

# Fokale Anfälle und sekundär-generalisierte Anfälle bei Hemiparese und zerebral-fixiertem Parenchymdefekt

Von Olaf Richter und M. M. Hadulla

## Zusammenfassung

Bei einem 8-jährigen Mädchen mit einer rechtsseitigen Hemiparese und einem linksseitigen Parenchymdefekt treten fokale Anfälle und sekundär-generalisierte Anfälle auf. Nach sehr schwierigem Therapieverlauf erweist sich schließlich die Arzeneikombination aus Phosphorus mit Zwischen Gaben von Tuberculinum als heilend für das Anfallsleiden. Abschließend werden allgemeine Überlegungen zur homöopathischen Behandlung der Epilepsie angestellt.

## Schlüsselwörter

Fokale Anfälle, sekundär-generalisierte Anfälle, Phosphorus, Tuberculinum, homöopathische Epilepsiebehandlung.

## Summary

Focal attacks and secondary generalized seizures occur in an 8-year-old girl with a hemiparesis on right hand side and a parenchymal defect on left hand side. After a very difficult course of therapy finally the drug combination of Phosphorus with intermediate doses of Tuberculinum proves curative for the attacks. Finally, general considerations are made on homeopathic treatment of epilepsy.

## Keywords

Focal attacks, secondary generalized seizures, Phosphorus, Tuberculinum, homeopathic treatment of epilepsy.

## Anamnese

Das 8½ Jahre alte Mädchen gelangte zur Vorstellung wegen elementarer links-fokaler Anfälle bei rechtsseitiger Hemiparese und Parenchymdefekt links parietal. Der zerebrale Parenchymdefekt ist am ehesten als ein Residualschaden bei Zustand nach einem pränatalen Infarkt oder Zustand nach zerebraler Blutung anzusehen. Nach unauffälliger Schwangerschaft und Geburt fiel den Eltern erstmals im Alter von etwa 6 Monaten eine Minderbewegung der rechten Körperhälfte auf. Im Alter von etwa einem Jahr traten erste Anfälle auf. Die damals eingeleitete medikamentöse Therapie mit Carbamazepin sei schlecht vertragen worden. Jahrelang war M. daher ohne medikamentöse Therapie. Damals traten in etwa 3-monatigem Abstand Anfälle auf, die zum Teil aus isolierten Augenbewegungen bestanden, die damals lediglich vom Vater gesehen wurden. Jetzt kam es zu ein bis drei Anfallsereignissen pro Monat.

Daraufhin stellte die Universitätsklinik Gießen folgende Diagnose: Fokale Anfälle und sekundär-generalisierte Anfälle bei Hemiparese und zerebral-fixiertem Parenchymdefekt links und empfahl dringend eine antikonvulsive Therapie. Diese Therapie wurde von den Eltern zunächst abgelehnt. Der nachfolgende Arztbrief sei im Sinne eines Spontanberichts wörtlich wiedergegeben.

**Anamnese:** 2 Tage vor Aufnahme sei es laut Aussagen der Mutter erneut zu Krampfanfällen gekommen, der 1. Anfall geschah gegen 4.00 Uhr morgens, aus dem Schlaf heraus, mit Zucken des rechten Armes und des rechten Beines. Das Kind war dabei bei Bewusstsein, habe nicht die Augen verdreht, kein Zungenbiss, keine Zyanose, kein Schaum vor dem Mund. Anfallsdauer: Einige Minuten. Der 2. Anfall ereignete sich etwa 10 Minuten später. Das Kind war dabei nicht ansprechbar, der ganze Körper habe sich versteift, sonst keine Auffälligkeiten. Nebenbefundlich berichtet die Mutter über unregelmäßig wiederkehrende Abwesenheitszustände oder Wortfindungsstörungen in den letzten Jahren, jeweils für Sekunden andauernd. Eine medikamentöse Therapie verweigerten die Eltern

bisher, weil M. sie angeblich nicht vertragen würde. M. sei sonst gesund, habe keine Beschwerden außer denen des stattgehabten Ereignisses.

**Untersuchungsbefund:** 7 Jahre altes Mädchen [...] Hemiparese rechts, beim Gehen wird das rechte Bein nachgezogen. Die stationäre Aufnahme in unserer Tagesklinik erfolgte zur Durchführung eines MRT des Kopfes mit Kontrastmittel und zum EEG.

**MRT-Befund des Kopfes mit Kontrastmittel vom 9.3.1999: Konstanter Befund eines links temporo-parietalen dem linken Seitenventrikelhinterhorn anliegenden Parenchymdefekt am ehesten bei Zustand nach pränatalem Infarkt oder Blutungsereignis [Hervorhebung d. d. Verf.].**

**EEG-Befund:** Pathologisches EEG, kaum erkennbare altersentsprechende Grundaktivität über der rechten Hemisphäre, abnorme Betawellenüberlagerung generalisiert, Herdbefund über der linken Hemisphäre zentro-occipital in Form einer Verlangsamung sowie von dort stehender und gruppierter sharp waves (im Vergleich zur Vorabteilung im wesentlichen gleicher Befund).

**Empfehlungen:** Wie bereits mit Dr. Richter besprochen, ist eine neuropädiatrische Weiterbetreuung von M. dringend anzuraten. Über die Notwendigkeit einer medikamentösen Einstellung wurde gleichsam gesprochen, ebenso wurde eine Gefährdung des Kindes bei Übergehen der Anfälle ohne weitere Therapie angesprochen.

## Homöopathische Therapie

**Befund:** 8 ½ jähriges, zartes und schüchtern wirkendes Mädchen mit einer ausgeprägten Hemiparese des rechten Armes (•• Abb. 1). Ansonsten – bis auf die Zeichen der Hemiparese – regelgerechter Organstatus.

Die Eltern berichteten: Die Anfälle seien in einer Frequenz von ca. 2–4-mal pro Woche und in einer zeitlichen Ausprägung von ca. 3–6 Minuten aufgetreten. Es kommt dabei zum Zucken der rechten Hand und des rechten Beines bei erhaltenem Bewusstsein. Die Anfälle sind auch schon während der Schule aufgetreten, was der jungen Patientin überaus peinlich war. Ihre Tochter M. wurde von den Eltern im **Spontanbericht** zunächst als gewissenhaft, genau und sehr schüchtern, z.T. auch als eigensinnig und stur beschrieben.

Im **Gelenkten Bericht** ist noch zu erfahren, dass die kleine Patientin vermehrt schwitzt, wobei die Eltern bemerkten, dass das Kind insgesamt eher fröstelig sei und doch eine auffallende Verstopfung habe. Harmonie sei ihrer Tochter insgesamt sehr wichtig.

Nach ausführlicher Beratung von unserer Seite – die gesamte Diagnostik war bereits in der Klinik erfolgt – zu den Risiken, der Prognose und dem Prozedere der Erkrankung ihrer Tochter, wünschten die Eltern ganz dezidiert eine homöopathische Behandlung.



**Abb. 1** Die kleine freundliche und zarte Patientin, bei der deutlich die Hemiparese rechts erkennbar ist.

## Erste Repertorisation nach Synthesis

**Anmerkung:** Die Hemiparese wurde zur Repertorisation nicht herangezogen, da es sich (siehe MRT-Befund) um einen eindeutig pathologischen Befund handelt.

- Gemüt – Gewissenhaft, peinlich genau in Bezug auf Kleinigkeiten – u. a. Carc (1), Sil (3)
- Gemüt – Schüchternheit, Zaghaftigkeit – u. a. Carc (1), Sil (4)
- Gemüt – Eigensinnig, starrköpfig, dickköpfig – u. a. Carc (1), Sil (2)
- Schweiß – Reichlich – u. a. Carc (1), Sil (3)
- Rektum – Obstipation – ungenügend – u. a. Sil (2)
- Allgemeines – Hitze, Lebenswärme, Mangel an – u. a. Sil (3)
- Allgemeines – Konvulsionen, epileptisch u. a. Sil (3)

Gemäß der Repertorisation erfolgte initial zunächst die Gabe von *Silicea Q 3*, 3 × 3 Globuli/Tag, nach vier Wochen dann *Silicea M*. Nach weiteren vier Wochen erfolgte aufgrund der o.g. Repertorisation sowie unserer klinischen Erfahrung [2, 3, 4] eine Gabe von *Carcinosinum C 200*.

Daraufhin war die kleine Patientin erstmalig über sechs Wochen anfallsfrei und dann nach einmaliger Gabe von *Carcinosinum C 200* noch mal für weitere acht Wochen. Im Mai 2001 kam zum ersten komplexen Anfall auf der Toilette mit Bewusstlosigkeit und Hinabstürzen, hochdramatisch im Sinne eines Grand Mal von vier Minuten Dauer mit Bewusstlosigkeit bei links-fokalem Beginn. Das Kind musste vom Notarzt in die Klinik gebracht werden. Hier erfolgte dann die dringende Empfehlung zur anti-convulsiven Therapie mit Trileptal® (= Oxcarbazepin).

Da wir einen spezifischen womöglich progredienten organischen Befund ausschließen wollten, erfolgte von unserer Seite die Kontrolle des vorangegangenen MRT-Befunds (s. o.), den wir wörtlich wiedergeben wollen:

## MRT-Neurocranium vom 15.5.2001

**Klinische Angaben und Fragestellung:** MRT des Schädels mit Kontrast, links fokales Anfallsleiden.

**Anfertigung folgender Sequenzen:** Doppellecho-Sequenz und T1-gewichtete SE-Sequenz transversal, FLAIR-Sequenzen und Doppellecho-Sequenz sowie T1-gewichtete SPIN-Echo-Sequenz coronar in temporallappenadaptierter Kippung. Im Vergleich zur letzten Voruntersuchung 03/99 keine morphologische Veränderung der damals erhobenen Befunde mit Ausziehung des Seitenventrikeltrigonums und Hinter-/Unterhornes links sowie Darstellung der Verdünnung des kortikalen Rindenbandes mit Marklagergliose links parietal. Keine Zeichen einer mesialen Sklerose.

Keine weiteren Marklagernarbenfelder/keine pathologisch lokalisierten Kortexstrukturen im übrigen. Artdiagnostisch kommt bei den vorliegenden Veränderungen in erster Linie eine Entwicklungsstörung des Marklagers bzw. Kortex in Frage, z. B. inkomplette Schizenzephalie (geschlossene Form), DD müsste an das Vorliegen einer parasagittalen Marklager-schädigung gedacht werden. Im Übrigen keine neuen Aspekte im Vergleich zur Voruntersuchung.

In diesem Sinne wurde daraufhin im Mai 2001 die antikonvulsive Therapie mit Trileptal® (Oxcarbazepin) eingeleitet.

Da unsere kleine Patientin neben der oben genannten Schüchternheit, Frösteligkeit, Gewissenhaftigkeit nunmehr liebevollere und anhänglichere Züge zeigte mit Verlangen nach Trost und frischer Luft sowie eine Durstlosigkeit und eine Furcht im Dunkeln auffiel, repertorisierten wir erneut.

### Zweite Repertorisation nach Synthesis

- Gemüt – Trost, amel – u. a. Puls (4)
- Gemüt – Furcht – Dunkelheit, vor der – u. a. Puls (2)
- Magen – durstlos – u. a. Puls (3)
- Allgemeines – Luft – Freien, im, Verlangen nach Aufenthalt im – u. a. Puls (3)
- Allg. – Konvulsionen, epileptisch – u. a. Puls (2)

Das Ergebnis der Repertorisation sprach für *Pulsatilla*, das wir ansteigend von Q 6 – Q 12 (Staufen Pharma) gaben. Parallel hierzu erfolgten regelmäßige neurologische und EEG-Kontrollen sowie Serumspiegelbestimmungen des Antiepileptikums. Der klinische Verlauf war hierdurch jedoch wenig bis gar nicht beeinflusst.

Im März 2002 kam es dann zu einem zweiten komplexen Anfall mit Bewusstlosigkeit von drei Minuten Dauer bei voller Trileptaldosis (Oxcarbazepin). Da das Antiepileptikum nunmehr „ausgereizt“ erschien, erfolgte die schulmedizinische Erwägung bzw. Fragestellung: Ist es effektiver, ein neues Antiepileptikum in einer Kombinationstherapie einzusetzen? Vorher musste aber das „alte“,

in diesem Fall unwirksame Mittel Trileptal®, abgesetzt werden.

Da die Eltern eine Kombinationsbehandlung von Grund auf ablehnten, auch eine parallele Ein- und Ausdosierung von zwei Medikamenten verweigerten, kam es zu einer allmählichen Reduktion von Trileptal®, mit der Absicht, erst nach völligem Ausschleichen des Medikamentes, wenn notwendig, mit einer neuen antiepileptischen Arznei zu beginnen.

In diese Situation gaben wir nun – wegen im Vordergrund stehender neu aufgetretener psychischer Symptome (die Patientin war reizbar, plötzlich faul, lustlos, unordentlich, hatte Angst von Krankheit, konnte keine Wärme vertragen, während sie vorher fröstelig war) *Sulfur Q 6*, in der Dosis 3 × 3 Globuli pro Tag und auch eine einmalige Sulfurgabe C 1000.

### Dritte Repertorisation nach Synthesis

- Gemüt – Reizbarkeit, Gereiztheit – u. a. Sulf (3)
- Gemüt – Faulheit – u. a. Sulf (3)
- Gemüt – unordentlich – u. a. Sulf (2)
- Gemüt – Furcht – Krankheit, vor drohender – u. a. Sulf (1)
- Allgemeines – Wärme, agg. – u. a. Sulf (3)
- Allg.– Konvulsionen, epileptisch – u. a. Sulf (3)

Während dieser Ausschleichphase von Trileptal®, die von den Eltern eigenmächtig verkürzt wurde, und der eben beschriebenen Sulfurgaben erfolgten am 6.6.2002 und 7.7.2002 zwei weitere, komplexe Anfälle mit Bewusstlosigkeit und Hinstürzen unter dem Bilde eines Grand Mal von sechs bzw. vier Minuten Dauer.

In dieser verzweifelten Situation hielten wir noch einmal „inne“ und reflektierten unser gesamtes Vorgehen. Nach erneuter kompletter Repertorisation und Neubewertung aller Symptome gaben wir nun *Phosphorus Q 6*, 2 × 5 Globuli pro Woche und *Tuberculinum D 200*. *Phosphorus* repräsentiert das Liebevolle und Anhängliche, das Verlangen nach Trost, Angst in der Dunkelheit, die Beeinflussbarkeit, die Egozentrik und das Verlangen, massiert zu werden.

**Anmerkung:** Die „Kombination“ von *Phosphorus* und der dazugehörige Nosode *Tuberculinum* hat sich nach unserer klinischen Erfahrung bei der Behandlung von Epilepsie außerordentlich bewährt [2, 3, 4].

### Vierte Repertorisation nach Synthesis

- Gemüt – Furcht – Dunkelheit, vor der – u. a. Phos (2), Tub (2)
- Gemüt – Selbstsucht, Egoismus – u. a. Phos (1), Tub (1)

- Gemüt – Trost, amel – u. a. Phos (2)
- Magen – durstlos – u. a. Phos (1), Tub (1)
- Schweiß – Reichlich – u. a. Phos (2), Tub (3)
- Allgemeines – Luft – Freien, im, Verlangen nach Aufenthalt im – u. a. Phos (1), Tub (2)
- Allgemeines – Hitze, Lebenswärme, Mangel an – u. a. Phos (3), Tub (2)
- Allgemeines – Reiben – vorsichtiges Streicheln – Hand, mit der, amel. – u. a. Phos (2)
- Allgemeines – Magnetismus, amel. – u. a. Phos (3)
- Allg. – Konvulsionen, epileptisch – u. a. Phos (2)

In diesem Zusammenhang erfuhren wir von der Mutter noch: In den vergangenen zwei Jahren zeigte M. ein schnelles Wachstum, fiel häufiger durch Nasenbluten auf, bekam schnell blaue Flecken wenn sie sich gestoßen hatte, sie war schnell erschöpfbar, zeigte wenig Durchhaltevermögen und „Biss“, entwickelte eine kleine Struma, klagte über zunehmende Phasen mit Schwindelgefühlen.

### Fünfte Repertorisation nach Synthesis

- Schwindel – u. a. Phos (3); Tub (1)
- Nase, Nasenbluten – u. a. Phos (3), Tub (3)
- Äußerer – Hals – Kropf – u. a. Phos (2), Tub (2)
- Allgemeines – Längenwachstum, zu schnelles – u. a. Phos (3)
- Allgemeines – Krankengeschichte von; persönliche – Nasenbluten; von wiederkehrendem – u. a. Phos (3)

Demzufolge verordneten wir *Phosphorus C 10000*. Zwei Wochen später kam es zu einem komplexen Anfall von drei Minuten Dauer. Dennoch wollten die Eltern noch immer keine erneute antikonvulsive Therapie, da jetzt ohne *Trileptal*® ihre Tochter insgesamt munterer, aktiver, konzentrierter und ausgeglichener war; diesen Zustand führten wir sowohl auf das Absetzen von *Trileptal*®, als auch auf die Wirkung von *Phosphorus* zurück.

Unter *Phosphorus C 10000* und *Phosphorus Q 1* in einer Erhaltungstherapie von 2 × 3 Globuli/Tag und *Tuberculinum D 200* alle 4 Wochen 1 × 3 Globuli – unter den oben beschriebenen Annahmen zu dieser Nosode – traten am 26.11.2002 und am 4.12.2002 noch zweimal kurze elementare Anfälle bis zu drei Minuten Dauer auf.

Seither ist die kleine Patientin bis heute unter der genannten Behandlung absolut anfallsfrei. Sie ist fröhlich, munter, ihre schulischen Leistungen wurden deutlich besser, ebenso ist ihre Krankengymnastin erfreut über nicht mehr erwartete Fortschritte in Motorik und Koordination, wobei man allerdings sagen muss, dass M. in der Krankengymnastik viel motivierter ist als früher.

## Epikrise

Ein sehr schwieriger Fall bei einem Kind mit einer zerebral-organisch fixierten Schädigung (Parenchymdefekt parietal) mit nachfolgender rechtsseitiger Hemiparese und zerebralem Anfallsleiden. Das anfängliche elementar-fokale Anfallsleiden in unterschiedlicher Häufung und Ausprägung, aggraviert durch mehrmalige Grand-Mal-Anfälle, war homöopathisch zunächst nicht beeinflussbar, da wir zu Beginn nicht das passende homöopathische Mittel gefunden hatten (sil., carc., puls.).

**Anmerkung:** Auf diese falsche Fährte führten uns u.U. eine zunächst an der Computerrepertorisation „klebende“ Fallaufnahme und das primär schüchterne, ängstliche und angepasste Wesen des Kindes. Dass dieses Verhalten aber primär als Ausdruck der Behinderung zu sehen und zu verstehen war und nicht als genuiner Charakterzug, entging uns zunächst.

Auch unter einer schulmedizinisch antikonvulsiven Therapie mit *Trileptal*® (= Oxcarbazepin) bei eigenmächtigem Absetzen des Medikaments durch die Eltern kam es weiter zu einer wesentlichen Verschlechterung der Symptomatik.

Ein zwischenzeitlicher Wechsel der homöopathischen Arzneien (*Sulfur*) blieb ebenfalls ohne Wirkung. Unter der endlich richtigen – das vollständige Symptom (*Organon* §§ 7, 17, 18 und 258) umfassenden – homöopathischen Arznei *Phosphorus* und der passenden Nosode *Tuberculinum* wurde das Mädchen anfallsfrei.

Eine antikonvulsive medikamentöse Behandlung war zwischenzeitlich nicht mehr erforderlich. Die Patientin ist bis heute, das sind mittlerweile 3 ½ Jahre, anfallsfrei. Von Kritikern der Homöopathie wird man bei der Schilderung dieses Falles wohl nicht das sattsam bekannte Argument eines Placeboeffektes hören, vielleicht aber das eines Spontanverlaufes, einer Spontanheilung.

Nun zeigen unsere Erfahrungen bei den Fällen, die wir u.a. beim Homöopathie-Kongress in Stuttgart 4/2000, auf dem Liga-Kongress in Graz 4/2003 und in unseren Publikationen [1 – 5] vorgetragen haben, dass solche „Arten von Spontanheilungen“ in der Homöopathie sehr häufig vorkommen und damit keine Spontanheilungen sui generis mehr sein können. Darüber hinaus ist, selbst wenn o.g. Fall eine Spontanheilung im Sinne der Schulmedizin doch sein sollte, eine ausgesprochen nebenwirkungsreiche, über Jahre hinweg durchzuführende, schulmedizinische antikonvulsive Medikation der kleinen Patientin erspart geblieben.

## Allgemeines Betrachtung über Epilepsie und das Postulat einer ganzheitlichen Behandlung und Betreuung

Die Epilepsie (gr. *επιληψια* = das Anfassen; der Anfall; die Fallsucht) findet über die Jahrtausende in den verschiedensten Schriften Erwähnung. Zu den bekanntesten Erkrankten zählten u.a. Gaius Julius Caesar, Napoleon Bonaparte, Georg Friedrich Händel, Fjodor Dostojewski und Alfred Nobel.

In antiken Kulturen wurden Epilepsiekranken häufig als etwas Heiliges, aber auch als etwas Deviatorisches angesehen. Hippokrates 400 v. Chr. beschrieb die Fallsucht und bezeichnete sie als Hieros nosos (= die heilige Krankheit). Dabei zeigte er sich aber schon sehr aufgeklärt, indem er die Ursache in einer Erkrankung des Gehirns annahm. Im Lateinischen sprach man schließlich vom Morbus sacer (= die heilige Krankheit). Hierdurch kommt gut zum Ausdruck, dass die Epilepsie als Ergriffen- bzw. „Besessenheit“ von einer göttlichen oder dämonischen Macht aufgefasst wurde. Der Begriff „sacer“ ist sehr doppeldeutig und bezeichnet etwas „Heiliges – Großes und Göttliches“, es beschreibt ein Besessensein von der göttlichen Macht, aber auch genau das Gegenteil: übel – angsterregend und dämonisch. Diese Ambivalenz in der Betrachtung der Epilepsie zieht sich durch alle frühen Hochkulturen und die Stigmatisierung der Patienten hält sich bis in unsere Zeit (•• Abb. 2).

Im christlichen Mittelalter erfolgte jedoch im Verständnis der Erkrankung ein Rückfall um Jahrhunderte. Die Epilepsie galt nun als übernatürlich, von Gott als Strafe oder zur Prüfung geschicktes und zugelassenes Leiden, hervorgerufen durch Dämonen (= Morbus daemonicus). Hilfe gegen Epilepsie gab es nur bei Gott oder seinen Heiligen.



**Abb. 2** St. Valentin segnet (heilt) einen Epilepsiekranken (Kirche St. Benedikten, Steiermark, um 1520). Ikonografische Darstellungen des Heiligen Valentin mit seinem Attribut, dem Anfallkranken, sind vor allem in Süddeutschland, der Ostschweiz, in Österreich und in Italien häufig anzutreffen.

**Abb. 3** Raffaels Darstellung eines Grand Mal. Ausschnitt aus der Transfiguration. 1518, Vatikan.

Obwohl gerade in den letzten Jahren zur Pathophysiologie, Genetik und Therapie der Epilepsie wichtige Erkenntnisse und Informationen gefunden wurden und Patienten in einem hohen Maße Aufklärung erfuhren, behielt die Erkrankung, mehr als jede andere, in der Bevölkerung ihre Aura von Angst und Hilflosigkeit, sie behielt die Anrückigkeit von Geisteskrankheit, geistigem Abbau, Schicksalhafter bis hin zur göttlichen Bestrafung. Und dies alles führt nach wie vor noch immer in einem hohen Maße zu sozialer Diskriminierung.

Verständlich ist daher der Versuch der Patienten und ihrer Familien, diese Krankheit zu verheimlichen, es wird eine Mauer des Schweigens errichtet, die wiederum zu sozialer Ausgrenzung führt.

Das Unvorhersehbare, das abrupte Einsetzen der Anfälle, das Gefühl des Ausgeliefertseins und die Furcht der Patienten, sowie der dramatische Ablauf eines Krampfanfalles erzeugen im Patienten erhebliche psychische Alterationen und in seiner Umgebung Angst bis hin zu Abgrenzungstendenzen.

Anmerkung zu einem „2. Fall“ aus der Kunstgeschichte: Die expressive Körperhaltung (= tonisch) und der starre Blick der weit aufgerissenen Augen (= Augendeivation), der zum Schrei geöffnete Mund (= initialer Schrei) und das Gestütztwerden durch den hinter dem Patienten stehenden Vater (= Bewusstlosigkeit und Hypotonie) offenbart eindeutig den Krankheitszustand: Grand Mal (•• Abb. 3). Raffaels Darstellung ist so exakt, so genau und so gut beobachtet, dass es in der Anamnese für jeden Epileptologen zur Diagnose der Krankheit mehr als ausreichend ist. Auch selbst für uns Homöopathen liegt rein durch die phänomenologische Betrachtung fast ein vollständiges Symptom vor.

Diese tiefe psychologische Seite, die gesellschaftlichen und sozialen Aspekte dieser Erkrankung gilt es im besonderen Maße mit zu bedenken und neben der medikamentösen Einstellung mindestens gleichwertig in die Therapie mit einzubeziehen.

In diesem Sinne vertreten wir das Postulat einer schulmedizinisch ambulanten und begleitenden homöopathischen Therapie. Wir sehen uns in unserer Handlungsweise durch folgende Umstände bestätigt:

1. Der Bereich Krankenhaus/Klinik ist für viele Menschen ein anonymer, angstbesetzter Bereich, der das Gefühl von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein auslöst, das Epilepsiepatienten durch die Krankheit in der jahrtausendelangen Geschichte immer wieder genau so empfunden haben, in immer der gleichen Art und Weise, bis heute. Hier wäre die persönliche Behandlung durch den vertrauten Arzt, in heimischer Umgebung, außerordentlich wichtig. Er, der die Familie, ihre Konstellation und ihr bisheriges Schicksal kennt, könnte am ehesten die entstandenen Verunsicherungen und Ängste auffangen. Die notwendigen Gespräche mit Eltern, Angehörigen, Kindergär-

ten, Schulen etc. können in der erforderlichen Intensität und Häufigkeit aus verschiedensten Gründen von der Klinik aus kaum wahrgenommen werden.

**2.** Eine stationär durchgeführte medikamentöse Einstellung – will man sie vorsichtig und behutsam durchführen – erfordert einen längeren Zeitraum. Die Patienten werden dadurch aus ihrem sozialen Bezugsrahmen (Familie, Freundeskreis, Kindergarten, Schule und Beruf) in oft unzumutbarer Weise herausgenommen und einer fremden und künstlichen Umgebung ausgesetzt. Zu bedenken ist außerdem, dass nach all den Strapazen den Patienten auch nach der Entlassung keine Anfallsfreiheit garantiert werden kann.

**3.** Es ist sehr wichtig festzuhalten – hier kommen wir zu einem sehr bedeutsamen Punkt – dass im ambulanten Bereich bei der Behandlung von Epilepsien, in bestimmten, wohl abgewogenen Fällen, mehr therapeutische Freiheit besteht als in einer Klinik, wo der therapeutische Rahmen klar, präzise und fest vorgegeben ist und nicht erweitert werden darf.

## Voraussetzung und therapeutische Aspekte einer homöopathischen Behandlung

Zu einer homöopathischen Therapie kann es bei der Behandlung von Epilepsiepatienten nur nach der kritischen Prüfung des jeweiligen Falles kommen, unter Berücksichtigung aller epileptologischen Aspekte. Die Initiative liegt dabei häufig bei den Eltern, die in großer Furcht vor Nebenwirkungen der Antiepileptika eine schulmedizinische, konventionelle Therapie verweigern. Unter diesen Voraussetzungen kommt es begleitet durch engmaschige neuropädiatrische Kontrollen zu einer homöopathischen Therapie. Der Erfolg einer homöopathischen Therapie ist nur schwer prognostizierbar. Wir verzeichnen Erfolge von Anfallsfreiheit, in anderen Fällen wird zur homöopathischen Arznei noch ein Epileptikum gegeben. Diese antidogmatische Einstellung ist uns sehr wichtig und erweitert sehr unseren Behandlungsspielraum zum Wohle des Patienten. In Fällen, in denen Homöopathie keinen Erfolg zeigt, sind die gegenüber der Schulmedizin skeptischen eingestellten Patienten oft bereit, eine schulmedizinische, antikonvulsive Therapie, evtl. in Begleitung einer homöopathischen Arznei, durchführen zu lassen. Sie sind dann dankbar, dass wir ihre Ängste und Nöte ernst genommen haben, der Homöopathie sozusagen „eine Chance gegeben haben“.

Eine Maxime unseres therapeutischen Vorgehens ist es, unseren Patienten grundsätzlich das Recht zuzusprechen, andere Therapien zu wählen als die von uns empfohlenen, besonders dann, wenn es ihrer tiefen Überzeugung entspricht. Wir sollten sie auch dabei nicht alleine

und im Stich lassen oder gar versuchen, ihnen ihr Vorhaben auszureden. Genau an diesem Punkt sollten wir wahrhaftige Therapeuten (gr. „Diener“, „Pfleger“) sein und bescheiden erkennen, dass wir selbst vielleicht nur ein kleiner Teil auf ihrem eigenen Heilweg sind.

### Dr. Olaf Richter

Schlossstraße 19  
35510 Butzbach

Jg. 1948, Studium der Medizin in Frankfurt a.M. und Freiburg. Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin an der Universität Freiburg, Kinderneurologie, Naturheilkunde, Homöopathie, Lehrbeauftragter für Homöopathie, Allergologie. Autor zahlreicher Publikationen und Bücher. Privatpraxis in Butzbach.



### •• Literatur

[1] Hadulla MM, Richter O: Absencen – Silicea. ZKH 2001; 45: 50–55.

[2] Hadulla MM, Richter O: BNS-Anfälle nach Hirnblutung – Arnica und Phosphorus. ZKH 2003; 47: 153–162.

[3] Hadulla MM, Richter O: Cerebrales Anfallsleiden – Absencen: Ignatia – Sulfur. AHZ 2003; 248: 14–16.

[4] Hadulla MM, Richter O: Cerebrales Anfallsleiden – Absencen: Psorinum-Sulfur. ZKH 2001; 45: 248–253.

[5] Hadulla MM, Richter O, Fattahi N: 101 Krankengeschichten aus der Praxis für die Praxis. Uelzen: Medizinisch Literarische Verlagsgesellschaft mbH; 2006.