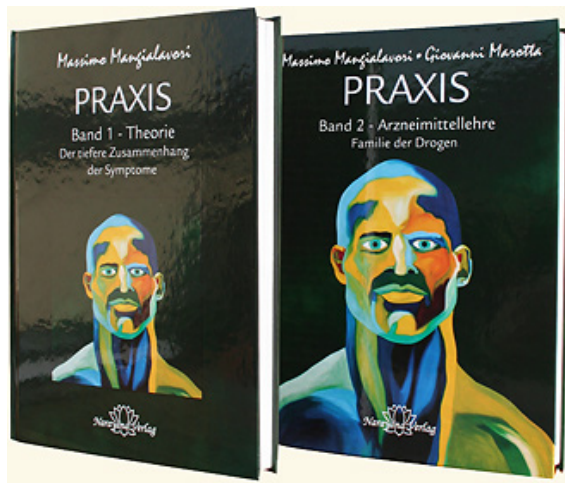


# Massimo Mangialavori Praxis

Leseprobe

[Praxis](#)

von [Massimo Mangialavori](#)



<http://www.narayana-verlag.de/b2519>

Copyright:

Narayana Verlag GmbH  
Blumenplatz 2  
D-79400 Kandern  
Tel. +49 7626 9749 700  
Fax +49 7626 9749 709

Email [info@narayana-verlag.de](mailto:info@narayana-verlag.de)  
<http://www.narayana-verlag.de>

In unserer [Online-Buchhandlung](#) werden alle deutschen  
und englischen Homöopathie Bücher vorgestellt.

[Narayana Verlag](#) ist ein Verlag für Homöopathie Bücher. Wir publizieren Werke von hochkarätigen innovativen Autoren wie [Rosina Sonnenschmidt](#), [Rajan Sankaran](#), [George Vithoulkas](#), [Douglas M. Borland](#), [Jan Scholten](#), [Frans Kusse](#), [Massimo Mangialavori](#), [Kate Birch](#), [Vaikunthanath Das Kaviraj](#), [Sandra Perko](#), [Ulrich Welte](#), [Patricia Le Roux](#), [Samuel Hahnemann](#), [Mohinder Singh Jus](#), [Dinesh Chauhan](#).

[Narayana Verlag](#) veranstaltet [Homöopathie Seminare](#). Weltweit bekannte Referenten wie [Rosina Sonnenschmidt](#), [Massimo Mangialavori](#), [Jan Scholten](#), [Rajan Sankaran](#) und [Louis Klein](#) begeistern bis zu 300 Teilnehmer.

## *Die Hierarchie in der Komplexität*

Ich verwendete in diesem Kapitel bis jetzt absichtlich keine anderen Worte für den Begriff „Symptom“. Ich wollte damit dem klassischen homöopathischen Sprachgebrauch treu bleiben und keine Missverständnisse hervorrufen. Ich möchte betonen, dass ich nur wenig Sympathie hege für Konzepte, die Gefahr laufen, wie Klassifikationen, wie „Schubladen“ zu erscheinen, und die wie starre Rahmen sind für Definitionen, denen leblose Schematisierungen zu Grunde liegen, und die sich schlecht mit dem bisher Gesagten vertragen.

Ich wiederhole: Ich möchte so gut wie möglich die grundlegenden Konzepte verdeutlichen, auf die ich meine Methode der Komplexität aufbaue.

In den vorhergehenden Kapiteln versuchte ich darzulegen, wie ich das Studium einer Substanz und einer Arznei sehe. Einen klinischen Fall so zu analysieren, bedeutet vor allem, das aus dem therapeutischen Feld gewonnene Material zu beschreiben, zu ordnen und so in eine „Idee vom Patienten“ münden zu lassen. Danach kann diese Idee entweder direkt in eine Arznei übersetzt werden, oder sie kann aus einer Palette von möglichen Arzneien, die ebenfalls nach dieser speziellen Methode erfasst worden sind, mit Fingerspitzengefühl herausgefiltert werden.

Jedes Modell hat seine eigenen Ausgangspunkte und Kriterien und definiert meist irgendeine Hierarchie. Die Methode der Komplexität geht von folgenden Voraussetzungen aus:

- Rein theoretisch könnte man natürlich jede Arznei verschreiben. Es gibt keine Arznei, die in sich weniger Heilkraft hätte als eine andere, doch sehr wohl sind bestimmte Verschreibungen wirksamer als andere. Unsere Literatur beschreibt demnach lediglich mehr oder weniger bekannte Arzneien.
- Ziele des Studiums einer Substanz, einer Arznei und eines klinischen Falles sind die Feststellung der am meisten betroffenen Gebiete und die Definition der charakteristischen Themen und Symptome; die kohärente Organisation dieser Elemente ist wie ihr Bindegewebe.
- Das Studium nach homöopathischen Familien erlaubt die Annahme, dass es zwischen den Arzneien derselben Familie konkrete Ähnlichkeiten gibt. Man geht davon aus, dass einzelne Gebiete, Themen und Symptome von mehreren Mitgliedern dieser Familie geteilt werden, auch wenn die Symptome dafür in der Literatur fehlen. Jede einzelne Arznei innerhalb einer Familie hat außer den Themen, die für die gesamte Familie gelten, auch bestimmte charakteristische Aspekte, die sie für eine präzise Diagnose innerhalb dieser Familie kennzeichnen.
- Es gibt kein Patentrezept, mit dem man Symptome von vornherein kategorisieren kann, und Symptome sind auch nicht immer so eindeutig, wie man meinen könnte. Vielmehr müssen wir in jedem Einzelfall nach übergeordneten Gesichtspunkten suchen, die uns eine Kohärenz und

eine Organisation der „Symptome“ nach Wortlaut und Sinn des Erzählten aufzeigen können. Die Hierarchie der Gebiete, Themen und Symptome hat keine vorgefügte Struktur, sondern baut sich in jedem Fall einzeln auf und hängt von den Schwerpunkten des Leidens und den Hauptbeschwerden ab.

- Die Übereinstimmung der hierarchischen Anordnung in Gebieten, Themen und Symptomen der Substanz, der Arznei und des Patienten ist das Ziel und nicht der Ausgangspunkt – sowohl im Hinblick auf das Studium als auch und vor allem im Hinblick auf die Klinik.

Für nähere Erläuterungen zu den ersten drei Punkten verweise ich auf die betreffenden Kapitel und auf die praktischen Beispiele, die durch die im zweiten Buch beschriebenen klinischen Fälle illustriert werden.

Wir müssen mindestens drei Konzepte klären: Welche „Punkte, an denen sich das Leiden beim Patienten ausdrückt“ stechen besonders hervor? Warum haben sie mehr Bedeutung? Welche Übereinstimmung herrscht zwischen diesen Punkten und der Hierarchie der „Symptome“ der Arznei?

Trotz der Unvorhersehbarkeit jeder Erstanamnese hängt die Bedeutung, die man den einzelnen „Symptomen des Patienten“ beimisst, auch vom Beobachtungsmodell ab, denn nur durch Bezugssysteme kann man Kohärenz und Organisation einzelner Elemente der Anamnese genauer erfassen und die Ähnlichkeit zu einem entsprechenden Arzneimittel finden.

Wenn man das Modell der Komplexität auf das Studium der Arzneien anwendet, sieht man auch da eine hierarchische Struktur, die die wesentlichen Themen und Symptome des Mittels in einen größeren Rahmen stellt. In diesem Rahmen führen gemäß ihrer Wichtigkeit die Fundamentalen Themen, gefolgt von den Allgemeinen Themen, den Gruppen kohärenter Symptome und schließlich den „isolierten“ Symptomen. Über die Bedeutung einer kohärenten Organisation dieser Elemente sprachen wir bereits.

Im Falle der *Drogen* wäre die Beziehung zum Körper und die Schwierigkeit, sowohl diesen Körper als auch die Umwelt zu „bewohnen“ ein Großer Themenkreis. Auch andere Arzneien wie jene, die ich als *Carbonicums* bezeichne (*Carbo animalis*, *Carbo vegetabilis*, *Carboneum sulphuratum*, *Graphites*, *Germanium*, *Adamas* und andere) weisen in dieser Hinsicht Analogien zu den *Drogen* auf, wenn auch mit unterschiedlichen Modalitäten. Hingegen fehlen ihnen alle anderen, für die *Drogen* charakteristischen, Themen und Symptome. Ebenso müssen die *Fundamentalen* und *Allgemeinen Themen* erkannt werden, um präzise und mit guter Differentialdiagnose arbeiten zu können, bis hin zu den einzelnen „isolierten“ Symptomen.

So sind Themen wie Isolation, Allmacht/Ohnmacht, Hyperästhesie/Analgesie, verzerrte Wahrnehmung von Raum und Zeit sowie Kälteempfindlichkeit einige Beispiele für charakteristische Themen der *Drogen*. Diese Themen müssen sowohl erkannt als auch geordnet werden, damit sie die typische Struktur einer Arznei widerspiegeln, die der „homöopathischen Familie der Drogen“ zugeschrieben werden kann.

Jede einzelne Arznei hat ihre spezifische Art, wie sie Isolation, Omnipotenz, Analgesie, Raum, Zeit oder Kälte „erlebt“; sie „lebt“ dies eventuell auch durch besondere, isolierte und andere, wirklich pathognomonische Symptome, die diese bestimmte Arznei von den Familienthemen abheben und sie einzeln charakterisieren (wie wir anhand der Fälle im zweiten Band sehen werden).

Genau diese Themen sind es, die im „Drogen- Patienten“ erkannt werden müssen, damit das Ähnlichkeitsprinzip in möglichst großer Tiefe angewendet und nach reiflicher Überlegung die passende Arznei verschrieben werden kann.

Ein außerordentlich wichtiger Punkt und Ursprung so mancher Verwirrung im klassischen homöopathischen Modell ist die als gegeben vorausgesetzte „Symmetrie“ zwischen der Hierarchie der Symptome der Arznei und jener des Patienten. Im Modell der Komplexität erwartet man diese Symmetrie auch zwischen der gesamten kohärenten Organisation in Themenkreise, Themen, Symptome der Familie, Symptome der Arzneien und dem „anthropologischen Modell“, das wir beim einzelnen Patienten wiedererkennen.

Diese Symmetrie ist keineswegs Voraussetzung. Sie ist ein Ziel, ein Punkt, an dem verschiedene, ausreichend erschöpfende Informationen konvergieren, die für die Substanz, die Arznei und den Patienten wesentlich sind.

Auch wenn wir einem klassischen Modell folgen, ist es uns tatsächlich durch das Studium und die klinische Erfahrung nur bei einigen Arzneien möglich, eine Symmetrie zu erkennen: Wir dürfen all

das nicht vergessen, was hinsichtlich der Inhomogenität unserer Daten, hinsichtlich der Beschreibung der „Phänomene“ und der Unvollständigkeit des Studiums der meisten unserer Arzneien bereits gesagt wurde.

Das Ähnlichkeitsprinzip anerkennt die Analogie zwischen Arznei und Patient als einen Ansatz, der zum Teil aus einer Theorie abgeleitet wurde und zum Teil durch eine Erfahrung gestützt ist. Es ist ja gerade die Aufgabe der homöopathischen Arzneimittelpfung und Forschung, diesem Prinzip Gestalt zu verleihen.

In der homöopathischen Medizin ist auch diese Symmetrie ein Prozess, ein Weg. Wenn das Sammeln von Phänomenen, die wir Symptome nennen, und die wir zu komplexeren Konzepten ausarbeiten können, nicht ein Prozess wäre wie das fortschreitende Erstellen einer Landkarte, dann wäre das alles nicht so schwierig. Ganz gewiss würden wir eine klare Symmetrie zwischen den „Bildern“ der Arzneien und den „Bildern“ der Patienten erkennen, wenn alle uns zur Verfügung stehenden Informationen ausreichend ausgearbeitet wären, wenn wir genügend davon hätten und diese auch noch präzise wären. Aber so ist es nicht.

Und so bleibt es eine wesentliche Aufgabe, zu erkennen, was und wie viel bei einem Patienten wirklich wichtig ist, welches die „herausragenden Punkte seines Leidens“ sind, die ihrerseits wieder in organisierter Weise „gelesen“ werden können, was also die oben genannte *Idee* vom Patienten ist. Eine ebenso wichtige Aufgabe ist es jedoch, zu erkennen, welche Elemente der „Landkarte“ der Arznei wir denn wirklich besitzen, welche „Mo-

saiksteinchen“ wir schon zur Verfügung haben; wann und wie diese Elemente sich mit jenen des Patienten decken.

Wenn wir nun das, was wir von den „Themen des Patienten“, von den „Themen der Familie“ oder der „Arznei“ wissen, unterscheiden, so bedeutet das nicht, das Ähnlichkeitsprinzip zu leugnen. Es bedeutet vielmehr, daran zu arbeiten, es zu beweisen. Es bedeutet, zu bewirken, dass das in der Literatur vorhandene Material durch seriöse klinische Verifikation bereichert und präzisiert wird.

### *Die Analyse der Symptome des Patienten*

Wie bereits gesagt, werden in unserer Literatur die „Symptome“ häufig nur als solche betrachtet. Abgesehen von den „mentalen“ Symptomen werden sie praktisch alle mit demselben Maß gemessen und nur alphabetisch und topografisch geordnet.

Eines der am häufigsten empfohlenen Systeme, die Symptome für einen bestimmten Patienten hierarchisch zu ordnen, besteht darin, diese zu unterstreichen. Ob ein Symptom ein- oder zweimal unterstrichen wird, richtet sich nach der Anzahl verschiedener Parameter wie zum Beispiel: der Intensität, mit der das Symptom auftritt; nach der Tatsache, ob es längere oder kürzere Zeit vorhanden ist; und nach seiner Verbindung mit besonderen, auslösenden Ereignissen. Mit Recht stellen wir nämlich fest, dass jenseits der wörtlichen Beschreibung des Symptoms dessen Sinn und Wert für den einzelnen Fall keineswegs einheitlich sind.

Vielleicht gibt es noch andere, ausführlichere Arten, Symptome zu bewerten. Werfen wir hier nun einen Blick auf eine Methode, die nicht allzu komplex ist.

Ein Symptom, das nur *gelegentlich* auftritt, erhält nur in der Analyse eines akuten Falles einen gewissen Wert, wobei mit „akut“ gemeint ist, dass der Fall unter besonderen, wirklich akuten Umständen aufgenommen wurde: Es handelt sich um einen Patienten, den wir vor diesem Zeitpunkt noch nicht kannten, und wir beschließen aufgrund von verschiedenen, begründeten Tatsachen, ihn nur so lange zu behandeln, bis seine Symptome verschwunden sind.

Ich bewerte nämlich die „akuten“ Erscheinungen eines Patienten, den ich bereits kenne und seit einiger Zeit behandle, anders: Ich betrachte bei einem Großteil der Fälle diese Erscheinungen als ganz besonderen akuten Ausdruck des „Grundleidens“, das ich glaube, erkannt zu haben.

Üblicherweise entsprechen die *gelegentlichen* Symptome eines Patienten den „isolierten Symptomen“ der Arzneien. Diese Symptome lassen sich nämlich meist weder in den Arzneimittelprüfungen noch in der klinischen Erfahrung sinnvoll zuordnen. Es sind auch diese gelegentlichen Symptome, die den Umfang der Repertorien über alle Maßen anschwellen ließen, ohne dabei etwas Präzises oder differentialdiagnostisch Relevantes für das Verständnis der Arznei beizusteuern.

Die Erfahrung lehrt uns, dass eine auf solchen gelegentlichen Symptomen basierende Verschreibung nur selten wirklich hilft. Mit derart zusammenhanglosen Daten können wir die Ähnlichkeitsregel

nur symptomatisch anwenden. Die Verschreibung von *Arnica* für ein Trauma und seine Folgen verdeutlicht das: Diese Verschreibung funktioniert es nur bei einem gewissen Prozentsatz und meist nur für kurze Zeit. Die Frage, die man sich in diesem Fall stellen sollte, ist, ob diese Symptome auch für die Gesamtkonomie eines Systems wichtig sind. Die gelegentlichen Symptome verschwinden nämlich per definitionem von selbst und innerhalb kurzer Zeit – auch bei einem Organismus mit wenig stabiler Gesundheit.

Dann gibt es aber auch die nur „*scheinbar gelegentlichen*“ Symptome. Diese müssen wir unterscheiden, denn sie deuten im Augenblick der Dekompensation auf *etwas, das bereits vorhanden war* und nur übersehen wurde, weil es kaum zu sehen war. In diesem Fall erhalten die „akuten“ Symptome ein anderes spezifisches Gewicht. Sie können zwar aussehen wie gelegentliche Symptome, doch in Wirklichkeit sind sie nur die akute Spitze eines chronischen Eisbergs. Hier handelt es sich tatsächlich um die spezifischen akuten Erscheinungen einer tieferliegenden Pathologie. Auch wenn man diese Symptome für gelegentliche hält, können sie im Zusammenhang mit den besser strukturierten Anpassungsstrategien des Patienten gesehen werden; sie können uns sehr nützliche Informationen liefern, um die Dekompensationsmechanismen des Patienten zu verstehen, um zu verstehen, wo genau die Bruchlinien des Kristalls verlaufen, der dieses bestimmte „anthropologische Modell“ verkörpert.

Andere Symptome hingegen treten *wiederholt* und in verschiedenen Zeitabständen auf. Es ist möglich, dass einige von ihnen schon lange für das Leiden des Patienten verantwortlich gemacht werden und einen beinahe „historischen“ Stellenwert in seinem Leben einnehmen. Diese Symptome haben ganz sicher einen wichtigen Platz innerhalb der Hierarchie. Sie weisen fast immer auf ein weitverzweigtes Leiden hin und kündigen im Allgemeinen das Auftauchen eines wichtigen Themas des Patienten an. Die Tatsache, dass man aus der häufigen Wiederkehr eines Symptoms zu einem Thema des Patienten gelangen kann, erweitert den Interpretationsradius dieses Symptoms deutlich. Sehr häufig handelt es sich dabei auch um ein „wiederkehrendes Thema“, das sich genau durch dieses Symptom und seine Begleit- und Folgesymptome ausdrückt.

Das wiederkehrende Symptom und seine Begleiter repräsentieren also ein Thema, und deshalb haben sie in der hierarchischen Ordnung eine besondere Bedeutung. Das gilt nicht nur für die Fallanalyse (Diagnose), sondern auch für die Prognose, für das Follow-up und für die Bewertung eventueller Rückfälle. Wenn es in solchen Zusammenhängen beobachtet wird, kann uns dieses einzelne Symptom auch bei der Orientierung in der Entwicklung eines Falles nützlich sein.

Weiterhin gibt es Symptome, die dem Patienten *Struktur* geben. Das heißt, sie sind ein wesentlicher Ausdruck des bestmöglichen Gleichgewichts eines bestimmten Systems. Wie die wiederkehrenden Symptome repräsentieren auch die strukturierenden ein sehr wichtiges

Thema des Patienten. Diese Symptome verschwinden normalerweise nicht. Allenfalls verändern sie sich durch aufwendige Kompensationsstrategien, die, sofern sie wirksam sind, für den Patienten zumindest den Weg zu einer besseren Lebensqualität frei machen.

Im Zusammenhang mit dem Komplexitätsmodell sind diese Symptome fast immer Teil Fundamentalere Themen dieses bestimmten „anthropologischen Modells“ (natürlich nur, wenn die betreffende Arznei durch eine genügend große Anzahl von Symptomen beschrieben und eine ausreichend detaillierte Ausarbeitung möglich ist).

Die Fähigkeit, ein strukturbildendes Symptom und andere, zum selben Thema gehörige Symptome zu erkennen, ist sowohl bei der Analyse als auch bei der Bewertung des klinischen Verlaufs besonders wichtig. Aus homöopathischer Sicht vor allem deshalb, weil die Tatsache, dass sie nicht verschwinden, kein Hinweis auf eine falsche Verschreibung ist, sondern uns eher vor das Problem stellt, wie wir wohl den Patienten am besten begleiten können. Wenn nämlich nicht mehr erreicht werden kann als eine „Kompensation“, so besteht unsere wichtigste Aufgabe darin, diese zu „stabilisieren“, indem wir versuchen, die vorhersehbaren Situationen, in denen es zur „Dekompensation“ kommen kann, rechtzeitig zu vermeiden.

Die obigen Beispiele sind nur als Denkanstöße gedacht. Ich möchte klarstellen, dass es mir hier nicht darum geht, die Symptomanalyse eingehend und detailliert zu behandeln. Es wurde schon genug darüber geschrieben, sodass

ich mir nicht sicher bin, etwas Neues, Originelles dazu sagen zu können. Nach langer Diskussion beschlossen *Gianni Marotta* und ich, noch weiter gründlich nachzudenken, bevor wir dazu etwas in diesem Buch schreiben. Daher behalten wir uns vor, das Thema „die Analyse des homöopathischen Patienten“ in einer nächsten Publikation zu behandeln. Sie wird anders aufgebaut sein als die vorliegende und andere Ziele verfolgen.

Im zweiten Teil des vorliegenden Werkes möchte ich anhand meiner besten klinischen Fälle zeigen, wie die Methode der Komplexität angewandt werden kann, wie die Fallanalyse funktioniert. Fälle sind „gelebte Geschichten“, die ich für viel interessanter halte als jedes abstrakte Beispiel.

### *Der „Kodex“ der homöopathischen Symptome*

Wie ich bereits erwähnte, scheint das homöopathische Modell an eine unüberwindbare semantische Grenze zu stoßen, die darin besteht, Worte verwenden zu müssen, um komplexe Konzepte beschreiben zu können: Es handelt sich um den „Kodex“ des Repertoriums und der *Materiae medicae*. Dieser Kodex hat sich mittlerweile in vielen Jahren, in denen homöopathische Medizin gerade unter diesen Voraussetzungen studiert, gelehrt und praktiziert wurde, verfestigt. Aber unweigerlich erkennen wir bei der wörtlichen Beschreibung eines Symptoms/Themas, dass auch das Repertorium praktisch für jede Arznei einerseits Symptome enthält, die den einen Aspekt eines Konzepts repräsentieren und ande-

rerseits auch dessen genaues Gegenteil: so wie die zwei Seiten einer Münze. Würde man von allen vorhandenen Arzneien einige ausschließen – nämlich jene, für die das abwechselnde Auftreten bestimmter Symptome oder eine tiefe Ambivalenz oder auch eine ehemals als „hysterieähnlich“ bezeichnete Persönlichkeitsstruktur wirklich charakteristisch sind - könnten in den verbleibenden Arzneien viele Symptome/Themen durch mindestens zwei präzise Worte angezeigt werden.

Nehmen wir als Beispiel das Gefühl der *Omnipotenz*, das so typisch ist für fast alle Arzneien der Familie der Drogen. Jede Arznei kann ihr spezifisches Thema durch polare Erscheinungen ausdrücken. Werden die Symptome und Themen einer Arznei in einer Phase der „Dekomensation“ beobachtet, also wenn die Anpassungsstrategie nicht mehr funktioniert, dann erscheinen sie ins Gegenteil verkehrt. So also wird aus der Allmacht die *Ohnmacht*. Hyperästhesie wird zu somatischer und emotionaler Anästhesie. Kreative Hyperaktivität wird zu Apathie. Eine schlummernde Kälteempfindlichkeit wird sichtbar, wird erduldet und scheint unheilbar zu sein.

Wenn wir diese Mechanismen nicht verstehen, behindern sie unsere passende Verwendung der Arzneien und die Übersetzung ihrer Symptome in die klinische Wirklichkeit des Patienten. Das gilt vor allem dann, wenn wir seine Geschichte nicht nur als beliebige Momentaufnahme seines jetzigen Alltags kennenlernen wollen. Ich sagte bereits, was ich diesbezüglich denke, und ich glaube, dass bei den meisten Arzneien die in unserer Literatur beschriebenen Phänomene zu

isoliert gesehen werden. Oft handelt es sich nur um eine Aneinanderreihung einzelner Momentaufnahmen. Aus solchen Schnappschüssen werden wir niemals ablesen können, welches Gesicht jener Mensch in zwanzig Jahren haben wird, und genauso wenig werden sie uns etwas darüber sagen, wie er vor zehn Jahren aussah. Schlimmstenfalls werden wir in hundert Jahren eine vergilbte Fotografie vorfinden - ganz ähnlich wie einige altergebrachte Arzneien, die wir aus der Schublade für „old and forgotten remedies“ wieder ans Licht ziehen.

Da es uns aber nicht verboten ist, uns vorzustellen, wie das Gesicht jenes Menschen ausgesehen hat und aussehen wird, ist es uns auch nicht verboten, die alten klinischen Daten vernünftig zu verwenden. Manchmal genügt dazu auch nur unser gesunder Menschenverstand.

Wenn es also im Repertorium für eine Arznei die Symptome *Ohnmacht* oder *Hyperästhesie* nicht gibt, obwohl es bei dieser Arznei vernünftig wäre, diese Themen in Betracht zu ziehen – und zwar aufgrund von Resultaten aus dem Studium dieser Arznei und nicht aus reiner Fantasterei - was hat das dann zu bedeuten? Heißt das etwa, dass wir die Arznei, an die uns die Geschichte des Patienten denken ließ, wieder verwerfen müssen, nur weil im Repertorium lediglich das gegenteilige Symptom aufscheint?

Hier geht es nicht um „objektives“ Verständnis *versus* „willkürliche“ Interpretation dessen, was wir in der Literatur vorfinden. Es geht darum zu erkennen, dass wir einen „Kodex“ zur Verfügung haben und lernen müssen, diesen adäquat zu gebrauchen.

Gerade durch die mangelnde Organisation, durch die blinde Zersplitterung der Daten in unserer Literatur entsteht eine spezifische Dichotomie<sup>37</sup>, die typisch homöopathisch ist.

Für eine gute Fallanalyse genügt es nämlich nicht, eine möglichst klare Idee davon zu haben, was man bei einem Patienten warum heilen möchte. Man muss auch wissen, wo sich die Daten befinden, die uns interessieren, und vor allem muss man fähig sein, diese Daten zu übersetzen. Die „permanente Dichotomie“ unserer Literatur besteht darin, dass die Repertorien und die *Materiae medicae* im „Homöopathen-Kodex“ geschrieben sind.

Um die Arznei und den Patienten verstehen zu können, ist es ganz wesentlich, zu begreifen, was etwa „*Forsaken*“ bei einem *Anhalonium*-, *Pulsatilla*- oder *Lachesis*-Fall bedeutet. Dann sieht man, dass es im Falle von *Anhalonium* nicht unbedingt exakt ist, von *Verlassenheit* zu sprechen, denn um verlassen zu sein, wäre es nötig, zuvor irgendeine Bezugsperson gehabt zu haben, von der man dann eventuell verlassen wird. Das gilt weder für die *Drogen* allgemein noch für *Anhalonium*, wo das Verhältnis zu den Bezugspersonen äußerst problematisch bis nicht vorhanden ist (siehe diesbezügliche Fälle im zweiten Band). Dennoch muss man wissen, dass *Anhalonium* in unserer Literatur so beschrieben wird, mit Worten, die ein Phänomen ausdrücken. Dabei kann es sich um die wörtliche Wiedergabe dessen handeln, was der Patient sagte, oder um

die Wiedergabe dessen, was der ihn beobachtende Arzt verstand. Es kann auch eine Interpretation des Übersetzers sein, vielleicht aber bedeutete jenes bestimmte Wort vor hundert Jahren auch etwas ganz anderes.

Es ist schön, mit Hilfe dieses Kodex nach „Phänomenen“ arbeiten zu können und eröffnet im Hinblick auf den Sinn, das Erleben und die Darstellung der Symptome einen völlig neuen Horizont. Gleichzeitig bedeutet er auch die Grenze von Annäherung und Verstehen. Auch bei der präzisesten Diagnose nach Themen besteht nämlich die Gefahr von Frustrationen, wenn wir die „sprachliche Unschärfe“ des Repertoriums nicht gut kennen.

Diese wenigen Beispiele können auf den Großteil der Arzneien und auf die vielen Symptome ausgedehnt werden, durch die diese Arzneien im Repertorium und in den *Materiae medicae* vertreten sind.

Dennoch verdanken wir unserer Literatur und jenen Menschen, die soviel Energie dafür aufbrachten, sie so gut wie möglich zu verfassen und immer auf den neuesten Stand zu bringen, sehr viel.

Letztlich glaube ich, dass es nicht nur eine einzige Strategie für eine Analyse gibt – nicht einmal im Kopf des einzelnen Homöopathen. Abgesehen von einigen zweifellos vorhandenen feststehenden Basiskonzepten, die die persönliche Gedankenstruktur bestimmen, indem sie den methodischen Rahmen schaffen, innerhalb dessen man arbeitet, denke ich, dass die besten Ergebnisse vor allem deshalb erzielt werden können, weil diese

<sup>37</sup> Gliederung eines Begriffs in einen darin enthaltenen Begriff und dessen Gegenteil, Anm. d. Ü.

Methode so vielseitig und plastisch angewendet werden kann.

Jeder Patient ist ein Universum für sich und verdient es, erforscht zu werden, indem man seinen spezifischen Koordinaten folgt. Es liegt an uns, die Werkzeuge, die uns eine gute Forschungsreise ermöglichen, zu beherrschen und einzusetzen.

### *Die Bedeutung der Erfahrung*

Beim Studium einer Substanz und einer Arznei, bei der Fallaufnahme und bei der Analyse, bei der Bewertung des Fallverlaufs und im Verlauf einer Arzneimittelpflichtprüfung treten Phänomene zu Tage, die nicht leicht zu interpretieren und schon gar nicht leicht mitzuteilen sind. Es sind Phänomene, die Teil einer absolut persönlichen Erfahrung sind. Etwas, das existiert – unabhängig davon, ob wir diese Erfahrung kennen oder erkennen wollen. Für die einen ist es eine „a-logische“ oder „prä-logische“ Erfahrung, für die anderen eine „analoge“, wieder für andere ist es die Kombination aus beiden. Es handelt sich um etwas, das „auf jeden Fall passiert“, und mit dem nicht alle Homöopathen in gleicher Weise umgehen. Etwas, das oft auf einfache Intuition reduziert wird.

Auch bei einer sehr persönlichen Erfahrung können wir – wie bei jeder anderen auch – zwei Komponenten unterscheiden: eine leichter objektivierbare Komponente, die kommunizierbar und für einen möglichen Konsens geeignet ist und eine eher subjektive Komponente, die schwer mitteilbar, deswegen aber nicht weniger real ist. Unsere Kultur, unsere Art zu *denken*, was je nach herrschendem Modell als wissenschaftlich zu

definieren sei, ist dadurch charakterisiert, dass wir die subjektive Erfahrung vollständig leugnen. Es ist auch seltsam, wie sehr unser homöopathisches Modell in nahezu hypertropher Weise die Individualität des Patienten betont, andererseits aber jegliche Individualität auf Seite des Homöopathen außer Acht lässt. Im Laufe seiner Ausbildung wird dem Homöopathen immer wieder dieselbe Dichotomie, dieselbe Spaltung vorgeschlagen, die das Logische und das Analoge, die objektive und die subjektive Erfahrung als einander entgegengesetzt und nicht als komplementär betrachtet.

Dennoch denke ich, dass alle Homöopathen – auch die glühendsten Vertreter eines rein organischen Modells – mehr oder weniger bewusst ihrer eigenen, persönlichen Erfahrung folgen. Andere tun so, als würden sie ihre Erfahrung nicht in Betracht ziehen und klammern sich ausschließlich an logische, fast immer im Nachhinein gefertigte Erklärungen, die zu ihrem eigenen Modell passen sollen, und deren Gültigkeit sie beweisen wollen.

Es ist keineswegs schwierig, sich ein Modell zu konstruieren, es ist nicht einmal schwierig, darin eine Kohärenz zu finden, wenn alles funktioniert. Das Problem besteht darin, ein Modell „zu exportieren“, es anderen anzubieten und zu sehen, wie sie es verwenden, ob und wie es sich entwickelt und funktioniert, eine Auseinandersetzung darüber zuzulassen und damit eine offene Entwicklung zu ermöglichen. Wenn das Exportieren eines Modells fehlschlägt und die Resultate nicht eindeutig sind, so bedeutet dies, dass das Modell doch nicht so effizient ist. Derjenige, der es vorschlug, muss

sich ehrlicherweise fragen, wie weit sein Modell überhaupt für eine vermittelbare Erfahrung tauglich ist oder nicht.

Ich fragte mich oft, warum es denn so schwierig ist, sich ernsthaft mit der Bedeutung der subjektiven Erfahrung auseinanderzusetzen. Ich fragte mich, ob es denn tatsächlich so unmöglich ist, dieses wenngleich sehr variable „Faktum“ in die Grundlagen der homöopathischen Erkenntnistheorie mit einzubeziehen. Meiner Meinung nach ist es das Mindeste, uns selbst und andere zu ermutigen, uns dazu *zu erziehen*, die Bedeutung der eigenen Erfahrung zu berücksichtigen, einander dabei zu unterstützen, nach jener „subjektiven Wahrheit“ zu suchen, die in anderen Kulturen sogar Ausgangspunkt eines Ausbildungsweges ist.

Zu Beginn meiner Anthropologiestudien hat mich genau jene „Wirklichkeit der Erfahrung“ zutiefst geprägt, die in einem Großteil der Schamanenkulturen üblich ist. In vielen dieser Kulturen erwägt man die Möglichkeit, etwas schriftlich zu verfassen, erst gar nicht, und folglich kann die Erfahrung nicht über ein „Buch“ weitergegeben werden. In der Ausbildung lernt der Schüler direkt von seinem Meister. Es geht nicht in erster Linie um das Anhäufen und kritische Ausarbeiten von Wissen und Kenntnissen, sondern um das Erlangen eines stetig wachsenden Vertrauens in die eigenen Wahrnehmungen und darum, den Umgang mit ihnen zu erlernen. Diese Fakten werden nur von wenigen nachvollzogen. Erst wenn man das selbst trainiert, wird diese Art von Wissen erworben. Bei diesem Prozess können uns die verschiedensten Arten von „Medizin“ helfen, diese „erweiterten“

Erfahrungen zu machen, Erfahrungen, die aus empirischen Bewertungen, Mythen, Traditionen, Sinneswahrnehmungen, Emotionen ... und manchmal auch aus veränderten Bewusstseinszuständen entstehen können.

Ich möchte natürlich die Bedeutung der Schrift und ihren für die Entwicklung unseres Gedankengutes und unserer Kultur unschätzbaren Wert keineswegs negieren oder in Frage stellen. Ich stelle nur fest, dass ein anderes Stück Erde ganz ohne dieses Element groß geworden ist und auch Werte hervorbrachte, um ebenfalls eine Kultur und therapeutische Fähigkeiten zu entwickeln, indem es dem Sein an sich Sinn gab. Es handelt sich dabei um eine andere Art und Weise, die Existenz und die Beziehung mit der Welt, in der wir leben, zu verstehen. Vielleicht wäre es angebracht, Respekt davor zu zeigen, und nicht nur *Guarana, Kaffee* oder *Kakao* aus diesen Ländern zu importieren und die aktiven Wirkstoffe dieser Substanzen zu erforschen.

Ich sagte bereits, dass ich es für recht fragwürdig halte, in vielen *Materiae medicae* nach einer Bestätigung für Arzneien zu suchen. Leider handelt es sich bei ziemlich vielen nur um Kopien von Kopien von Kopien, die von Homöopathen erstellt wurden, die viele der Arzneien, über die sie schreiben, nie selbst erfolgreich verwendeten. Auch innerhalb desselben Textes oder beim selben Autor gibt es offensichtlich Arzneien, die der Autor besser oder weniger gut kannte. Dennoch erweisen viele Kollegen dem Repertorium und einigen *Materiae medicae* eine Art Reverenz, wie sie normalerweise den Heiligen Schriften vorbehalten ist,

wobei sie alles, was nicht in den Kanon eingereiht werden kann, heftig ablehnen. Mag sein, dass dies einem tieferen Bedürfnis entspricht.

Ich sprach auch schon darüber wie wichtig es ist, ein gutes therapeutisches Feld zu schaffen und darüber, wie sehr alle seine Komponenten – nicht nur die Arznei – auf die Therapie einwirken.

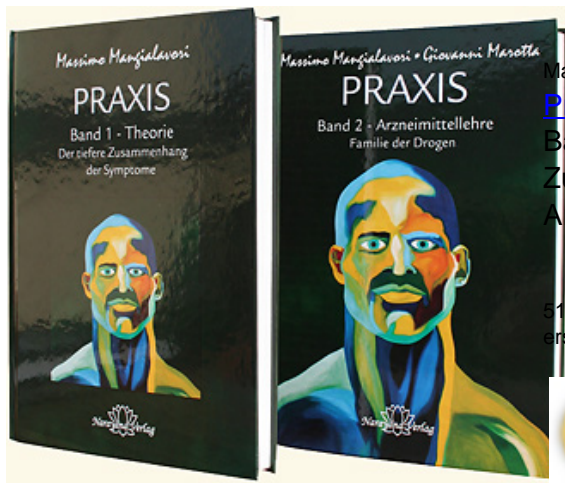
So gesehen wird also die Tatsache, dass wir uns dazu erziehen, der Bedeutung der Erfahrung *Gestalt zu verleihen* ebenso wichtig wie die Suche in der Literatur nach Daten, die die Richtigkeit der Verschreibung bestätigen können. Die Erfahrung beschränkt sich somit nicht nur darauf, dass eine bestimmte Pathologie, ein bestimmtes Syndrom, ein bestimmtes Symptom sich durch die Arznei gebessert hätte oder verschwunden wäre. Die Erfahrung wirkt noch „weiter“, sie kann dem, was mitteilbar und kommunizierbar ist, wie auch dem, was subjektiv ist und bleiben muss, Bedeutung verleihen und dadurch vielleicht für die Fallanalyse von großem Wert sein.

Kehren wir zu einem früher genannten Beispiel zurück: Wir können einen erstklassigen Wein verkosten und unsere Erfahrung negieren, indem wir sagen: Der Wein ist rot, und er ist gut. Wenn wir davor noch niemals einen Wein probiert haben, machen wir hiermit eine neue Erfahrung, und das nächste Mal, wenn uns wieder Wein angeboten wird, werden wir auch mit geschlossenen Augen erkennen können, um welches Getränk es sich handelt. Wir haben die Möglichkeit, bei einem reduktionistischen Modell stehen zu bleiben, oder wir können zu richtigen Weinkennern werden. Werden

wir tüchtige Weinverkoster, dann lernen wir, weitere Facetten zu erkennen: Geschmack und Bouquet des Weins und deren Verbindung, seine Farbe, Klarheit, Dichte, die verschiedenen Aromen, den Nachgeschmack und so weiter. Als geschulte Weinverkoster können wir einen guten Wein und seine Charakteristiken erkennen. Das muss aber nicht heißen, dass dieser Wein uns auch schmeckt. Es wird Weine geben, die wir schätzen und andere, die uns weniger munden; wir sind in der Lage, sie problemlos zu unterscheiden, und wir können uns weiterbilden und lernen, auch andere zu schätzen, die wir zuvor vielleicht nicht „verstanden“ haben. In Entsprechung wird es uns beim Studium unserer Literatur leicht fallen, den Geist eines ernsten, gründlichen Beobachters zu entdecken, und herauszufinden, was einen offenen Geist, einen echten Arzt wie *Hahnemann*, einen Wissenschaftler, ausmacht.

Auch andere, hervorragende Homöopathen schrieben Geschichte in der homöopathischen Medizin, sie legten jedoch manchmal den Patienten gegenüber ein urteilendes Verhalten an den Tag, was stark zur Entstehung „falscher, stereotyper Modelle“ beitrug und zur Verschreibung von Arzneien führte, die nicht aufgrund ihrer echten fundamentalen Themen gewählt wurden, sondern aufgrund von Daten, die zu sehr das Verhalten verurteilten und meist mit salbungsvoller Miene aufgenommen wurden.

Schwer zu glauben? Versuchen Sie, einem Kollegen eine Arznei wie *Platinum*, *Lycopodium*, *Origanum* oder *Agnus castus* zu verschreiben ...



Massimo Mangialavori

Praxis

Band 1, Theorie: Der tiefere  
Zusammenhang der Symptome Band 2,  
Arzneimittellehre: Familie der Drogen

512 Seiten, geb.  
erschienen 2007



**bestellen**

Mehr Homöopathie Bücher auf [www.narayana-verlag.de](http://www.narayana-verlag.de)