der Sulphur wird bei beiden Varianten der ersten Karte eliminiert. Nach der Hinzunahme von Karte Nr. 0409 „Schweben, fliegend, als ob“ ist Phosphor die letzte durchgängige Arznei.

Fall Nr. 7¹⁸

Frau S.J.D., 20 Jahre, seit zwei Jahren verheiratet Ref.: M.L.D. 4.3.58

Die Krankengeschichte wurde von der Patientin niedergeschrieben:

Am Anfang habe ich es sehr genossen, zu Hause zu sein. Ich war darin eifrig, dies und das zu erledigen und verschiedene Dinge für den häuslichen Gebrauch anzuschaffen. Ich konnte keine Verzögerung ertragen. Ich war ruhelos, bis ich den gewünschten Artikel endlich in meinem Besitz und einen geeigneten Platz für ihn im Haus gefunden hatte. Allerdings war es nicht möglich, alle gewünschte Dinge zu erwerben. Wenn ich etwas Gewünschtes nicht bekam, war ich einige Tage lang furchtbar traurig. Wenn ich bei Anderen, die ihren Haushalt später gegründet hatten als ich, sah, dass sie viele neue Gegenstände für ihr Zuhause gekauft hatten, wurde mein Kopf von Gedanken durcheinander gebracht und ich war wie betäubt. Einige Zeit später bekam ich Kopfschmerzen und wurde von einer Vielzahl gemeiner Gedanken heimgesucht, gemeine Gedanken wie etwa: Ich sollte mir die Augenbrauen und die Wimpern abrasieren; ich sollte meine Haare

Dieser Fall ist auch mit dem *General Analysis* relativ leicht zu erarbeiten. Im Sinne der vom späten Boger geforderten Priorität der anatomischen Wirksphäre wäre hier mit Rücksicht auf das tuberkulinische Terrain und die diversen Bronchialerkrankungen unstrittig Karte Nr. 041 „Brust, innere“ an die erste Stelle zu setzen. Ebenso tief in der Krankengeschichte verankert sind die Probleme der Harnwege (Karte Nr. 117 „Harnwege“). Kreuzt man diese beiden Rubriken, ist die Zahl der in Frage kommenden Arzneien bereits auf sechs reduziert. Nimmt man die Verschlimmerung durch Saures in der Kindheit sowie die persistierende Übersäuerung als weitere, historisch gut verankerte Charakteristik hinzu (Karte Nr. 237 „Sauer, Säure“), verbleiben Phos., Sulph., Puls. und Lyc. (und damit übrigens drei der vier Arzneien, die Dhawale in seiner Differentialdiagnose bespricht). Mit Rücksicht auf die stark ausgeprägten Ängste, das Verlangen nach Gesellschaft und das Gefühl zu schweben fällt die Einsicht, dass Phosphor hier das Simillimum ist, nicht schwer. Es gibt allerdings noch eine ganze Reihe weiterer Allgemeinsymptome, die in dem vorliegenden Fall sehr ausgeprägt sind und stark auf den Phosphor hinweisen: die Schwäche (Karte Nr. 204 „Neurasthenie, nervöse Schwäche“), die Abmagerung (Karte Nr. 001 „Abmagerung, Atrophie“), die Erkältlichkeit (Karte Nr. 064 „Erkältung, Neigung zu, Verkältlichkeit“), das mehrfach und auf verschiedenen Ebenen wiederkehrende Brennen (Karte Nr. 131 „Hitze, Brennen, etc., Partiiell, Einzelner Teile etc.“ oder auch 040 „Brennen-Stechend“), den Schmerz an kleinen Stellen (Karte Nr. 285 „Stellen, umschriebenen, kleinen, an“), die Verschlimmerung durch Wind (Karte Nr. 312 „Wind, Zugluft oder Luft agg.“) sowie last but not least die Verschlimmerung durch Aufregung (Karte Nr. 098 „Gemütsbewegungen, Gefühlserregung agg.“) – um nur die wesentlichsten zu nennen. Man sieht also, dass hier – im Unterschied zu den vorigen Fällen – die Repertorisation mit dem *General Analysis* in jedem Fall immer auf Phosphor hinausgelaufen wäre, unabhängig davon, von welcher Seite her man den Fall jetzt angegangen wäre: über die Ätiologie, die Modalitäten, die Empfindungen, die konstitutionellen Allgemeinsymptome oder wie hier geschehen, über die anatomische Wirksphäre. Dass derart klare Resultate in der Praxis – leider – die absolute Ausnahme darstellen, versteht sich von selbst.

¹⁸ Auch der nun folgende Fall wurde im Bönninghausen-Kapitel besprochen.

über einen Feuerofen halten; ich sollte Gegenstände aus dem Haus werfen; ich sollte Kleider zerreißen etc. – alles zerstörerische Gedanken. Diese Phase wurde von einer Gedankenflut gefolgt; zuletzt war ich abgestumpft. Ich begann Schmerzen auf dem Scheitel zu bekommen. Dann gingen wir in ein Krankenhaus und mir wurden ‚Largactil‘-Tabletten und andere Medikamente gegeben, die meine Kopfschmerzen zum Verschwinden brachten. Während dieser Zeit konnte ich nicht schlafen, aber Schlafmittel führten schließlich den Schlaf herbei. Doch selbst da noch fuhren die destruktiven Gedanken fort, sich in meinem Kopf auszubreiten. Wegen diesen Beschwerden bekam ich ‚Pentothal‘ injiziert, aber sie klangen selbst nach vier Injektionen nicht ab. So bekam ich Elektroschocks, aber selbst sieben solcher Schockbehandlungen konnten meine ‚Gedanken‘ nicht stoppen. Selbst jetzt noch habe ich Angst, in einem Raum allein zu sein. Zuerst war ich auf Grund des Gedankenandrangs gezwungen, allein zu leben. Aber ich habe immer noch Angst davor, allein zu sein, und fühle mich unbehaglich. Ich habe keine Kontrolle über meine Gedanken. Sie kommen von selbst. Als ich eine Eisenbahnüberführung überquerte und eine Eisenbahn unten gerade vorbeifuhr, kam der Gedanke: ‚Dieser Zug ist innen so fein, aber wie schmutzig ist er außen! Ich sollte ihn sauber wischen.‘ Beim Anschauen einer schönen und gebildeteren Frau fühlte ich mich beschämt über mein Aussehen und dachte, ich stammte von einem Affen ab. Ich dachte, ich sollte meinem Leben ein Ende setzen. Man sollte nur weiterleben, wenn man lauter gute Eigenschaften hat, Bildung und Schönheit. Warum sollte man wie ein Idiot leben? Beim Ansehen einer anderen Art Kleidung hatte ich für einen Moment lang die Empfindung, ich sollte auch eine solche Kleidung tragen; aber ich habe überhaupt kein Verlangen danach: es ist nur eine spontane Idee. Beim Blick in den Spiegel habe ich den Impuls, mir mit dem Finger in die Augen zu stechen; ich sollte an meinen Zähnen wackeln; ich sollte einen Frisör aufsuchen und mir eine neue Frisur machen oder mit einer Schere eine Locke aus meinem Haar schneiden lassen. Wenn ich in anderen Haushalten Dinge sah, die ich selbst liebte, aber nicht besaß, hatte ich den Drang, Dinge aus meinem Haus hinauszuerwerfen. Wenn ich irgendetwas (Gutes oder Schlechtes) bei einem anderen sah, musste ich unablässig daran denken und wurde furchtbar unruhig. Nichts machte mir mehr Spaß. Beim Kochen dachte ich: ‚Warum sollte ich nur so wenig von Diesem dort hineintun? Ich sollte alles hineinschütten.‘ Wenn ich in einem Laden etwas kaufte, dachte ich: ‚Ich sollte viele Dinge auf Kredit kaufen und meinen Mann die Rechnungen bezahlen lassen.‘ ‚Warum sollte ich mich um meine Frisur kümmern?‘ ‚Was für einen Nutzen hat der Glaube an Gott?‘ ‚Was passiert, wenn man keine Kleidung anhat?‘

Wenn mein Mann das Haus verlässt, beginnt mein Herz zu rasen. ‚Wer soll meinen Geist kontrollieren, wenn meine Ideen zu Handlungen werden?‘ ‚Ich sollte das Dreckwasser ins Haus zurückbringen, das ich

gerade im Badezimmer ausgeschüttet habe. Was nützt es, es wegzugießen?' Weckerklingeln machte mich morgens wütend. Ich dachte, ich sollte den Wecker zertrümmern und aus dem Haus werfen. ‚Ich sollte mein Haar über dem Ofen verbrennen.‘ Wenn ich schnell mit jemandem spreche, beginne ich zu stottern. Gehe ich durch ein Restaurant, bewundere ich die vielen Speisen, die zum Verkauf stehen. Ich werde traurig, weil ich nicht in der Lage bin, solche Gerichte zuzubereiten. Da ist ein furchtbarer Schmerz in der Wirbelsäule. Ich habe die Phantasie, dass ich alles aufbrechen und untersuchen sollte. Nichts stellt den Geist zufrieden. Ich würde lieber sterben. Mein Mann sollte ein anderes Mädchen heiraten oder ich sollte durch Arzneien geheilt werden. Wenn Männer sich rasieren, frage ich mich, warum die Männer nur ihre Wangen rasieren, den Schnurrbart aber stehen lassen. Solche üblen Gedanken suchen meine Seele heim. Wo ist der Nutzen solcher Gedanken? Nach außen erscheine ich ganz normal, aber mein Kopf ist voll von sonderbaren Phantasien wie diesen. Deshalb hasse ich mein Leben so furchtbar. Manche Menschen denken, ich sei eine Heuchlerin.

Zusätzliche Informationen aus dem Anamnesegespräch:

FURCHTSAM: Alleine sein <

Schlaflosigkeit

Gedächtnisverlust

Traurigkeit

Menses: 4 / 30, unregelmäßig, manchmal verspätet

Letzter Zyklus vor 12 Tagen

Vor und zu Beginn (1. Tag) der Menses <

i. Bauchschmerzen

ii. Übelkeit und Erbrechen

Baden – warm

Weint leicht, aber < durch: führt zu Zorn und anschließend Kopfschmerzen

SCHRECK, BESCHWERDEN DURCH: wichtigstes Charakteristikum

Tee – heiß

Speisen – heiß

Kommentar

Diese vor kurzem verheiratete psychotische Frau hat eine Elektroschock-Behandlung erhalten, ohne dass sich der Zustand gebessert hätte. Sie trägt eine große Furcht in sich, dass ihrem Mann ihre Verfehlungen vor der Ehe bekannt werden könnten, und zwar durch die Person, die sie seinerzeit dazu verführt hatte. Diese Furcht wurde verstärkt, als ein Umzug eine räumliche Nähe zu dieser Person herstellte. Das waren die Bedingungen, die ihren Zusammenbruch einläuteten.

*Repertorium: Dhawales Synoptic Card Repertory**Auswahl der Rubriken*

Nr.	Karte	Rubrik	Kommentar
1	201	Aufregung, Schreck, Beschwerden oder < durch	Auslösende Modalität
2	94	Gesellschaft von Menschen, Verlangen nach oder >	Modalität
3	228	Furchtsam	Mentaler Zustand
4	131	Niedergeschlagen, traurig	
5	354	Menses, verspätet	Begleitsymptom
6	348	Menses, < vor	mit Modalität

Durchgängige Arzneien *Lycopodium, Phosphorus, Pulsatilla* und *Sepia*

Differentialdiagnose

Die Rubrik „Gedanken, unangenehm“ (Synthesis, S. 84) – *Lycopodium* 1. „Speisen, warme Speisen, Verlangen“ wird ebenfalls nach dem Geschmack von *Lycopodium* sein. Aus diesem Grund ist *Lycopodium* das *Simillimum*.¹⁹

¹⁹ Im Nachvollzug mit der *Therapeutischen Taschenkartei* sind bereits nach den ersten beiden Karten Nr. 0155 „Gemütsbewegungen, Kränkung, Kummer, Ärger, Schreck, Furcht agg.“ und Nr. 0167 „Gesellschaft amel., Verlangen nach“ nur noch vier Mittel vertreten: Ars., Hyos., Lyc. und Phos. Karte Nr. 0141 „Furchtsam, ängstlich, leichtes Erschrecken und Auffahren“ ändert hieran nichts, durch Karte Nr. 0477 „Traurigkeit, Melancholie, Depression“ scheidet Phos. aus. Karte Nr. 0303 „Menses, vor agg.“ lässt bereits das auch in der letzten Rubrik (Karte Nr. 0302 „Menses, zu spät“) durchscheinende *Lycopodium* als letztes Mittel übrig. Insgesamt erscheint diese Repertorisation mit ihrem Übergewicht an Gemütssymptomen allerdings mehr als fragwürdig. Lässt man die mittleren beiden Rubriken weg, gesellt sich hier immerhin der Phosphor hinzu.

Die Repertorisation mit dem *General Analysis* gestaltet sich wie folgt: Im Sinne der anatomischen Wirksphäre scheint sich hier Karte Nr. 097 „Gemüt, angegriffen“ anzubieten. An die zweite Stelle wäre mit Rücksicht auf die Wichtigkeit körperlicher Charakteristika bei Geistes- und Gemütskrankungen wohl Karte Nr. 186 „Menses, vor agg.“ zu setzen. Als Nächstes sollten die Verschlimmerung durch Gemütsregungen (Karte Nr. 098 „Gemütsbewegungen, Gefühlserregung“) sowie das sehr ausgeprägte Verlangen nach Gesellschaft (Karte Nr. 104 „Gesellschaft amel., Verlangen nach etc.“) folgen. Danach bleiben Hyos., Lyc. Phos. und Puls. übrig – womit wiederum eine große Übereinstimmung mit dem Ergebnis Dhawales gegeben ist. Im Sinne der weiteren Orientierung könnte man das Wagnis eingehen, den eigentümlichen Bezug zum Scheitel herzustellen (Karte Nr. 243 „Scheitel“), dann ist *Lycopodium* das letzte Mittel. Es erscheint indes angebrachter, dieses Partikularsymptom zusammen mit dem differenzierenden Verlangen nach warmen Speisen und Getränken in einem größeren Repertorium nachzuschlagen.

Die Patientin hatte bereits *Arsenicum album* 200 ohne Besserung bekommen. Die Arznei war nach den folgenden Symptomen ausgewählt worden:²⁰

1. Verletzen, fürchtet sich davor, alleingelassen zu werden, aus Furcht, sich zu verletzen (Synthesis, S. 201)
2. Schlaflosigkeit, Gedankenandrang, durch (ebd., S. 1515)
3. Furcht, töten, davor zu, Messer, mit einem (ebd., S. 77)

Ars. 1 + 3 + 1

Eine zweite Ausarbeitung mit dem Kent'schen Repertorium lenkte die Aufmerksamkeit auf *Lycopodium*. Die folgenden Rubriken wurden verwendet:

1. Gesellschaft, Verlangen nach (Synthesis, S. 94)
2. Gedanken, quälend (ebd., S. 83)
3. Übelkeit, Menses, vor (ebd., S. 775)
4. Übelkeit, Menses, während (ebd., S. 775)

Lyc. 2 + 2 + 2 + 2 *Phos.* 3 + 1 + 1 + 1 *Ars.* 3 + 2 + 0 + 1

Rubrik 1 darüber²¹ + 5. Gedanken, unangenehm (ebd., S. 84)

Calc. 1 + 1 *Ambr.* 1 + 2 *Lyc.* 2 + 1

Überraschenderweise rief *Lycopodium* 30 und 200 überhaupt keine Reaktion hervor. Aus diesem Grund wurde der Fall danach mit dem *Therapeutischen Taschenbuch* studiert.

Hier sehen wir, dass *Arsenicum album* nicht die körperlichen Begleitsymptome abdeckt, die bei einem Fall mit dem Schwerpunkt auf der Geistes- und Gemütsebene immer besonders wichtig sind. Dieser Umstand erklärt das Scheitern.

²⁰ Die folgende Differentialdiagnose ist einem früheren, in die Arbeit mit dem *Therapeutischen Taschenbuch* einführenden Kapitel entnommen, in dem der Fall zum ersten Mal besprochen wurde. Dieser Fall ist der einzige unter den hier dargestellten, bei dem eine Aussage darüber getroffen wird, nach welcher Methode er in der Praxis gelöst wurde.

²¹ Es ist nicht klar, was Dhawale hiermit meint. Im Original steht *Rubric 1 above*, aber dies kann sich nicht auf die „Verletzen, fürchtet sich...“-Rubrik beziehen, denn diese enthält keines der aufgeführten Mittel.

Die Mittel, die den Fall wirklich gut abdecken, sind *Lycopodium* und *Phosphorus*. Verlangen nach warmen Speisen und Getränken lässt *Lycopodium* offensichtlich als erste Wahl erscheinen.

Lycopodium wurde nun auf den Vorschlag des verstorbenen Dr. L. D. Dhawale hin in einer aufsteigenden Potenzreihe verordnet – *Lycopodium* 1M, 10M und 50M, jeweils eine Dosis beim Schlafengehen an aufeinander folgenden Tagen. Selbst da war die Reaktion erst in der dritten Woche zu merken und die Patientin gesundete langsam und beständig, bis sie nach 8 Wochen wieder völlig wiederhergestellt war.

Der Reaktionsmangel und die langsame Heilung ist unter Umständen auf das durch die Elektroschock-Behandlung geschädigte Nervensystem zurückzuführen. Manche dieser Fälle sind wirklich ziemlich aufreibend.

Fall Nr. 8²²

Herr N., 47 Jahre

Ref.: L.D.D. 7.6.57

Die Krankengeschichte in den Worten des Patienten:

Beruf: Geschäftsführer, was an 5 bis 6 Tagen monatlich mit Reisen verbunden ist.

Gewohnheiten: Keine Zigaretten, kein Alkohol. Spielt gerne Tennis und Badminton und macht regelmäßige Morgenspaziergänge.

Hauptbeschwerde: Schmerzen im linken Oberschenkel und Parästhesien über dem linken Knie und im linken Bein. Der Schmerz im Oberschenkel beginnt im linken Iliosakralen Bereich, wird als dumpf empfunden, steigert sich bei Beanspruchung des Beines, beim Darüberreiben, ja selbst wenn das Bein in einer Stellung wie z.B. beim Sitzen für längere Zeit, sagen wir 3-4 Stunden, angewinkelt bzw. eingeschlagen ist.

Krankheitsgeschichte: Es begann vor viereinhalb Monaten, nachdem ich zwei Tage lang im Sitzen nahezu ununterbrochen Kricketspiele angesehen hatte. Die Beschwerde wurde als Ischias diagnostiziert und es wurden Irgapyrin-Tabletten verabreicht sowie Diathermie empfohlen. Nach einer solchen Diathermie-Behandlung nahm der Schmerz stark zu, aber die Einnahme der Irgapyrin-Tabletten (insgesamt ca. 20 Stück) brachte eine erhebliche Erleichterung. Danach konnte ich mich wieder im Haus bewegen. Später verschlimmerte sich der Schmerz vor allem beim Steigen; zudem resultierte daraus ein sichtbares Hin-

²² Dieser Fall wurde in dem Kapitel besprochen, das die Arbeit mit Bogers *Bönninghausen-Characteristics and Repertory* vorgestellt hat.

ken. Zudem besteht eine leichte Abnahme oder sogar ein Verlust des Muskel-Tonus des linken Oberschenkels, obwohl dieser sich, was den Umfang angeht, nicht vom rechten unterscheidet.

Untersuchungen:

1. Röntgenbild Iliosakrales Gelenk, links
Ohne Befund
2. Röntgenbild Wirbelsäule (Lumbodorsal) Osteophyten

Der gegenwärtige Schmerz ist schlimmer abends nach dem Arbeiten im Büro, auch durch Druck. Die angenehmste Schlafposition ist auf dem Rücken. Der Schlaf wurde bis vor zwei Monaten gestört durch nächtliche krampfartige Schmerzen, seither nicht mehr. Insgesamt scheint der Schmerz allmählich nachzulassen, ohne aber ganz zu verschwinden.

Vorgeschichte: Manchmal Fibrositis und Lumbago nach Überanstrengung beim Sport. Dauerte aber nur 3-4 Tage. Viruspneumonie 1952, die mit Aureomycin behandelt wurde. Abszess, 'aseptische Nekrose' nach einer Perandren-Injektion im linken Arm 1954.

Essgewohnheiten: Bevorzugt milde Diät, mag Süßes mehr als Saures oder heiße (pikante) Gerichte.

Stuhlgang und Urin: Regelmäßig. Manchmal Übersäuerung.

Achtung: Die obige Aufstellung wurde von dem Patienten selbst unter Mithilfe eines Verwandten, der Arzt war und den Patienten zur Behandlung überwiesen hatte, verfasst.

Zusätzliche Informationen

Die Beschwerden begannen im Januar nach langem Sitzen.

Krampfartige Schmerzen im linken Oberschenkel < Liegen auf der linken Seite. > Liegen auf dem Rücken.

Verlangen: Heiße Speisen und heiße Milch (so heiß, wie er sie gerade noch trinken kann).

Wunder Hals nach kalten Getränken und Eis.

Baden: Immer warm.

Bewegung, beginnende <, fortgesetzte >.

Stomatitis und Glossitis nach Achromycin (> nach Vitamin-B-Komplex).

Brennender Punkt im Anfangszustand im medialen linken Schenkelbereich. Jetzt eigentümliche Taubheit in diesem Gebiet.

Schmerz, im medialen Bereich des linken unteren Schenkels mit schlaffem Muskeltonus. Kniee: Einbuchtungen; Streckzeichen – negativ.

Brennen, Fußsohlen: < Sommer < Nachts > Entblößen. Zieht Sandalen geschlossenen Schuhen vor.

Beugen: normal.

Abneigung: Saures

Analfissur in der Vorgeschichte.

Seekrank, Schwindel bei langen Autofahrten.

Harnsäure im Blut: 6.1 mg / 100 ccm (normaler Wert 2 – 3.5 mg.)

Kommentar:

Die Modalität „Bewegung, beginnende <, fortgesetzte >“ schließt sofort die Diagnose Osteoarthritis aus und ordnet den Patienten dem rheumatischen Formenkreis zu. Im Sinne einer Routineuntersuchung wurde eine schnelle Analyse des Harnsäurewertes angeordnet, um metabolische Entgleisungen als Ursache für die Radikulitis auszuschließen; der erhöhte Harnsäuregehalt ermöglichte eine schnelle Repertorisati-
on.

Repertorium: Bogers Karten-Repertorium

Dieser Fall zeigt einige der Unzulänglichkeiten des Repertoriums.

Auswahl der Rubriken

Nr.	Karte	Rubrik	Kommentar
1	029	Bewegung, beginnende agg., fortgesetzte amel.	Modalität der Hauptbeschwerde
2	241	Schaukeln, Schwanken etc. agg.	Begleitende Modalität <i>Achtung: Lycopodium ist in Karte 241 nicht gelocht, obwohl es hier angezeigt wäre</i>
3	---	Harnsaure Diathese ²³	Pathologisches Allgemeinsymptom und Auslöser

Auswahl der Arznei

Macht man wegen des Fehlers in Karte Nr. 241 keine Zugeständnisse, bleibt nur *Sepia* als Arznei übrig. Macht man das notwendige Zugeständnis, hat man *Lycopodium* und *Sepia* als die konkurrierenden Arzneien.

„Heißes Bad“ und „Verlangen, die Füße zu entblößen“ lassen *Sepia* als die passende Arznei erscheinen.²⁴

²³ Diese Rubrik ist eine indische Ergänzung des *General Analysis*, die offensichtlich auf Bogers Nachlass zurückgeht, der nach Bogers Tod von dessen Witwe einem Verlagshaus in Bombay zur Verfügung gestellt wurde. Sie umfasst nur sechs Arzneien (Berb., Cocc-c., Lyc., Nat-s., Sep., Urt-u.) und wurde wohl auch aus diesem Grund von Boger selbst nicht in das Karten-Repertorium aufgenommen, da hier der eliminierende Charakter unverhältnismäßig groß ist. Diese Rubrik aus dem *Synoptic Key* ist in der deutschen Karten-Ausgabe des *General Analysis* nicht vertreten.

²⁴ Das Problem bei diesem Fall ist, dass sich keine Rubrik so recht zur initialen Bestimmung der anatomischen Wirkrichtung anzubieten scheint. So bleibt diesmal nur der Weg über die Modalitäten. Weitere Allgemeinsymptom-Rubriken, die nach der unstrittigen Hauptmodalität „Bewegung, beginnende agg., fortgesetzte amel.“ hier zur Absicherung hätten Verwendung finden können, sind Karte Nr. 285 „Stellen, umschriebenen, kleinen etc.“, an²⁴ sowie Karte Nr. 269 „Seite, links“. Die erstgenannte Rubrik deckt ein deutliches Merkmal

Diese Vorgehensweise zeigt darüber hinaus den Wert einer diagnostischen Rubrik zur Kennzeichnung der konstitutionellen Tendenz – harnsaure Diathese als Causa von Radikulitis.

Fall Nr. 9

Frau P.M.C., 39 Jahre

Ref.: L.D.D. 20.4.57

Die Patientin hatte die folgenden Beschwerden über einen Zeitraum von neun Monaten:

Schießende Schmerzen, Gesicht, rechtsseitig; Richtung: vom Unterkiefer zum Scheitel; Dauer: 9 Monate: < Sprechen; < Bewegungen der Kiefer wie etwa beim Essen; < Mitternacht, nach; < warme Anwendungen, die eine brennende Empfindung hervorrufen; < Berührung; > Liegen auf der betroffenen Seite.

Speichelfluss, exzessiv – Herauströpfeln während des SCHLAFES.

Kopf, Schmerz, in beiden Schläfen.

Augäpfel, Schmerzen.

Lärm < (allgemein)

Muskelschmerzen – Extremitäten.

Schlaf, unterbrochen – wegen der Schmerzen – unerfrischt am Morgen.

Appetit, gering.

Menstruation: 2-3 Tage, spärlich, 17-20 Tage Zyklusdauer in den letzten vier Monaten. Keine Begleitsymptome mit Bezug zu den Menses.

Kopf, Schmerzen mit Erbrechen, wenn der Sonne ausgesetzt – zurzeit nicht: Abklingen dieser Beschwerden mit dem Auftreten der Neuralgie; < saure Speisen.

WÄRME <: Schwindel; Schmerzen des neuralgischen Typs.

Erkältungsanfälle mit Schwerpunkt in der Nase sowie Asthma vor 15 Jahren; Aufhören dieser Beschwerden nach einer operativen Septum-Korrektur.

Baden: lauwarm.

der Hauptbeschwerde (erst Brennen, dann Taubheit), die zweite ist in der Vorgeschichte der allergischen Reaktion nach einer Injektion im linken Arm verankert; vielleicht könnte man in einem eher freieren Umgang mit den Rubriken auch noch die nicht sehr stark ausgeprägte und damit für eine Rubrikenvergabe nicht ausreichende Verschlimmerung der Hauptbeschwerde durch Liegen auf der linken Seite zur Bestätigung der Seitenrubrik heranziehen. Ließe man die „Schaukeln agg.“-Rubrik auf Grund ihres eliminierenden Charakters weg, wäre bei dieser Repertorisation zwischen Sep., Phos. und Rhus-t. zu differenzieren, was mit Rücksicht auf die bereits von Dhawale genannten Rubriken ein Leichtes ist.

Brennen: Handflächen und Fußsohlen < Sommer; > kalte Anwendungen.

Stuhlgang: hart, verstopft.

Verlangen: Kalte Speisen und Getränke (kann nichts Heißes essen oder Tee trinken); *Salz*.

Durst: unauffällig.

Übelkeit: ständig, aber < morgens.

Geruch von Fisch <: Erbrechen.

Schaukeln <: Schwindel (altes Symptom, nicht aktuell)

Zahnfleischieiterung.

Finanzielle Sorgen: Der Ehemann ist in einen Rechtsstreit mit der Regierung involviert.

Frühere Medikation: *Belladonna* 30, vierstündig einzunehmen am 19.4.57, von einem anderen Behandler verordnet, hatte eine leichte Besserung gebracht.

Dieser Fall von Trigemini-Neuralgie war bereits ohne jede Verbesserung mit Injektionen behandelt worden; eine operative Behandlung war empfohlen worden, die die Patientin aber ablehnte.

Das Studium der Modalitäten der Hauptbeschwerde überzeugt einen schnell von der Nutzlosigkeit einer diesbezüglichen Herangehensweise.²⁵

Repertorium: Bogers Karten-Repertorium

Auswahl der Rubriken

Nr.	Karte	Rubrik	Kommentar
1	203	Nervenschmerzen	Lokalisation
2	061	Entblößen amel., kalte Anwendungen amel., warme Umschläge agg.	Modalität sowohl der Hauptbeschwerde (1) als auch von Begleitsymptomen (3)
3	131	Hitze, partiell	Brennen – Handflächen und Fußsohlen → Generalisierung
4	314	Wärme, im Allgemeinen agg.	Allgemeine Modalität

Durchgängige Arzneien

Lycopodium, Pulsatilla und Sulphur

²⁵ Hierzu könnte auch ein anderer Standpunkt eingenommen werden: Zweifelsohne sind die Auswirkungen von Bewegung bzw. Berührung nicht sonderlich hoch anzusetzen; anders sieht es dagegen möglicherweise bereits mit dem schießenden Charakter der Beschwerden (Karte Nr. 244 „Schießen, blitzartig, schnell auftretender Schmerz“), in jedem Fall aber mit der Verschlimmerung nach Mitternacht (Karte Nr. 326 „Zeit, 0.00 bis 4.00 Uhr“) aus – in beiden Rubriken ist der Schwefel übrigens vertreten.

Differentialdiagnose

„Schlaf, unerquicklich, morgens“ und „Saure Speisen <“ favorisieren *Sulphur* als ähnlichste Arznei.²⁶

Anmerkung: *Sulphur* verbesserte nicht nur die Nervenschmerzen, sondern brachte auch die Erkältungen und die Kopfschmerzen für eine kurze Zeit wieder zurück, um dann aber eine umfassende Verbesserung herbeizuführen. Dies entspricht Herings Gesetz der Heilungsabfolge.

Fall Nr. 10²⁷

Frau P., 47 Jahre

Ref.: M.L. D. 23.5.57

Symptomatik:

Husten, seit einem Monat, trocken: < Essen, nach dem
< Liegen mit niedrigem Kopf
< mit Atemproblemen:
< Anstrengung
< langes Sprechen
< Zusammenkrümmen

Menschenmengen < (Allgemeinsymptom)

Lärm < (Allgemeinsymptom): laute Musik <

Schlaf: gut; schluchzende Geräusche während des Schlafens

„Als ob sie in einem Boot ist; der Boden scheint sich zu heben und zu senken“

Haut, Jucken, unbedeckte Stellen, Hautfalten, ? < nach Vitamin-B-Komplex

Müdigkeit: < morgens nach dem Erwachen, bis sie einen Tee getrunken hat
< Essen oder Trinken von kaltem Wasser

Essen, muss

Zittern, innerliches – Extremitäten

Geistesabwesenheit, plötzlich, dauert ca. fünf Minuten – beim Unterrichten von Schülern (Handarbeitsklasse) – keine Veränderung des Gesichtsausdrucks

Schmerz, Gelenke, Augen

²⁶ Dieser Ausarbeitung ist wenig hinzuzufügen. Zur weiteren Absicherung hätte außer den beiden in der letzten Fußnote genannten Rubriken auch noch Karte Nr. 129 „Hitze, Brennen“ hinzugezogen werden können. „Mund – Speichelfluss – nachts“ (*Synthesis* S. 657) hätte als ein weiteres Symptom zur Feindifferenzierung fungieren können (*Pulsatilla* 1; *Sulphur* 1).

²⁷ Dieser Fall wurde im Kent-Kapitel unter Bezugnahme auf Kents *Repertorium der homöopathischen Arzneien* besprochen.

Hitze, generalisiert und Augen (kein Fieber)
 Schmerz, innere Brust, rechts, Richtung: Schulterblatt zur vorderen Brust < Bewegung
 Zornig ohne Grund: Kleinigkeiten < (in letzter Zeit)
 Niedergeschlagen: ihr ist nach Weinen
 Müdigkeit: kein Verlangen nach Arbeit – liegt lieber nieder
Unruhe
 Mag weder alleine noch in einer Menschenmenge sein
 Anfälle von Aktivität für 4-6 Tage mit Fröhlichkeit, die mit Perioden von Untätigkeit und Niedergeschlagenheit abwechseln
 EMPFINDLICH: kann keine Streitigkeiten ertragen: Schwächeanfälle
 Fröstelig; Sommer >; < Kälte Füße, kalt im Winter
 Rückenschmerzen, tief unten > Druck
 Menopause, 3 Jahre – Hitzewallungen
 Schaukeln <: Schwindel
 Koitus: Abneigung
Vorgeschichte: Die Patientin war bereits vor drei Jahren wegen der folgenden Symptome von dem Arzt behandelt und geheilt worden, der den Fall jetzt überwiesen hatte:
 Niedergeschlagen
 Koitus: Abneigung
 Musik: Abneigung
 Zuneigung, weniger, Ehemann, für den
Körperliche Untersuchung: Gewicht 131 Pfund. Hühneraugen an den Fußsohlen. Granuläre Pharyngitis. Haut: knötchenförmige erythematöse Flecken mit leichter Abschuppung auf der vorderen Brust, in den Beugen: Ellbogen und Knie.

Lebenssituation

Diese Patientin war über einen längeren Zeitraum Stress und Anstrengungen ausgesetzt. Außer familiären Unstimmigkeiten hatte die Patientin große Probleme bei der Erziehung ihres einzigen Sohnes – sie und ihr Mann kamen in diesem wichtigen Punkt nicht überein und nahmen häufig unterschiedliche Standpunkte ein, besonders, was die Disziplinierung ihres Sohnes anging. Zu diesen persönlichen Problemen kamen finanzielle Schwierigkeiten hinzu.

Repertorium: Bogers Karten-Repertorium

Auswahl der Rubriken

Nr.	Karte	Rubrik	Kommentar
1	060	Empfindlich, auch gegen Geräusch, Licht, Gerüche, Schmerz unerträglich, Berührung, Kleinigkeiten	Grundlegender Charakterzug, der für die Erkrankung verantwortlich ist

2	317	Wechselnde Effekte, Zustände, Seiten, Metastasen etc.	Alternation des Geistes- und Gemütszustandes			
3	069	Essen >	Interpretation von „Essen, muss“ <i>Ign. – Lach. – Phos. – Sep.</i>			
<i>Arzneien</i>						
<i>Modalitäten</i>						
4	103	Gesellschaft, Menschenmenge etc. agg; Einsamkeit amel.	+	(2)*	0	+
5	149	Klimakterium, Wechseljahre agg.	0	+	0	+
6	241	Schaukeln, Schwanken etc. agg.	(2)*	(2)*	0	+
<i>Gemüt</i>						
7	337	Zorn, Reizbarkeit, mürrisch, schlechte Laune	+	(2)*	(2)*	+
8	296	Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, schwermütig	+	+	0	+ ²⁸
<i>Empfindungen</i>						
9	154	Kollaps, plötzliche Erschöpfung, Schwächeanfälle etc.	+	+	0	+
10	320	Wellen, Wallungen, Orgasmen, fliegende Hitze	0	+	+	+

(2)* - nicht berücksichtigt auf den Karten; 2-wertig in Kents *Repertorium*

Kommentar

Ganz offensichtlich ist *Sepia* das *Simillimum*. Trotzdem sind viele wichtige Rubriken des Falles nicht abgedeckt, da sie nicht im Repertorium enthalten sind. So enthält dieses beispielsweise keine Rubriken, die mangelndes sexuelles Verlangen erfassen. Die Unvollständigkeit bezüglich der Arzneien wird daran deutlich, dass Arzneien ausgelassen werden, die bei Kent 2-wertig sind. Es handelt sich also um alles andere als eine 100-prozentig sichere Methode. Ihr erfolgreicher Gebrauch setzt vielmehr gute *Materia Medica*-Kenntnisse und Erfahrung mit anderen Repertorien voraus.²⁹

²⁸ Hier scheint sich bei Dhawale entweder ein Fehler eingeschlichen zu haben, oder es handelt sich um einen nicht kenntlich gemachten Nachtrag, denn *Sepia* ist in dieser Rubrik des *General Analysis* nicht aufgeführt.

²⁹ Zu Dhawales Analyse ist zunächst zu sagen, dass die Rubriken 4-10 wahrscheinlich nur aufgeführt werden, um den Aspekt der vermeintlichen Unvollständigkeit des *General Analysis* demonstrieren zu können, denn das Karten-Repertorium dient ja *expressis verbis* gerade nicht dazu, sämtliche einigermaßen charakteristischen Symptome durchzurepertorisieren. *Lege artis* hätte die weitere Differenzierung der nach der dritten Rubrik verbleibenden vier Arzneien vielmehr über die Rücksicht auf ein größeres Repertorium oder die *Materia Medica* zu erfolgen gehabt.

Fall Nr. 11³⁰

Frau S., 43 Jahre

Ref.: L.D.D. 31.3.57

Hauptbeschwerde

Langwierige, profuse und häufige Menstruation.

Krankheitsgeschichte der Menstruation

7 Tage, profus, Klümpchen, auswaschbar / alle 15-20 Tage.

Schmerzen, Rücken und untere Bauchregion: vor und während der Menses (die ersten zwei Tage); keine Schmerzen ab dem vierten Tag.

Schwindel am zweiten Tag der Menses.

Schmerzen, Übelkeit und Schwindel sind neue Symptome, die im letzten Jahr eingesetzt haben.

Vor den Menses: SCHMERZ – auf beiden Seiten von der Hüfte in die hintere Region der Oberschenkel ausstrahlend (rechts stärker); intensiv genug, um sie zum Weinen zu bringen; heiße Wärmflasche >; Druck >; Anwinkeln der Beine am Bauch >; Bewegung <; Schmerzen auch in der Sakral-Region.*Während der Menses:* die heftigen Schmerzen halten die ersten beiden Tage an, nehmen am dritten Tag ab und verschwinden ab dem vierten Tag. Übelkeit am zweiten Tag für etwa eine halbe

Ein weiteres Problem ergibt sich daraus, dass in dieser Falldarstellung die Aussagen der Patientin bereits in verkürzter Form, manchmal sogar schon in der Formulierung des Repertoriums wiedergegeben werden. Dies hat zur Folge, dass die Intensität der Beschwerden und Symptome gerade im Gemüts-Bereich für den Leser wenig transparent wird – und gerade dieser ist ja hauptsächlich affiziert. Vor diesem Hintergrund erscheinen einige der von Dhawale in der Rubriken-Sektion 4-10 verwendeten Rubriken – und hier vor allem die Gemütsrubriken – nicht unmittelbar zwingend. So ließe sich zum Beispiel zu fragen, weshalb die „Zorn“-Rubrik Verwendung findet, während die immerhin drucktechnisch hervorgehobene „Ruhelosigkeit“ (Karte Nr. 234: Sepia 0) unberücksichtigt bleibt. Zudem ließe sich der durch Kleinigkeiten ausgelöste Zorn problemlos der in Rubrik 1 platzierten Empfindlichkeit der Patientin subsumieren, womit die Notwendigkeit einer eigenen Rubrik wegfällt. Zudem scheint sich die Patientin bezüglich der Modalität „Gesellschaft, Menschenmenge etc. agg.; Einsamkeit amel.“ mindestens ambivalent zu verhalten, heißt es doch „Mag weder alleine noch in einer Menschenmenge sein“. Und auch die Berechtigung von Rubrik Nr. 9 „Kollaps, plötzliche Erschöpfung, Schwächeanfälle etc.“ erscheint mehr als fraglich, dominiert in der Falldarstellung doch eher konstante Mattigkeit denn plötzliche Schwäche.

Alternative Rubriken, die in diesem Fall hingegen hätten gewählt werden können, sind Karte Nr. 120 „Haut“ (mehrfach betroffene und damit charakteristische anatomische Wirk-sphäre), eventuell auch noch Karte Nr. 121 „Haut, Falten, Beugungen, der“ (Knie und Ellbogen) sowie Karte Nr. 087 „Frostig, kalt“ wegen der konstitutionellen Kälteempfindlichkeit. Denkbar wäre darüber hinaus die Berücksichtigung des zuletzt erschienenen und immerhin ja bereits einen Monat persistierenden Hustens (Karte Nr. 132).

³⁰ Dieser Fall wurde ebenfalls im Kent-Kapitel besprochen.

Stunde ohne Verbindung zu den Schmerzen. Schmerzen werden besser, nachdem die Klumpen ausgeschieden sind. Kein Weißfluss.

Andere Beschwerden

Kopfschmerz, Stirn und Schläfen: heftig < Sonnenhitze; keine bestimmte Zeit, unbeeinflusst durch Druck oder Zugluft; > durch Früchte, Salz (bevor sie abführt). Magenübersäuerung ausgelöst durch gebratene und saure Speisen.

Atemlos beim Steigen oder Klettern; Gewicht hat in den letzten 1 ½ Jahren um 20 Pfund zugenommen.

Krämpfe, Waden: stören den Schlaf, < beim Ausstrecken der Beine.

Keine Bauchschmerzen außer bei den Menses.

Ödeme der Fußgelenke nach Anstrengung seit dem letzten Jahr.

Baden: niemals kalt – zurzeit lauwarm – nahm im Sommer ein kaltes Bad.

Speisen: Mag Saures, Zitronen, Buttermilch (nicht sehr sauer) Warmes Essen.

Abneigung: Warme Getränke (Tee).

Schlaflos: Einen oder zwei Tage vor den Menses, selbst wenn sie keine Schmerzen hat.

Sexuelles Verlangen: hat abgenommen, keine Schmerzen beim Koitus.

Verstopfung: keine harten Stühle; fruchtlose Versuche, obwohl der Stuhl weich ist.

Generell nicht durstig.

Braucht mehr Kleidung / Decken im Winter: fühlt sich im Winter niemals ganz wohl. Schmerz, Sakrum und Beine, ist im Winter stärker. Es geht ihr im Sommer besser als im Winter.

Empfindlich auf Gerüche (starke) – Fisch, Knoblauch; Kochgeruch stark gewürzter Speisen führt zu Übelkeit.

Reizbar: Besser beim Alleinsein.

Keine Reise- oder Flugkrankheit.

Septischer Abort (5. Monat) 1940 mit nachfolgenden Verwachsungen.

Körperliche Untersuchung

Anämie mit Herzgeräuschen und leichten Ödemen der Beine; keine Durchblutungsschwäche.

Untersuchungen

Blut: rote Blutkörperchen 3,4 Mio./ccm; Hb 9,2; Färbeindex FI 0,9; Leukos 6900/ccm; Neutrophile 64%; Eosinophile 3%; Lymphozyten 27%; Mononukleare 6%; Anisozytose festgestellt. Geringfügige Hypochromie.

Urin: Ohne Befund

Bericht des Gynäkologen: Uterusfibroide mit alten Verwachsungen am Becken. ‚Hysterektomie erforderlich‘, empfiehlt, die Herzleistung abklären zu lassen, da der erste Herzton sehr schwach ist.’

Bericht des Kardiologen: Auf dem Röntgenbild bewegt sich die Größe des Herzens an der oberen Grenze der Normalwerte, und es ist liegt keine Hilus-Erweiterung vor. Das Elektrokardiogramm zeigt flache T-Wellen. Obwohl ihre Kurzatmigkeit durch die Anämie und das Übergewicht erklärt werden könnte, sind flache T-Wellen bei 3,5 Mio. Erythrozyten ungewöhnlich. Daher kann eine leichte Schädigung der Koronar-Arterien nicht ausgeschlossen werden. Dies kann letztendlich nur darüber entschieden werden, ob sich die Wellen wieder auf dem Normalwert einpendeln, wenn die Anämie behoben ist. Die Ödeme der Füße sind nicht auf eine Herzbelastung zurückzuführen.'

Repertorium: Dhawales *Synoptic Card Repertory*

Auswahl der Rubriken

Nr.	Karte	Rubrik	Kommentar
1	352	Menses, reichlich, profus	Hauptbeschwerde
2	230	Weibliche Geschlechtsorgane	Lokalisation: Fibroide
3	348	Menses, vor <	Modalitäten
4	350	Menses, während <	
5	93	Gesellschaft, Menschenmenge etc. agg; Einsamkeit amel.	Mentales Begleitsymptom und Modalität
6	486	Sexuelles Verlangen, Impuls etc., verringert bei Frauen	Begleitsymptom – vitaler Antrieb betroffen

Durchgängige Arzneien *Lycopodium, Natrum muriaticum und Sepia*

Differentialdiagnose

„Warmes Baden“ schließt *Lycopodium* und *Natrium muriaticum* aus.
 „Frösteliger Patient; niemals Wohlbefinden im Winter; fühlt sich wohl im Sommer“ schließt ebenfalls *Lycopodium* und *Natrium muriaticum* aus.
 „Schmerz, sakrale Region, erstreckt sich zu Hüften und Schenkeln“: *Lyc. 0 Nat-m. 0 Sep. 2*. Also ist *Sepia* das *Simillimum*.³¹

³¹ Die Analyse des Falles mit der Therapeutischen Taschenkartei führt zwar zum Simillimum, lässt aber bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Repertorisation alle anderen Arzneien ausscheiden, die bei Dhawale bis zum Ende durchgehen. Bereits die erste Karte Nr. 0301 „Menses, stark, zu“ führt *Lycopodium* nicht auf. Nach Karte Nr. 0507 „Weibliche Geschlechtsteile“, Karte Nr. 0293 „Menses, vor der agg.“ bzw. Nr. 0296 „Menses, während der agg.“ sind noch *Calc.*, *Phos.* und *Sep.* im Rennen. Die beiden erstgenannten scheidet dann bei Karte Nr. 0166 „Gesellschaft, Menschenansammlung agg.“ aus. Die Konversion der letzten Rubrik in die Karte Nr. 0161 „Geschlechtstrieb, zu schwacher“ der *Therapeutischen Taschenkartei* erscheint etwas zweifelhaft; dort ist *Sepia* zudem nicht aufgeführt.

Kommentar

Die obige Ausarbeitung ist in Übereinstimmung mit der Bönninghausen-Methode kombiniert mit einer dem Boger-Ansatz entsprechenden Betonung der Lokalisation.

Fall Nr. 12³²

Der folgende Fall verdeutlicht besonders die folgenden Punkte:

- I. Den Wert einer vom Patienten selbst verfassten schriftlichen Krankheitsgeschichte,

Die Repertorisation des Falles ist allerdings mit geringfügigen Änderungen auch mit dem *General Analysis* durchführbar: Als erste Karte wäre hier Nr. 318 „Weibliche Geschlechtsteile“ zu nehmen, da es sich ja nicht allein um eine möglicherweise lediglich funktionelle Menstruationsstörung handelt, sondern auch und gerade ein Gewebebezug in Gestalt pathologischer Veränderungen am Organ vorliegt, auf den das *General Analysis* bevorzugt fokussieren sollte. An die zweite Stelle könnte die Hauptbeschwerde „Menstruationsstörungen“ (Karte Nr. 190) gesetzt werden; diese Rubrik ist aber am ehesten entbehrlich, folgen doch die eigentlichen Charakteristika der Menstruationsstörungen sogleich im Detail: Ein weiterer Gewebebezug im Sinne eines pathologischen Allgemeinsymptoms mit Gewebebezug ist da zunächst die klumpige Beschaffenheit der Blutungen (Karte Nr. 151 „Klumpige Effekte, Absonderungen etc.“), wonach sich die Zahl der in Frage kommenden Arzneien bereits auf fünf reduziert hat: Calc., Cham., Kreos., Plat. und Sep. Lässt man die zweite Karte weg, gesellt sich hier lediglich noch Lyc. hinzu. Spätestens daran sollte sich die sehr ausgeprägte und zugleich die Hauptbeschwerde charakterisierende Modalität „Menses, vor <“ (Karte Nr. 186) anschließen, die Platina ausscheiden lässt. Ab diesem Zeitpunkt erfolgt die weitere Differentialdiagnose über ein größeres Repertorium. Weitere Rubriken des *General Analysis*, die hätten eingesetzt werden können, sind: Karte Nr. 076 „Feuchtigkeit, Flüssigkeit, verstärkte Sekrete im Allgemeinen etc.“, um das Profuse der Blutungen zu berücksichtigen (hier wäre natürlich im Sinne einer kreativen Kombinatorik des *General Analysis* und der *Therapeutischen Taschenkartei* deren Karte Nr. 0301 „Menses, stark, zu“ der adäquate Ausdruck gewesen!) sowie Karte Nr. 100 „Gerüche, Gestank agg.“. Die von Dhawale herangezogene Gemütsmodalität „Gesellschaft, Menschenmenge agg.; Einsamkeit amel.“ (Karte Nr. 103) scheint zumindest in der Papierform des Falles wenig ausgeprägt und wird hier deshalb nicht berücksichtigt.

³² Dieser letzte Fall illustriert ursprünglich abschließend die allgemeine Einführung in das homöopathische Arbeiten und in die Technik der Repertorisation, an die sich die Darstellungen zu den einzelnen Methoden und Repertorisationsstrategien anschließen, von denen, wie bereits erwähnt, die Einführung in die *General Analysis*-Karten-Repertorisation den letzten Unterabschnitt bildet. Vor diesem Hintergrund sind die einleitenden Hinweise auf die unterschiedlichen Aspekte des Falles als eine Engführung des bislang Gesagten zu verstehen. Die Symptomatik dieses Falles ist extrem ausführlich dokumentiert und stellt somit höchste Ansprüche an das für den Boger-Ansatz konstitutive Prinzip der Vogelperspektive.

- II. Den Stellenwert des Einflusses emotionaler Faktoren auf die Entstehung von Krankheit,
- III. Die Wichtigkeit erblicher Prädispositionen,
- IV. Das komplexe Symptomenbild, das einem in einigen der chronischen Fälle begegnet,
- V. Die durch Probleme im persönlichen Bereich hervorgerufene Neigung zu Rückfällen,
- VI. Die Schwierigkeit, eine einzelne Arznei zu finden, die alle Aspekte des Falles abdeckt,
- VII. Die partielle Linderung der Beschwerden durch eine teilweise angezeigte Arznei,
- VIII. Die kurze Dauer der durch eine oberflächlich wirkende Arznei erreichten Linderung,
- IX. Das Fehlschlagen des Versuchs, die Wirkung einer oberflächlich wirkenden Arznei zu steigern, was zu häufigen Rückfällen führt, die schließlich nicht mehr auf die Behandlung ansprechen,
- X. Den Wert der auffallenderen, sonderlichen, ungewöhnlichen und eigenheitlichen Symptome für die Wahl der Arznei,
- XI. Den Wert der Begleitsymptome,
- XII. Die Begrenztheit therapeutischer Verfahren, wenn die ursächlich für die Krankheit verantwortlichen Einflussfaktoren weiter bestehen und der Patient noch keine diesbezügliche Einsicht erlangt hat.

Fallgeschichte von Herrn A. H.

26.12.52

Die Beschwerden gehen auf das Jahr 1941 zurück, als ich einen so genannten Nervenzusammenbruch hatte, mit Schlaflosigkeit, Durchfall, Gewichtsverlust, Untertemperatur usw. Ich war zu der Zeit im Gefängnis, ungefähr seit einem Jahr. Vor meiner Inhaftierung führte ich ein ausgesprochen aktives Leben (sowohl in körperlicher als auch in geistiger Hinsicht). Ich verfügte zwar nicht gerade über eine gute Gesundheit oder eine robuste Physis, aber mein Durchhaltevermögen schien unerschöpflich zu sein. Ich arbeitete monatelang 14 bis 16 Stunden täglich, und mein Geist war immer sehr aktiv und sehr frisch. Ich hatte ein erstaunliches, fast photographisches Gedächtnis entwickelt und eine sehr schnelle Auffassungsgabe selbst bei den schwierig-

sten Problemstellungen. Die Folge davon war, dass ich, obwohl ich nahezu ununterbrochen im Bereich der politischen Propaganda tätig war, dennoch eine brillante akademische Karriere durchlief, mit Medaillen und Auszeichnungen usw. Darüber hinaus war ich als ein mit einem ebenso machtvollen wie treffenden und präzisen Stil schreibender Autor und erstklassiger öffentlicher Redner bekannt. Dabei lebte ich ein so hektisches und rastloses Leben, dass ich häufig nicht den natürlichen Bedürfnissen nachkommen konnte und gewöhnlich an Verstopfung litt.

Auf einer Reise hatte ich im Jahr 1938 eine schwere Durchfallerkrankung, nachdem ich zwei Wochen in einem kleinen Dorf sehr schlechtes Essen bekommen hatte. Nach ein paar Tagen ließ der Durchfall nach und ging wieder in die Verstopfung über, und ich kann mich daran erinnern, auf meinem Gesicht Pickel in großer Zahl bekommen zu haben.

Seit dieser Zeit litt ich bis 1941 in der Regel an Verstopfung. Bevor ich die zweite Durchfallerkrankung im Jahr 1941 bekam, hatte ich gravierende persönliche Sorgen und Kümernisse bekommen, während ich noch im Gefängnis war. Auf Grund dieser Probleme entwickelte ich Schlaflosigkeit und eine allgemeine Apathie und Lustlosigkeit. Ich kann mich daran erinnern, dass zu der gleichen Zeit eine deutliche Abnahme meiner geistigen Fähigkeiten einsetzte. Mein Gedächtnis ließ nach, meine Fähigkeit, ein Buch oder ein Problem zu erfassen, wurde schwächer, und eine allgemeine geistige und körperliche Trägheit setzte ein. Ich konnte mich nicht wie früher auf ein Problem konzentrieren, sondern brütete vielmehr monatelang über meinen persönlichen Problemen, Sorgen und Kümernissen.

Der Durchfall, der zu dieser Zeit einsetzte, ist möglicherweise auf diese Sorgen zurückzuführen, hatte aber auch eine Menge mit dem ausgesprochen schlechten Gefängnis-Essen zu tun. Nach einer monatelangen Behandlung im Gefängnis (ich kann mich nicht daran erinnern, welche Arzneien mir dort verabreicht wurden, außer an die Brom-Präparate, die ich – allerdings ohne Erfolg – wegen meiner Schlaflosigkeit erhielt) wurde ich ins Krankenhaus verlegt. Es stellte sich heraus, dass ich auch Untertemperatur hatte; die Röntgenbilder zeigten außerdem eine Verdickung des Blinddarms und einige Unregelmäßigkeiten in der Darmperistaltik. Auf der Grundlage dieser Röntgenbilder diagnostizierte der Chirurg eine Appendizitis, während der Arzt darauf bestand, es sei ein tuberkulöser Befall des Blinddarms. Die Behandlung im Krankenhaus tat mir nicht gut, und als ich nach einigen Monaten Gewicht verlor, wurde ich entlassen.

Ich begab mich dann in die Behandlung von Dr. J. C., der ein Freund der Familie war. Ich weiß wiederum nicht, was für Arzneien er mir verschrieb, aber sie brachten keine Verbesserung. Die Durchfälle und die äußerste Schwäche blieben. Ich muss hinzufügen, dass der Grund meiner aktuellen persönlichen Sorgen nicht nur nicht verschwunden

war, sondern sich nach meiner Entlassung noch einmal verstärkt hatte. Aus diesem Grund war es mir nicht möglich, mich zu entspannen oder den Versuch zu unternehmen, wieder auf die Beine zu kommen. Eine Sache, die mir zu der Zeit auffiel, war, dass oft, wenn ich die Stadt L. verließ, die Durchfälle nachließen und meine körperliche Stärke zurückkehrte. Sobald ich aber nach L. zurückkam, kehrten auch die Diarrhoe, meine Sorgen und die Schlaflosigkeit zurück. So war ich drei Jahre lang nicht in der Lage, ausreichenden Nutzen aus der Behandlung von Dr. J. C. zu ziehen. Während dieser Zeit hatte ich zwei Malaria-Anfälle und eine Gelbsucht bald nach der Malaria, die unter Dr. J. C.'s Behandlung geheilt wurden. Während der Gelbsucht bekam ich heftiges Herzrasen und empfand Lärm und Geräusche wie das Arbeiten einer schweren Maschine in meinem Kopf. Innerhalb von sechs oder sieben Tagen befreite mich Dr. J.C. von diesen akuten Beschwerden, aber der Durchfall blieb.

In den Jahren 1944 und 1945 gab ich die Behandlung bei Dr. J. C. auf und wechselte über zu allen möglichen Heilern und Quacksalbern: Ayurveda, Unani, Naturheilverfahren und Allopathie – aber ohne Erfolg. Ein Allopath bestand darauf, es handele sich um eine Amöbenruhr und verabreichte mir 22 Emetin-Injektionen innerhalb von sechs Wochen – aber erfolglos. Die Durchfälle hielten an, und nach der letzten Spritze erlitt ich einen Kollaps – ein Gefühl, als ob das Herz herabsänke: Ich wäre beinahe ohnmächtig geworden und zu Boden gestürzt.

Da mir die medizinische Behandlung nicht geholfen hatte, verließ ich L. und begab mich in eine längere Kur in K. Nach vier bis fünf Monaten in K., in denen ich hochwertiges, bekömmliches, aber leichtes Essen bekommen und mich keinerlei Arbeit, also weder körperlicher noch geistiger Anstrengung ausgesetzt hatte, sondern nichts anderes gemacht hatte als auszuruhen, wurde ich kräftiger. Auffällig war, dass, wann auch immer ich L. verließ, eine spürbare Verbesserung meiner Darmbeschwerden einsetzte, während die Rückkehr nach L. stets eine sofortige Verschlimmerung bewirkte. Ein Grund hierfür ist natürlich der Umstand, dass in L. ein enger räumlicher Bezug zu dem Auslöser meiner privaten Sorgen, Niedergeschlagenheit und Kümernisse bestand, so dass ich dort meistens damit beschäftigt war, über meine privaten Probleme zu brüten. Der andere Grund aber für die von L. ausgehende Verschlimmerung war, dass ich dort eingebunden war in eine Vielzahl politischer Aktivitäten und in diesem Zusammenhang eine Menge körperliche wie auch mentale Anstrengungen auf mich zu nehmen gezwungen war, die mich erschöpften, während ich mich woanders eher erholen konnte. Und gerade die körperliche Entspannung, die ich so weit trieb, dass ich den ganzen Tag im Bett lag und Körper und Geist entspannte, verbesserte meinen Zustand beträchtlich.

Zur selben Zeit stellte ich fest, dass ein bestimmtes lokales Klima sich ebenfalls negativ auf die Darmbeschwerden auswirkte. So hatte ich etwa in L. immer sieben- bis achtmal täglich Stuhlgang (nicht immer

flüssig, aber sehr weich), in D. oder LC. dagegen hatte ich nur vier bis fünf Stühle, und in P. waren es nur zwei, dafür aber wohl geformte Stühle. Aber jedes Mal, wenn ich von P. nach S. [sic!] zurückkehrte, steigerte sich die Anzahl auf drei bis vier, dünner werdende Stühle. Also versuchte ich so lange wie möglich in P. oder einem anderen Ort, der meine Beschwerden abschwächte, zu bleiben. Ich erwähne das so detailliert, weil ich daraus meine entsprechenden Schlussfolgerungen über Wurzel und Natur meiner Erkrankung zog. Ich sah ein, dass ich immer ein ausgesprochen empfindlicher, extrem angespannter und emotionaler Charakter gewesen war. Übrigens war mein Verdauungstrakt immer schon anfällig gewesen. Ich habe eine schwache Verdauung geerbt. Meine Mutter starb, als ich 1 ½ Jahre alt war, an intestinaler Tuberkulose. Später starb mein Onkel (der ältere Bruder meines Vaters) an derselben Krankheit. Mein Vater litt unter chronischer Verstopfung. Mein jüngerer Bruder hatte mit vier und fünf Jahren eine Peritonitis, wurde aber davon komplett geheilt durch die Behandlung von Dr. J. C. Und mit dieser erblich bedingt schwachen Verdauung im Hintergrund ist klar, weshalb der emotionale Zusammenbruch 1941/42 meine Därme so stark angriff. Die langandauernde Diarrhoe und das Fehlen einer angemessenen zeitnahen Behandlung schwächten die Verdauungsorgane weiter, so dass heute der geringste Reiz ausreicht, um Durchfall herbeizuführen. Das Ganze ist ein Teufelskreis: ein geringer Reiz bringt das System aus dem Gleichgewicht – das kann schlechtes Essen sein, das können Bohnen oder Gewürze sein, das kann Hitze sein (oder gewöhnlich ein kalter Frost), das kann ein anhaltendes oder wildes Gefühl von Nervosität sein – irgendetwas in der Art, und ich bekomme Durchfall. Das alles schwächt mich dann noch mehr und in einem Maße (so hatte ich z.B. einmal ganze Tage lang Durchfall), dass ich noch leichter nervös und gereizt werde und selbst der kleinste Stimulus, der leichteste Anflug von Nervosität, Zorn oder Reizbarkeit noch mehr Durchfall hervorruft. Mit anderen Worten: Obwohl mein nervlicher Zusammenbruch sicherlich viel zum Ausbruch meiner Darmerkrankung beigetragen hat und obwohl auch heute noch Nervosität, Gereiztheit, Zorn usw. die Därme erheblich beeinträchtigen, kann das System nur angegriffen werden, weil es selbst schwach ist. Ich habe herausgefunden, dass Nervosität usw. außer Kollern in den Därmen und Blähungen (meistens Aufstoßen) wenig ausrichten kann, wenn meine Därme einmal angefangen haben, normal zu arbeiten und ich zweimal wohl geformten Stuhlgang habe. Aber dann, ausgelöst durch irgend einen Anlass, wird der Stuhlgang wieder dünner, und dann ruft auch nur der kleinste Anflug von Nervosität, Gereiztheit oder Zorn sofort Durchfall hervor, besonders, wenn sich diese Gefühle einstellen, während ich gerade beim Essen bin.

Um aber zu meiner Lebensgeschichte zurückzukehren: Als ich 1945 die längere Kur in P. einlegte mit gutem Essen usw., ging es mir allmählich besser. Als ich dann nach S. zurückkehrte, erfolgte eine leich-

te Verschlimmerung. Ich ging wieder zu einem Allopathen, der erneut die Diagnose Amöbenruhr stellte und mich mit Enterovioform (oral und durch eine Klistierspritze verabreicht), Carbarson und Vitaminen behandelte. Ich blieb etwa ein Jahr unter dieser Behandlung, verbunden mit völliger Ruhe, was zur Folge hatte, dass es mir 1946 sehr viel besser ging. Danach war ich etwa zwei bis drei Jahre völlig beschwerdefrei. Zu dieser Zeit hielt ich mich überwiegend in K. auf.

Aber 1949 fingen die Probleme wieder an. Ich arbeitete gerade in A. Nach sechs Monaten Durchfall bekam ich Herzbeschwerden. Wenn ich abends zu Bett ging, hatte ich das Gefühl, dass das Herz einen Schlag aussetzte, um dann wieder tumultartig zu schlagen zu beginnen. Ich war monatelang in keiner Behandlung gewesen, und als ich gerade ein Menge durchmachte, wurde ich erneut inhaftiert. Nach ein paar Monaten kam ich wieder frei und wurde von Dr. J. C. behandelt, allerdings mit Unterbrechungen. Er gab mir *Gelsemium* (C3, 30, 200) wegen der Herzbeschwerden, woraufhin diese für eineinhalb Jahre verschwanden. Auch mein Magen besserte sich nach der ersten *Gelsemium*-Gabe, wurde aber nicht wirklich geheilt. Zwischenzeitlich erhielt ich von Dr. J. C. in den Jahren 1951/52 *Lycopodium*, *Natrium sulphuricum*, *Kalium phosphoricum* und *Phosphorus*.

1951 hatte ich wieder diese Herzbeschwerden, aber eine Dosis *Gelsemium* brachte diese für etwa zwei Monate zum Verschwinden. Jedes Mal, wenn sie zurückkehrten und es mir unmöglich war, den Rat von Dr. J. C. einzuholen, nahm ich *Gelsemium* auf eigene Faust ein. Dasselbe galt für meine Darmprobleme: Da nahm ich *Lycopodium* oder *Natrium sulphuricum*, manchmal mit, manchmal ohne Effekt. In dieser Zeit (1950) hatte ich einen schlimmen Anfall mit kolikartigen Schmerzen und Durchfall (flüssiger Stuhl – blassgelb). Dr. J. C. gab mir sechs oder sieben Tage lang *China* C3, was den kolikartigen Schmerz zum Verschwinden brachte. Im August des gleichen Jahres hatte ich Schmerzen in der Magengrube, begleitet von Durchfällen und dem Gefühl, die Magengrube sei leer. Dr. J. C. verschrieb mir *Petroleum* C200. Der Schmerz verschwand völlig. Im September hatte ich wieder Herzbeschwerden. Dr. J. C. schlug ein Kardiogramm vor, aber ich hatte kein Geld für die Untersuchung. Zu diesem Zeitpunkt aber beschloss ich, die Partearbeit aufzugeben und eine Arbeit aufzunehmen. So kam ich nach Bombay.

Als ich nach Bombay kam, funktionierte meine Verdauung die ersten drei Wochen lang sehr gut, und ich nahm zu. Dann hatte ich einige Tage lang Anfälle heftigster Nervosität, was irgendwelche Darmbewegungen auslöste und zu Darmkollern, Blähungen und Aufstoßen führte. Nach etwa einer Woche in diesem Zustand der Nervosität bekam ich Durchfall. Ich hatte wieder kolikartige Schmerzen, und zwei- oder dreimal waren die Stühle blutig. Ein Allopath, der den Stuhlgang untersuchte, sagte, er habe Amöben gefunden (nicht eingekapselt, sondern frisch – ein neuer Anfall). Er setzte mich auf Embequin. Nach acht bis

neun Tagen unter der Embequin-Behandlung ging es mir wesentlich besser. Die Durchfälle ließen nach, und an ihre Stelle traten wohl geformte Stühle. Danach verabreichte er mir Carbason. Mein Zustand verschlechterte sich wieder, und Durchfälle setzten ein. Die Koliken kehrten in einer viel schwereren Form zurück – heftigste Schmerzen besonders abends und nachts, große Schmerzempfindlichkeit, gelindert ein wenig durch heiße Anwendungen, und völlige Erschöpfung. Als der Allopath nichts mehr für mich tun konnte, schrieb ich wieder an Dr. J. C., der mir drei Pulver schickte (Ich denke, es muss sich um *Arsenicum album* gehandelt haben, in C3, 30, 200). Diese erlösten mich von sämtlichen Beschwerden. Die Schmerzen usw. verschwanden, und die Diarrhoe schwächte sich ab. Die ersten zwei Wochen nach der Einnahme fühlte ich mich völlig beschwerdefrei, und es hatte nicht einmal irgendwelche Auswirkungen, wenn ich wieder ‚nervös‘ wurde. Dann aber setzten die Durchfälle wieder ein und haben die letzten eineinhalb Monate ununterbrochen angehalten.

Gegenwärtige Symptome

Während der Durchfallattacken der letzten eineinhalb Monate haben die Symptome häufig gewechselt. Unglücklicherweise habe ich diese wechselnden Symptome nicht schriftlich festgehalten und habe nun Schwierigkeiten, diese aus dem Gedächtnis heraus wiederzugeben. Ich stelle im Folgenden nur einige der wesentlichen Punkte dar, an die ich mich erinnere.

Als die aktuelle Durchfallerkrankung vor eineinhalb Monaten einsetzte, bestand das allgemeine Muster darin, dass ich meinen ersten Stuhlgang hatte, nachdem ich etwa eine halbe bis eine Stunde auf gewesen war. Dieser erste Stuhlgang war in der Regel noch recht fest. Der zweite Stuhlgang, der sich wiederum 30 bis 45 Minuten später einstellte, war bereits durchfällig. Der dritte, irgendwann später am Tag, war wiederum noch dünner. Die Farbe der Durchfälle war blassgelb. An einem Tag hatte ich während des Stuhlgangs einen schmerzhaften Tenesmus, der nach der Ausleerung und dem Aufstehen abnahm, aber mich sehr geschwächt zurückließ. Ich hatte solche Beschwerden auch schon früher gehabt, aber sehr selten. In diesen Fällen ist der Stuhl sehr übel riechend und brennt am Anus.

In der letzten Woche bietet sich folgendes Symptombild – Ich habe Stuhldrang, sobald ich erwache. Manchmal muss ich mich beeilen, manchmal dauert es 10 bis 15 Minuten. Der erste Stuhlgang ist recht flüssig, irgendetwas zwischen Durchfall und Kuhfladen. Er wird automatisch und mit großer Gewalt ausgeschieden. Der zweite Stuhlgang erfolgt fünf bis 10 oder 20 Minuten nach dem ersten. Das heißt, wenn ich lange genug auf der Toilette verweile, habe ich die zweite Ausscheidung wenige Minuten nach der ersten; diese wird ebenfalls mit großer Gewalt wie aus einem Spundloch ausgeschieden und ist schon etwas dünner als Kuhfladen. Es besteht ein Unterschied zwischen den

beiden Stühlen hinsichtlich der Farbe. Der erste ist dunkelgelb, der zweite eher bräunlich. Heute Morgen saß ich lange genug auf der Toilette, und beide Stühle erfolgten innerhalb weniger Minuten. Aber es bestand ein deutlicher Unterschied in der Farbe. Der dritte Stuhlgang ereignet sich kurz nach meinem Frühstück normalerweise mit einem gurgelnden Geräusch. Hier kommt der Kot nicht wie bei den beiden ersten in einem plötzlichen, aber kontinuierlichen Vorgang, sondern in kleinen Portionen. Dieser dritte Stuhlgang ist auch hinsichtlich der ausgeschiedenen Menge geringer als die ersten beiden. Den vierten Stuhlgang habe ich in der Regel nachmittags gegen 17 Uhr nach einer Tasse heißen Tee. Dieser vierte Stuhlgang ist geringfügig fester als die ersten drei, kommt aber gewöhnlich ebenfalls mit einem gurgelnden Geräusch. Eines Morgens, nach zwei Stuhlgängen, entschloss ich mich, den Versuch zu unternehmen, den dritten Stuhlgang, der sich für gewöhnlich nach dem Frühstück einstellt, zu unterdrücken. Da es Sonntag war, ging ich bald nach dem Frühstück wieder ins Bett und lag dort bewegungslos und auch geistig entspannt. Der Trick war erfolgreich; ich konnte den Stuhlgang auslassen und hatte den dritten Stuhlgang erst gegen 17 Uhr nach einer Tasse Kaffee. Dieser war fester als die beiden am Morgen. Ich dachte, durch diesen Trick könnte ich mit dreimal Stuhlgang pro Tag durchkommen. Aber als ich abends gegen 21 Uhr mein Abendessen einnahm, ließ ich mich auf eine Diskussion mit meinen Freunden bezüglich meiner Vorhaben ein und sprach über meinen Plan, genug Geld zu verdienen, um mich versorgen und um meine Genesung kümmern zu können. Äußerlich war ich ruhig, aber innerlich spürte ich Zweifel, Unsicherheit, Nervosität und fühlte auf einmal so etwas wie ein Einschnürung – Bewegungen ereigneten sich in meinem Magen. Wenn ich in einen Zustand derartiger Nervosität gerate, habe ich immer das Verlangen zu rauchen. Kurz nachdem ich meine Zigarette ausgeraucht hatte und aufstand, entfuhr mir ein Wind und ich hatte Stuhlgang (von blassgelber Farbe)! Nahezu alle diese Stühle riechen säuerlich.

Ich sollte auch erwähnen, dass ich gewöhnlich stark unter Blähungen und mehr noch unter Aufstoßen (manchmal sauer) leide. In den letzten Tagen aber (mindestens die letzte Woche) habe ich sonderbarerweise deutlich weniger Blähungen und Aufstoßen als vorher.

Andere Allgemeinsymptome

Gemüt: Wie bereits erwähnt, verfügte ich in früheren Tagen, bevor ich 1941 krank wurde, über einen ausgesprochen aktiven – einige sagten brillanten und kraftvollen Geist. Seitdem ist dieser Geist allgemein apathisch (besonders, wenn sich die Darmprobleme verschärfen) und lustlos. Generell sind diese Apathie und Lustlosigkeit am schlimmsten zwischen 10 und 12 Uhr, dann bald nach dem Mittagessen (13:30 bis 15:30 Uhr). In diesen Stunden ist mir nicht danach, irgendetwas zu tun; wenn irgendwelche Arbeiten

anliegen, versuche ich sie zu vermeiden. Wenn ich irgendwelche Termine habe, versuche ich sie zu verschieben. Manchmal fühlt sich mein Geist morgens beim Erwachen (ich erwache für gewöhnlich bei Sonnenaufgang) ausgeruht und aktiv an, obwohl der Körper unerfrischt und schwach ist. Aber nach ein oder zwei Stunden fühle ich mich schwach, schläfrig und apathisch, als sollte ich mich besser wieder ins Bett legen. Aber zwischen 17:30 und 20:30 Uhr bin ich wieder klar. Ich werde nach dem Essen sehr schläfrig und bleibe auch so, wenn ich mich nicht mit geschlossenen Augen und entspanntem Geist ins Bett lege. Auch nach dem Abendessen bin ich schläfrig, aber manchmal ist es dann so, dass Müdigkeit und Abgeschlagenheit verschwinden, sobald ich mich hinlege, der Geist aktiver wird und ich über alle möglichen Dinge nachzudenken beginne, ohne einschlafen zu können. Aus diesem Grund habe ich Tage und Monate, die geprägt sind von Schlaflosigkeit. Wenn ich nicht schlafe, ist mein Geist am klarsten zwischen 22 Uhr und Mitternacht. Zudem besteht ein deutliches Nachlassen des Gedächtnisses, besonders für Namen und Gesichter. In den Stunden, in denen ich dumpf und apathisch bin (10 bis 12 Uhr, 14 bis 16 Uhr), wird mein Sprechen schwerfällig und undeutlich. Ich bleibe bei Worten hängen und muss eine sehr große Anstrengung unternehmen, um meinen Geist von diesem Nebel zu befreien. Zu anderen Zeiten oder bei normaler Gesundheit oder vor meiner Erkrankung war ich als ein ausgesprochen gewandter und eloquenter Redner bekannt.

Herz: Bereits beschrieben – obwohl ich seit meiner Ankunft in Bombay keine Beschwerden in dieser Hinsicht mehr gehabt habe, außer einmal, als ich schreckliche krampfartige Schmerzen hatte. Das Herz begann Schläge auszulassen, gerade als ich dabei war einzuschlafen, und ich musste erschreckt aufstehen, da ich fürchtete, mein Herz würde aufhören zu schlagen und ich würde sterben, wenn ich jetzt einschlief.

Brust – Lungen: In den letzten Jahren hatte ich viele Atemprobleme. Normalerweise stehe ich mit benebeltem und schwerem Geist und Körper auf. Dieses Gefühl hält so lange an, bis ich einige energische Übungen mache, die Glieder schüttle, um die Blutzirkulation anzuregen, und tief Luft hole. Wann immer ich diese Atemübungen auslasse, habe ich den ganzen Tag Luftmangel und muss kräftig tiefe Atemzüge machen. Das ruft bei mir ein kribbelndes Gefühl im Gesicht und auf den Händen hervor. Im Moment habe ich dieses Gefühl nicht so stark – vielleicht ist das darauf zurückzuführen, dass ich stets mit geöffneten Fenstern und Türen schlafe und die ganze Nacht Seeluft atme. Aber am Tag mache ich häufig sehr tiefe Atemzüge, als ob ich seufzte.

Magen: Beschrieben. Kann keine engen Kleidungsstücke um den Bauch tolerieren. Muss die Kleidung lockern, besonders nach dem Essen.

Sexualität: Seit diesem letzten Anfall von Diarrhoe scheint es, als hätte ich jedes normale sexuelle Verlangen verloren. Wenn überhaupt, ist das Verlangen eher mental denn körperlich motiviert. Der versuchte Beischlaf schlägt fehl. Die Erektion stellt sich nicht ein oder ist zu kurz. Zu früher Samenabgang. Aber auch davor war ich in den letzten Jahren nach dem Geschlechtsverkehr immer sehr erschöpft.

Gliedmaßen: Im Allgemeinen fühlen sie sich schwach und unsicher an. Ich fühle mich schwach, wenn ich nur ein paar Minuten gestanden habe. Am Tag ist mir überhaupt nicht nach Gehen, aber nach Sonnenuntergang macht mir das nichts aus.

Extremitäten: Kalt.

Durst: Ich bin allgemein recht durstig. Nehme große Schlucke Wasser zu mir, obwohl ich, als ich vor zwei Monaten Ruhr hatte, nur kleine Schlucke trank.

Gesicht: Ich mag es, wenn ich leicht über mein Gesicht reibe. Ich mag sehr gerne frische Luft im Gesicht.

* * *

Die weitere Befragung des Patienten ergab Folgendes:

Herz: Beim Einschlafen hatte er das Gefühl, das Herz würde aufhören zu schlagen; > Sitzen im Bett; > etwas Nahrung zu sich nehmen, da er ein Leeregefühl hatte.

Verlangen: Heiße Getränke (verursacht entweder festen oder durchfälligen Stuhlgang). Pikantes Essen (aber Brennen, Anus, am anderen Tag, und Bauchgrimmen). Warme Speisen. Kalter

Bad: ~~Kaltes~~ kaltes Baden, badet jetzt aber warm, weil er sich danach frischer fühlt.

Prolaps: nach Stuhlgang.

Sommer <: Stuhlgang dann immer durchfällig, grünlich, schmerzlos, schleimig, gelblich.

Kälte: Kältegefühl in Händen und Füßen.

Der Patient ist seit vier Jahren verheiratet, hat keine Kinder, aber seine Frau ist gerade schwanger.

Körperliche Untersuchung: Ohne Befund.

Fallanalyse

Das genaue Studium des geschilderten Falles sollte den Leser von der Diagnose Colitis mucosa überzeugen – eine psycho-somatische Erscheinung. Wir werden nun versuchen, die Symptome zu klassifizieren, was uns dabei helfen wird, die Totalität zu entfalten.

<i>Haupt- beschwerde:</i>	Durchfall mit Koliken.	
<i>Begleit- symptome:</i>	1. <i>Herz</i>	Furcht, es werde aufhören zu schlagen, wenn er sich nicht unablässig bewegt. Extrasystolen.
	2. <i>Sexualität</i>	Impotenz und Schwäche
	3. <i>Atmung</i>	Seufzen mit ‚Lufthunger‘
	4. <i>Gemüt</i>	Nervös, ängstlich, furchtsam Gedächtnis – schwach
	5. <i>Schlaf</i>	Schlaflosigkeit, wacher Verstand, durch Gedankendrang
	6. <i>Magen</i>	Leeregefühl

Diese Analyse liefert einen guten Grundriss für das weitere Vorgehen; wenn erst die Details hinzugefügt worden sind, wird die Totalität klar und deutlich zum Vorschein kommen. Wir sollten allerdings trotzdem nun der Versuch unternehmen, die Symptomatologie vom Standpunkt der Bewertung aus vorzunehmen, da diese Vorgehensweise uns in die Lage versetzen wird, den Patienten und seine Probleme besser zu verstehen.

1. *Causa*
 - a. *Prädisponierende Faktoren*
 - Erbliche Belastung: Organschwäche
 - EMPFINDLICHES mutterloses Kind – extrem eindrucksoffen
 - b. *Beschleunigende Einflussfaktoren*
 - EMOTIONALE ANSPANNUNG
 - Unregelmäßige Lebensführung und Essgewohnheiten
2. *Verschlimmerungen*
 - Gemütsregungen
 - Nervöse Anspannung
 - Angst, Schreck, Ärger
 - Geistige Anstrengung
 - Enttäuschung, die zu Verdruss und Groll führt
 - Körperliche Anstrengung
 - Stehen
 - Geschlechtsverkehr
 - Speisen: Bohnen und Gewürze
 - Kälte, Erkältung
 - Sommer
3. *Verbesserungen*
 - Körperliche und geistige Entspannung
 - Frische Luft

4. *Mentales Bild*
Extrem empfindliches, nervöses, ängstliches, furchtsames Wesen mit guten intellektuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Verdruss durch Enttäuschungen. Schnell aus der Ruhe gebracht: Erwartungsspannung, Prüfungen <. Angekratztes Selbstvertrauen.
5. *Unerwartete Abweichungen, Verlangen und Abneigungen*
Entkräftung nach Geschlechtsverkehr
Verlangen nach heißem Essen, das <
Verlangt warme Speisen und Getränke
6. *Charakteristische Teilsymptome*
Herz: fürchtet, es würde aufhören zu schlagen, wenn er sich nicht unablässig bewegt (Achtung: Kents Repertorium führt dieses Symptom in beiden Abteilungen auf – Gemüt und Brust, Herz. Wenn es als Furcht eingestuft wird, ist es als Geistes- und Gemütssymptom anzusehen und nicht als ein Teilsymptom).
Stuhlgang: veränderlich, wundmachend, sauer.
Nervöse Lienterie < Schreck
Morgendlicher Durchfall
Epigastrium: Leeregefühl
Kolik, Krämpfe > Wärme
Blähungen und Aufstoßen (sauer)
Brust – Gewicht auf der Brust, Schweregefühl; seufzende Atmung > Frische Luft

Nun sollten wir die *Lebenssituation* in unsere Überlegungen miteinbeziehen, die ein klärendes Licht auf den ganzen Fall werfen wird.

Während seiner Studienzeit hatte der Patient eine Liebesaffäre mit einer Frau aus einer anderen gesellschaftlichen Schicht – entgegen dem ausdrücklichen Wunsch seiner Familie. Diese Beziehung erwies sich als Fehlschlag, als sich herausstellte, dass die junge Frau nur mit ihm spielte und keine tieferen Absichten hatte. Dies war die Situation, in der sich der erste Krankheitsschub ereignete.

Unglücklicherweise veränderte sich die allgemeine Lage in dem Land zum Schlechteren hin, und der Patient wurde im Zusammenhang mit seinen politischen Aktivitäten inhaftiert. Der Gefängnisalltag war nun alles andere als geeignet, um seine Nerven zu beruhigen und der ‚Ausbruch‘ des nächsten Krankheitsschubes versetzte ihn (wie viele andere auch) in die Lage, das Gefängnis ohne Gesichtsverlust zu verlassen.

Aber das Leben in Freiheit war auch nicht viel glücklicher, insbesondere vor dem Hintergrund der unglücklichen Liebesgeschichte und der anstrengenden Parteiarbeit. Zuletzt hatte die rauhe Lebenswelt aus einem sprühenden Idealisten einen Lohnarbeiter in Bombay gemacht.

Die Hoffnungen, die für den Patienten mit seiner Arbeitsaufnahme in Bombay verbunden gewesen waren, zerschlugen sich, als er erfuhr, dass sein Chef ein früherer Klassenkamerad von ihm war, der stets als Versager gegolten hatte. Der Chef behandelte ihn freundlich und mit aller Rücksichtnahme. Der Schreck, den er erlitt, war trotzdem zu groß für ihn und bedeutete für ihn einen schweren Rückschlag.

Die Suche nach besseren Lebensbedingungen steigerte den Anteil an Angst und Unsicherheit, was sich auch in den ‚Seufz‘-Anfällen mit Luft-hunger und der Empfindung einer schweren Last auf der Brust wiederfindet.

Der Patient hält immer noch an der Vergangenheit fest, nur dass die Rachsucht die Liebe ersetzt hat. Selbst wenn er mit seiner Ehefrau Geschlechtsverkehr hat, stellt er sich vor, wie schön es wäre, wenn er sein früheres Objekt der Begierde in eine Beziehung locken könnte, nur um sie dann später fallen lassen zu können. Kein Wunder, dass er sich jetzt nicht mehr in der Lage sieht, den Geschlechtsakt zu vollziehen.

Die nicht enden wollende Unruhe mit endlosen Gedankengängen lässt ihn sich die ganze Nacht im Bett herumwälzen, und am Ende bleibt ein Musterbeispiel der Gattung ‚nervöses Wrack‘ zurück, das nun gerettet werden soll.

In diesem Fall sind wir in der glücklichen Lage, über alle Details der früheren Behandlungen und deren Resultate zu verfügen. Die große Menge an homöopathischen Arzneien, die der Patient aus der Hand eines fähigen homöopathischen Arztes mit großer Reputation erhalten hat, lässt die Komplexität des Falles deutlich werden. Der Patient erhielt jeweils nur eine teilweise und zeitlich befristete Erleichterung von seinen Beschwerden, weil die verabreichten Arzneien entweder nur teilweise indiziert oder aber nur von oberflächlicher Wirkung waren. Eine genaue Bewertung zeigt, dass *Gelsemium* die Verschreibung gewesen ist, von der der Patient am meisten profitiert hat.

Repertorium: Dhawales Synoptic Card Repertory

Auswahl der Rubriken

Nr.	Karte	Rubrik	Kommentar
1	200	Gemütsbewegungen, emotionale, Beschwerden oder < durch	Auslösende Faktoren in der Gemütssphäre
2	362	Geistige Anstrengung <	
3	477	Empfindlich, überempfindlich, mental	Grundlegendes und für die Krankheit verantwortliches Charaktermerkmal
4	224	Furchtsam	
5	7	Frische Luft >; in der Stube <	Physische Allgemeinsymptome – Modalitäten
6	634	Wärme <; Kälte > (überwiegend)	

7	490-1	heiße Arzneien) <i>Sexuelle Störungen</i> : Erektion fehlend, Impotenz	Wichtiges Begleitsymptom
---	-------	---	--------------------------

<i>Arzneien</i>	<i>Arg-n. – Lyc. – Nat-m. – Phos. – Puls. – Sulph.</i>					
398-a Prüfungen (Rubrik im Buch, nicht als Karte)	2	1	0	0	0	0

Differentialdiagnose

Als einzige Arznei brachte bisher *Gelsemium* Erleichterung; zu diesem ist *Argentum nitricum* komplementär und wird aus diesem Grund ausgewählt. Außerdem war *Lycopodium* bereits ohne den gewünschten Effekt verabreicht worden.

„Morgendlicher Durchfall; Schlaf, unerfrischt am Morgen; Stühle, wundmachend“ – all dieses weist auf *Sulphur* hin; studiert man aber den Fall als Ganzes, wird deutlich, dass *Sulphur* nicht indiziert ist. Das Mittel kann später folgen.³³

³³ Dieser äußerst komplexe Fall stellt für die Arbeit mit dem *General Analysis* eine echte Herausforderung dar. Bei einer derartigen Vielzahl der Symptome ist bei der Auswahl der Rubriken äußerste Vorsicht geboten, um nicht mit einer falschen Karte das Simillimum zu verfehlen. Mehr vielleicht noch als in den vorangegangenen Fällen ist hier die Fähigkeit, sich auf das Charakteristische des Falles beschränken zu können, gefordert. Gelingt dies indes, erschließt sich der Fall mit beinahe schon verblüffender Leichtigkeit: Relativ unproblematisch ist die erste Karte, die die anatomische Wirkrichtung festlegt: Karte Nr. 183 „Magen und Darm“. Allerdings schlägt jeder Versuch, einzelne Aspekte der Hauptbeschwerde repertorial weiter abzubilden, fehl. Stattdessen sollte jenes Merkmal des Patienten als Nächstes Berücksichtigung finden, das sowohl dessen Konstitution als auch die im Wesentlichen auslösende Modalität der Hauptbeschwerde beschreibt: Karte Nr. 202 „Nerven, nervöse, nervenschwache Patienten“. Danach verbleiben sieben Arzneien: Arg-n., Chin., Lach., Nux-v., Phos., Puls. und Sil. Das ausgeprägte Verlangen nach frischer Luft (Karte Nr. 085: „Freien, im, amel.; im Zimmer agg.“ lässt nurmehr Arg-n., Lach. und Puls. übrig bleiben. Die weitere Differentialdiagnose könnte zum einen über den von Dhawale bereits angeführten Komplementärgedanken erfolgen; doch auch sonst spricht vieles für *Argentum nitricum*: Die starken Blähungen mit Aufstoßen, der Durst, das nachlassende Gedächtnis, die intellektuelle Ausrichtung mit Rednerqualität usw., so dass die Entscheidung hier nicht schwer fallen sollte. Dieser Fall illustriert hervorragend die Möglichkeit, mittels *General Analysis* gerade in einem komplexen Fall schnell eine verlässliche Vorauswahl treffen zu können, über die der Kreis der in Frage kommenden Arzneien auf eine kleine Anzahl reduziert wird.

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Es wurde eine ausreichende Anzahl von Fallbeispielen vorgestellt, um die inhärente Flexibilität der Karten-Methode der Repertorisation zu veranschaulichen. Darüber hinaus wurde auch auf einige Unzulänglichkeiten eines Standardwerks wie Bogers *Karten-Repertorium* hingewiesen.³⁴

³⁴ Zum Abschluss sei hier noch kurz auf zwei wesentliche Aspekte der von Dhawale dargestellten Fälle und ihrer Analysen hingewiesen:

1. Die Anamneseerhebung beschränkt sich hier nahezu ausnahmslos auf Symptome des jeweiligen Patienten. Die für die Verankerung der Symptome auch und gerade in der Familienhistorie wichtige Wahrnehmung familien-anamnestischer Informationen findet hingegen kaum Berücksichtigung. Es ist zu erwarten, dass eine stärkere Einbindung derartiger Informationen die Sicherheit der Mittelfindung noch einmal erhöhen würde (vgl. z.B. Hofäcker, Jürgen: Das Auffinden des Simillimums mit Hilfe der Familienanamnese nach einer Methode von Cyrus M. Boger. In: Archiv für Homöopathik ACD Bd. 5 (1996) IV, S. 157-165).

2. Es handelt sich – mit Ausnahme vielleicht noch am ehesten des *Argentum nitricum*-Falles – um Fälle, bei denen das Simillimum durchgängig der Gruppe der ganz großen Polychreste entstammt: dreimal *Sulphur*, zweimal *Phosphor*, einmal *Lycopodium* und sage und schreibe fünfmal *Sepia*. Dhawale selbst betont in seiner Einführung in die Methodik der Karten-Repertorisation ausdrücklich, dass die verwendeten Rubriken mit außerordentlicher Vorsicht auszuwählen sind, weil man ansonsten stets Gefahr läuft, immer und immer wieder dieselben drei oder vier Mittel zu repertorisieren und das wirklich angezeigte Simillimum zu verpassen – sind doch in der Regel bereits spätestens nach der dritten Karte alle kleineren Polychreste eliminiert.

Aus diesem Grund kann abschließend nicht deutlich genug darauf hingewiesen werden, dass die drei von Norbert Winter prägnant herausgearbeiteten Merkmale der Boger'schen Fallanalyse (1. Vogelperspektive; 2. anatomische Wirkrichtung; 3. Verankerung) zugleich auch die grundlegenden Indikatoren einer erfolgreichen Verschreibung sind (vgl. z.B. Winter, Norbert: C.M. Boger – Die Symmetrie des Bildes. In: Homöopathie Zeitschrift. Sonderheft 02: Die Bönninghausen- und Bogermethodik, S. 40-59). Dementsprechend ist jeder Fall nach der Fallaufnahme eingehend daraufhin zu befragen, ob er sich für eine Ausarbeitung nach Boger eignet – oder eben nicht, besteht doch die größte Gefahr bei der Arbeit mit dem *General Analysis* – zumal in der Form als Karten-Repertorium – eindeutig in der fahrlässig unbilligen Generalisierung. Eine entsprechende Eignung kann selbstverständlich graduell, d.h. in unterschiedlich starker Ausprägung gegeben sein. So ist denkbar, dass ein Fall beispielsweise die Kriterien für die Berücksichtigung von zwei Rubriken des *General Analysis* erfüllt, danach aber noch immer zehn oder mehr Arzneien übrig bleiben. Nichts wäre fataler, als nun dem Dogma aufzusitzen, man solle, einmal damit begonnen habend, das *General Analysis* solange weiter einsetzen, bis nur noch die angestrebten vier bis sechs Arzneimittel übrig bleiben, und ergo mit einer dritten, wesentlich unsichereren Rubrik fortzufahren. Stattdessen hat die weitere Differentialdiagnose auch in diesem Fall über umfangreichere Repertorien oder aber die Rücksicht auf die *Materia Medica* zu erfolgen.

Es wird zweifelsohne noch eine Menge praktische und zu dokumentierende Erfahrungsarbeit nötig sein, um dem *General Analysis* den ihm gebührenden Stellenwert zuerkennen zu können. Dies betrifft nicht allein die konkrete (Verständnis-)Arbeit an und mit den Rubriken, sondern auch und gerade den intelligenten und kreativen Einsatz dieses Repertoriums in der Interaktion mit anderen, denn hier scheint sich ein geradezu unübersehbares

Dies bedeutet zugleich den Abschluss der systematischen Darstellung der verschiedenen Repertorisations-Methoden und der vielen gebräuchlichen Standard-Repertorien. Als Nächstes zu leisten ist eine kritische Bewertung der Repertorisation als einer Technik, die nicht nur geeignet ist, das Bild der Krankheit in einem Patienten, sondern auch das einer Arznei in der *Materia Medica* zu studieren.³⁵

Potenzial aufzutun: Der im *General Analysis* perfektionierte Ansatz Bogers ist – in vollständiger Entsprechung zu seinem Axiom einer mit Rücksicht auf die charakteristischen Elemente des jeweiligen Falles frei wählbaren, modularen Kombinatorik – mit den unterschiedlichsten methodologischen und repertorialen Ansätzen kombinierbar. Demgemäß sollte – sind die in Frage kommenden Arzneimittel unter Verwendung des *General Analysis* im Sinne eines Grobrasters verlässlich auf eine überschaubare Gruppe von Arzneimitteln eingeschränkt – die abschließende Feindifferenzierung idealiter über diejenige Methodik bzw. Symptomatik erfolgen, die der jeweilige Fall in seiner genuinen Gestalt für sich einfordert. Relevant sind hier ungewöhnliche Partikularsymptome oder körperliche Zeichen, aber auch miasmatische Analyse-Kriterien ebenso wie eigentümliche konstitutionelle (Kent) oder gegenwärtig vorherrschende und auf die Krankheit bezogene Geistes- und Gemütssymptome (Sehgal). Im Hinblick auf die Validierung einer derart integrativen Methodenpluralität ist allerdings ebenfalls noch viel Pionierarbeit zu leisten.

³⁵ Dieser letzte Absatz ist im Kontext der Stellung des vorliegenden Kapitels innerhalb des Komplettextes *Principles & Practice in Homoeopathy* zu sehen. Er dient als Überleitung zu dem nächsten Kapitel, in dem der Versuch eines integrativen Ansatzes der unterschiedlichen Methoden unternommen wird.

Verzeichnis weiterführender Literatur

- Boger, C.M.:* A systematic alphabetic repertory of homoeopathic remedies, by Dr. C. von Boenninghausen. B. Jain Publishers. New Delhi 1995
- Boger, C.M.:* BBC-Taschenbuch. C.M. Boger's Synoptic Key-Repertorium und General Analysis ergänzt durch C. v. Bönninghausen's charakteristische Arzneimittel. Verlag für Homöopathie – Literatur und Software – Bernd von der Lieth. Hamburg 2002
- Boger, C.M.:* BBC-win Software. Verlag für Homöopathie – Literatur und Software – Bernd von der Lieth. Hamburg 2002
- Boger, C.M.:* Boenningshausen's Characteristics materia medica and repertory. B. Jain Publishers. New Delhi 1995
- Boger, C.M.:* Boger's Lochkartei mit General Analysis. Verlag für Homöopathie – Literatur und Software – Bernd von der Lieth. Hamburg 2002
- Boger, C.M.:* Collected Writings. Hrsg. von R. Bannan. Edinburgh 1994
- Boger, C.M.:* Fieber, Zeiten der Mittel, Mondphasen. Verlag Grundlagen und Praxis. Leer 1987
- Boger, C.M.:* General Analysis. Materia Medica (reversed repertory). <http://homeoint.org/books5/bogergena/index.htm>
- Boger, C.M.:* General Analysis. Neu gesetzt und herausgegeben von Schule für Klassische Homöopathie Dr. rer. nat. Winter. Selbstverlag. Karlsruhe o.J.
- Boger, C.M.:* General Analysis. Online-Repertorium. <http://baltimore-homeopathy.org/cgi-bin/boger.cgi>
- Boger, C.M.:* Studien über die Philosophie des Heilens. Verlag Müller & Steinicke. München 2002
- Boger, C.M.:* Synoptic Key to Materia Medica. B. Jain Publishers. New Delhi 2000
- Boger, C.M.:* Synoptic Key. Charakteristik und Hauptwirkungen homöopathischer Arzneimittel. Materia Medica & Repertorium. Similimum-Verlag Homöopathische Literatur, Aleksandar Stefanovic. Ruppichteroth 2002

- Boger, C.M.:* Vorlesungen über Materia medica. Herausgegeben und übersetzt von Dr. med. Klaus-Henning Gypser und Dr. med. Andres Wegener. Haug Verlag. Heidelberg 1989
- Dhawale, L.D.:* Einführung zu Boger's General Analysis und Kartenrepertorium. (Erhältlich über den Verlag für Homöopathie – Literatur und Software – Bernd von der Lieth).
- Dhawale, M.L.:* Principles & Practice of Homoeopathy. Homoeopathic Philosophy & Reperorization. Institute of Clinical Research. Bombay 1994
- Hofäcker, J.:* Das Auffinden des Simillimums mit Hilfe der Familienanamnese nach einer Methode von Cyrus M. Boger. In: Archiv für Homöopathik ACD Bd. 5 (1996) IV, S. 157-165
- Holzapfel, K.:* Mittelfindung nach Boger. In: Gennep, Th. / Wegener, A. (Hrsg.): Lehrbuch der Homöopathie. Grundlagen und Praxis. Haug Verlag. Heidelberg 2001, S. 153-167
- Kasad, D.K.N.:* Hahnemannian Totality Symposion Standardization Part III. Institute of Clinical Research. Bombay o.J.
- Lieth, B. v. (Hrsg.):* Therapeutische Taschenkartei für Homöopathische Ärzte. „Charakteristik der Arzneimittel“. Verlag für Homöopathie – Literatur und Software – Bernd von der Lieth. Hamburg o.J.
- Phatak, S.R.:* A concise repertory of homoeopathic medicines. Revised and enlarged edition. B. Jain Publishers. New Delhi 1992
- Phatak, S.R.:* Homöopathische Arzneimittellehre. Übersetzt, anhand der Quellen überprüft und überarbeitet von Frank Reiß. Burgdorf-Verlag. Göttingen 1999.
- Sankaran, P.:* Einführung Therapeutische Taschenkartei und Boger's Kartenrepertorium (A Synoptic Key). Verlag für Homöopathie – Literatur und Software – Bernd von der Lieth. Hamburg o.J.
- Winter, N.:* C.M. Boger – Die Symmetrie des Bildes. In: Homöopathie Zeitschrift. Sonderheft 02: Die Bönninghausen- und Bogermethodik, S. 40-59
- Winter, N.:* Materialien zu C.M. Boger's „General Analysis“. Schule für Klassische Homöopathie Dr. rer. nat. Winter. Selbstverlag. Karlsruhe o.J.