

Autoimmunerkrankungen der Schilddrüse und Störungen der seelischen Reifung

GEORG SOLDNER, MARKUS SOMMER

Gekürzte Fassung eines Vortrags auf der öffentlichen Herbsttagung der Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland, Kassel, November 2003

Autoimmunerkrankungen der Schilddrüse und Störungen der seelischen Reifung

■ Zusammenfassung

Der Lebenslauf vieler Patienten mit Autoimmunerkrankungen der Schilddrüse zeigt vor allem in der Zeit zwischen dem 9. und 15. Lebensjahr, die auch als Phase des seelischen Erwachens bezeichnet werden kann, charakteristische Störungen. Die pathogenetischen Zusammenhänge und möglichen prophylaktischen und therapeutischen Konsequenzen werden zur Diskussion gestellt.

■ Schlüsselwörter

Autoimmunerkrankungen der Schilddrüse
Störungen der seelischen Reifung
2. Lebensjahrsiebt
Morbus Basedow
Hashimoto-Thyreoiditis

Autoimmune thyroid diseases and problems in psychological maturation

■ Abstract

In the biography of many patients with autoimmune thyroid diseases characteristic problems are identified at the age of 9 to 15 years, a phase which may be seen as the time of awakening in mind and spirit. The pathogenetic background and possible consequences for therapy are discussed.

■ Keywords

Autoimmune diseases of the thyroid
Problems with psychological maturity
2nd 7-year period in life
Hyperthyroidism
Hashimoto thyroiditis

1. Falldarstellungen

Frau M., 33 Jahre alt, M. Basedow

Eine schlanke 33-jährige Patientin befindet sich mit ihrem 8 Monate alten Säugling in pädiatrischer Behandlung. Das Kind wurde mit einer stark ausgeprägten prä-maturen Schädelnahtsynostose geboren und weist zu diesem Zeitpunkt bereits einen deutlichen psychomotorischen Entwicklungsrückstand auf: es kann sich noch nicht drehen, auch ist die seelische Interaktion mit dem Kind nicht altersentsprechend möglich; wird eingeeengt erlebt, und die Frage einer mentalen Behinderung steht im Raum. Die Indikation zu einer Korrekturoperation, die für Leben und Prognose des Kindes nicht ohne Risiko ist, musste gestellt werden. Der Eingriff ist für das Alter von ca. 12 Monaten vorgesehen. Aktuell muss die Entscheidung getroffen werden, welcher Spezialist die Operation durchführen wird. Die Patientin kommt mit dem Kind zu einer Routinekontrolle vor einem geplanten Urlaub.

Das Kind zeigt einen leichten Infekt der oberen Atemwege; die Mutter wirkt sehr erschöpft. Der Blick des Untersuchers wendet sich ihr zu: ihr Auge wirkt starr vor Schreck und Erregung, die Lidspalte ist weit geöffnet; sie wirkt gehetzt, nimmt sich nie Zeit. Auf die Frage, ob ihr etwas fehle, äußert sie, dass sie sich seit 2 Monaten schwach, wie abgeschlagen fühle: „etwas stimme nicht“. Auf näheres Befragen zeigt sich, dass sie 3–4 kg Gewicht abgenommen hat und öfter Herzklopfen spüre. Der Puls der Patientin liegt bei 110–120/min, RR 130/75 mm Hg, pulsierende Struma Gr. 2. Es wird klinisch der Verdacht auf einen M. Basedow geäußert, die Urlaubsreise storniert, nach der Blutabnahme erfolgt eine Injektion von

- Glandula Thyreoidea D 30 Amp WALA

- Cuprum met. praep. D 30 Amp WELEDA i.v.,

einerseits unter der Annahme einer floriden entzündlich-autoaggressiven Erkrankung der Schilddrüse (dabei empfiehlt sich eine höhere Potenzierung des homologen Organpräparates), andererseits auf Grund der bewährten Erfahrung, dass Mütter von vital bedrohten und schwerkranken Kindern durch die i.v. Injektion von Cuprum met. praep. D 30 meist unmittelbar eine Erleichterung und Entkrampfung erfahren.

Laborwerte: TSH supprimiert, T₃ 19,6 pg/ml (normal < 4,2 pg/ml), T₄ 7,74 ng/dl (normal < 1,75 ng/dl), TRAK 12,4 U/l (normal < 1 U/l), TAK (Thyreogl. Ak) 64 U/ml (normal

< 60 U/ml), Anti-TPO 283 U/ml (normal bis 60 U/ml), Zink grenzwertig erniedrigt auf 624 µg/l (normal 630–1180 µg/l), Transaminasen auf ca. das Doppelte der Norm erhöht, Schilddrüse sonographisch vergrößert auf 31 ml (normal bis 18 ml), diffus echoarm, vergrößerte Parenchymstruktur ohne Knoten, Technetium-Uptake mit 11,4 % stark erhöht.

Therapie: Sofort bei klinischer Diagnose anthroposophische Therapie mit

- Colchicum Rh D 3 WELEDA per os 3 x tgl. (wechselnde Tropfenzahl)
- Glandula Thyreoidea D 30 3 x wö. s.c. 1 ml, später D 12
- Cuprit D 20 Trit WELEDA per os 1 x tgl. 1 Msp Thyreostase nach Erhalt der Laborwerte und Diskussion mit der Patientin mit
- Carbimazol 10 mg tgl.

und Vereinbarung eines ausführlichen biographischen Gesprächs, das von der Patientin selbst schriftlich protokolliert wurde (diese „Autoprotokollierung“ ist auch therapeutisch sehr wichtig):

„Ich hatte eine schöne und wohlbehütete Jugend, bis meine Mutter eine neue Beziehung anging und mich nach sehr kurzer Zeit im Alter von 14–15 Jahren voll mit dieser Situation konfrontierte.

Ich war sehr gespalten zwischen meinen Eltern und konnte nicht verstehen, dass meine Mutter ihre Probleme mit ihrer Tochter bespricht, denn diese intensive Problematik kam so sehr nah an mich und hat mich sehr stark belastet.

Mein Vater war keine große Hilfe, denn ich konnte mit ihm nicht darüber sprechen, auch später, als er es wusste, war er zu keinem Gespräch fähig.

Es zählte nur Leistung, aber keine Gefühle – zumindest konnte und kann er keine Gefühle zeigen.

Trotzdem schätze und respektiere ich meinen Vater, wogegen ich vor meiner Mutter den Respekt verloren habe.

Als mein Vater meine Mutter zum Auszug aufforderte, war ich auf der einen Seite über klare Verhältnisse erleichtert, dennoch ist eine Trennung der Eltern immer schmerzlich. Ich bin bei meinem Vater geblieben und habe den gesamten Haushalt übernommen, was mir Spaß machte, denn ich konnte selbständig schalten und walten.“

Die Patientin erlernt später ihren Beruf und begründet mit ihrem Mann nach anfänglichen Schwierigkeiten einen selbständigen Betrieb, in dem sie und ihr Mann bis zur Geburt des Kindes 7 Tage in der Woche arbeiteten, von wenigen unregelmäßigen Urlaubstagen abgesehen.

„Nach anfänglichen massiven Schwierigkeiten mit meiner Schwiegermutter hat mein Mann sich nach einer für mich harten Zeit und kurzfristigen Trennung dafür entschieden, das Geschäft ohne seine Mutter, dafür mit mir weiterzuführen. Das Verhältnis zwischen Sohn und Mutter und Mutter und mir war extrem angeknackst – wir hatten bis zur Hochzeit keinen Kontakt gehabt. Ab diesem Zeitpunkt ist

unser Verhältnis freundlich, der Kontakt eher selten. Das Verhältnis zu meiner eigenen Mutter ist aus ihrer Sicht wunderbar, aus meiner eine Katastrophe. Sie ist eifersüchtig, pessimistisch, nörgelt an allem herum, regt sich tagelang über alles auf, ist unbeliebt und verliert nach und nach ihre Freunde...

Meine Schilddrüsenerkrankung ist aufgrund längerer seelischer und Stressbelastung entstanden. Ich bin davon überzeugt, dass die Krankheit meiner Tochter wesentlich damit zu tun hat!“

Das biographische Gespräch wird von der Patientin als sehr entlastend erlebt.

Zwei weitere folgen. Konsequenzen für den Tagesablauf werden erarbeitet: u.a., dass die Patientin jetzt selbst mit dem Kind im Kinderwagen spazierengeht und dies nicht ihrem Kindermädchen überlässt (ein bei beruflich selbstständig tätigen Müttern öfter anzutreffendes Phänomen). So erreichen wir u.a. dass sie bewusst in dieser Zeit die Natur wahrnimmt, Licht aufnimmt, bewusst atmet, dass sie stundenweise das Telefon ausschaltet und mit dem Kind in Ruhe spielt.

Weiterhin wird eine *Maltherapie* eingeleitet.

Verlauf: Nach einem Monat ist die Stimmung ausgeglichen, das Struma-Volumen rückläufig.

Nach 4 Monaten wird die Patientin erneut schwanger, T₃ ist zu diesem Zeitpunkt hochnormal (4,27 pg/ml, TRAK 4,6 U/l). Nach 5 Monaten verläuft die Operation des 1. Kindes erfolgreich und komplikationslos.

Nach 7 Monaten TSH über 1, TRAK negativ, TAK unter 20, Anti-TPO 184 U/ml. Carbimazol 5 mg wird ausschleichend weiter eingenommen, nach 10 Monaten abgesetzt. Entbindung nach 13 Monaten von einem gesunden zweiten Kind.

Nach 2 Jahren: TSH 0,92 µIU/ml, T₃ 2,96 pg/ml, T₄ 1,35 ng/dl, Anti-TPO erhöht, TRAK negativ. Keine Therapie. Klinisch unauffällig.

Das erste Kind wies in der gesamten Zeit normale Schilddrüsenwerte auf. Erst im Zusammenhang mit der mütterlichen Erkrankung tauchte dann folgendes, bis dahin von keiner Seite beachtetes, Wissen auf: „Neugeborene mit angeborener Hyperthyreose... (hier nicht der Fall) Wegweisend ist in der Regel der bekannte M. Basedow der Mutter. Fehlt er, so wird die Diagnose oft erst sehr spät gestellt, wenn bleibende Komplikationen z.B. eine prämatüre Nahtsynostose bereits aufgetreten sind...“ (1)

D.h. jede prämatüre Nahtsynostose ist als Symptom einer möglichen Schilddrüsenstörung von Mutter und Kind zu werten und diesbezüglich abzuklären – was in diesem Falle bisher von keiner Seite (auch nicht der des Autors) erfolgt war.

Das erste Kind selbst hat innerhalb von 2 Jahren nach der Korrekturoperation alle Entwicklungsrückstände weitgehend aufgeholt. Es zeigt heute eine knapp altersnormale Motorik, ein normales psychosoziales Verhalten und auch kognitiv keine ausgeprägten Defizite mehr. Wie bei allen Kindern mit prämatürer Nahtsynostose

war hier eine qualifizierte osteopathische Behandlung von wesentlicher Bedeutung. Das zweite Kind ist ohne Auffälligkeiten.

Die dargestellte Krankengeschichte zeigt wesentliche Motive auf, die sich in der Praxis der Autoren bei Patienten mit Autoimmunthyreoiditis häufig in der biografischen Anamnese zeigen:

- es sind v.a. *Frauen* betroffen
- der *Beziehung zur Mutter* kommt eine spezifische Bedeutung zu
- v.a. im zweiten Lebensjahr kommt es zu einem schockartigen „*Verlust des mütterlichen Mantels*“, der nicht durch das eigene Abstreifen dieses Mantels eingeleitet wird im Zuge der seelischen Reifung des Kindes, sondern der dem Kind von außen entrisen wird.
- auch Belastungen durch Flucht, durch Geschwister, die der (Mit)versorgung bedürfen u.a. können zum Verlust des notwendigen geschützten Eigenraumes für die seelische Entwicklung führen
- dieser Verlust bewirkt eine *seelische „Notreifung“ des Kindes*, begleitet von mehr oder weniger unterdrückten aggressiven Gefühlen, die gegenüber den Eltern nicht adäquat geäußert werden können
- nicht selten kehrt sich die Rolle des Versorgers abrupt um und das reifende Kind wird selbst zum mütterlichen Versorger, z.B. anderer Geschwister, des Vaters oder der Mutter
- in der Regel erfolgt später eine „*Wiedererinnerung*“ an die traumatisierenden Kindheitserlebnisse: ein erneuter Verlust an Geborgenheit, ein (drohender oder realer) Verlust eines Kindes, eine erneute Überforderung in einer mütterlichen Rolle .
- Meist bricht die Erkrankung erst in dieser Belastungssituation aus.

Man könnte von seelischer Frühgeburt, vorzeitigen seelischen Wehen, einem vorzeitigen Zerreißen der „seelischen Eihülle“ des Kindes sprechen: der seelische Auftriebsraum der Kindheit (entsprechend zum leiblichen Auftriebsraum der Amnionflüssigkeit) wird zu früh verloren.

Für den Morbus Basedow scheint dieses ätiologische Muster von besonderer Bedeutung zu sein, doch stellen die Bezeichnungen „M. Basedow“ und „Hashimoto-Thyreoiditis“ nur Eckpunkte eines Kontinuums von Autoimmunerkrankungen der Schilddrüse dar. Die folgenden Kasuistiken versuchen, in beiden Richtungen charakteristische Hintergründe des Krankheitsgeschehens zu verdeutlichen und beschränken sich im wesentlichen auf den biografischen Aspekt:

Frau B., 60 Jahre, Morbus Basedow

Die erste Frau des schon 54-jährigen Vaters starb 18 Monate vor der Geburt der Patientin an einem Zervix-Karzinom. Die zweite Frau, die recht unmittelbar als Partnerin des Vaters nachfolgte, war bei der Geburt der Patientin 38 Jahre alt. Als die Patientin 12 Jahre alt war, wurde bei ihrer Mutter ein Mamma-Karzinom diagnosti-

ziert. Während der folgenden 2 Jahre übernahm die Patientin zunehmend pflegerische Aufgaben für ihre Mutter, deren Tod als sehr belastend erlebt wurde. Damals fiel auf, dass die Patientin „ernster, älter“ wirkte als ihre Althergenossinnen.

Mit 17 Jahren ging die Patientin eine Partnerschaft mit einem Mann ein, der „stark war, Sicherheit und Halt vermittelte“. Mit 22 Jahren Geburt des ersten Kindes. Mit 23 Jahren Geburt des zweiten Kindes, einer Frühgeburt. Zwei Tage nachdem die Patientin das Kind mit nach Hause nehmen konnte, starb es am plötzlichen Kindstod (SIDS). Die Patientin gibt an danach „wie erstarrt“ gewesen zu sein, sie habe mit niemandem darüber sprechen können.

Mit 50 Jahren sieht die Patientin auf der Straße einen sehr erregten Mann, der sich plötzlich mit Benzin übergießt und sich selbst entzündet. Kurz darauf bricht bei ihr ein Morbus Basedow aus, der unter Carbimazol in Remission gebracht wird. (Victor von Weizsäcker weist darauf hin, dass es seiner Ansicht nach insbesondere nach Brandbombenangriffen und den damit verbundenen Erschütterungen besonders häufig zum Ausbruch des Morbus Basedow gekommen sei, der von ihm als ein Reflex des erlittenen Schreckens und als eine Art „Selbstverbrennung“ durch den entgleisenden Stoffwechsel aufgefasst wurde.) Als die Patientin 55 Jahre alt ist, bringt ihre Tochter ihr erstes Kind zur Welt zudem treten verunsichernde Partnerschaftsprobleme auf. Bei der Patientin entstehen plötzlich starke Ängste, verbunden mit dem zwanghaften Bedürfnis immer wieder nachzuschauen, ob das Enkelkind noch lebe: Es kommt zum Rezidiv des Morbus Basedow. Unter Gabe von relativ niedrig dosiertem Carbimazol, Cuprit D8 (Amp. Weleda) und Glandula thyreoidea Gl D15 (Amp. Wala) kommt es rasch zur Remission.

4 Jahre später sieht die Patientin sich gezwungen, rasch einen großen Berg „Papierkram“ abzuarbeiten, um existenziell bedrohliche finanzielle Probleme abzuwenden. In der Zwischenzeit ist es zur Trennung vom Ehemann gekommen. Danach fühlt sie sich erschöpft, wiederum hilft ihr Cuprit (nun als Trituration in der D8 genommen). Als sich, wie befürchtet, eine erneute Hyperthyreose bestätigt, fällt der Entschluss zur thyreoablativen Behandlung mit Radiojod. Danach besteht eine Euthyreose, die Patientin fühlt sich aber noch seelisch starr und in ihrer Vitalität geschwächt. Eine anthroposophische Malthérapie erlebt sie diesbezüglich als entscheidende Hilfe.

Frau A., 66 Jahre, Autoimmunthyreoiditis

Ihr Vater war Ingenieur. Sie habe ihn nur selten gesehen, empfinde aber eine starke Bindung an ihn. Von seiner seelischen Haltung her war er anakastisch und leibfeindlich. „Zur Mutter hatte ich gar keine Beziehung“. Die Patientin war das Älteste von 4 Kindern: „Die haben alle einen Knacks, ich bin noch am besten weggekommen“.

Während der Schwangerschaft mit ihr brach bei ihrer Mutter eine Neurodermitis aus. Die Mutter sei depressiv und häufig suizidal gewesen und die Patientin habe vie-

le Ängste um ihre Mutter ausgestanden. Sie war sehr streng und pietistisch erzogen worden und immer der Gesprächspartner der Mutter.

Mit 7 Jahren erfolgte die Flucht aus Oberschlesien: sie musste den Kinderwagen mit den Geschwistern schieben. „Ich hatte solche Angst, ich habe vor Anstrengung keine Luft mehr bekommen“. Seit sie 11 Jahre alt war, habe sie die Geschwister praktisch allein versorgt. „Ich musste so früh erwachsen sein“. Noch heute würden ihre jüngeren Geschwister zu ihr sagen: „Du warst unsere Mutter“.

Mit 38 Jahren hatte sie selbst bereits 4 Kinder. Damals hatte sie noch einen Pflegesohn in die Familie aufgenommen. „Nach bitteren Enttäuschungen war ich ganz ausgeflippt, es stimmte nicht, was ich wahrgenommen habe“. Seither rezidivierende depressive Episoden und häufig wechselnd hyper- und hypothyreote Phasen, anfangs nur TPO-Antikörper erhöht, später auch TRAK. – Schilddrüsen – Funktionsstörungen gehören zu den wichtigsten psychiatrischen Differential – Diagnosen bei psychoseähnlichen Störungen der Wahrnehmung und des Antriebs.

Medikamentös waren vor allem hilfreich

- Colchicum Rh D 3 Dil WELEDA

- Mischinjektionen mit

Amnion Gl D 30 Amp WALA

Stibium met.praep.D 6 Amp WELEDA

Solum Injekt Amp WALA

Frau S., 54 Jahre alt, Hashimoto-Thyreoiditis mit Hypothyreose

Eine füllig-weiblich konfigurierte Patientin im Klimakterium entwickelt eine manifeste Hypothyreose, laborchemisch typisch für eine Hashimoto-Thyreoiditis.

Massive cervicale Verspannungen (als ob sie nur mühsam noch den Kopf hochhalten, die Augen offen halten könne), Haarausfall, Müdigkeit, mäßig ausgeprägter arterieller Hypertonus.

Sie berichtet: „Ich bin in der DDR aufgewachsen. Meine Eltern flohen getrennt, zuerst der Vater, wir folgten dann (die Mutter, die Patientin und 3 Geschwister) über Berlin, ehe die Mauer gebaut wurde (die Patientin erinnert sich an jedes Detail der Flucht). Der Vater, Lehrer in einem niedersächsischen Dorf, entwickelte früh eine Alzheimer-Erkrankung. Es gab in dem Dorf keinerlei Unterstützung. Die Mutter kümmerte sich kaum um die Kinder, nur notdürftig um den Vater und widmete sich sonst dem Nachholen ihres Studiums. Die Kinder fühlten sich mit der Wesensveränderung ihres Vaters sehr alleingelassen und überfordert. Sie konnten seelisch an der Mutter kaum Halt finden. Nach dem frühen Tod des Vaters studierte die Mutter weiter Medizin, erkrankte in dieser Zeit an einem Mamma-Karzinom und arbeitete bis zuletzt, noch im Krankenbett, an ihrer Promotion.

Die Patientin verließ das Haus mit 17 Jahren, ähnlich wie ihre Geschwister. Nach einer ersten Ehe mit einem Mann in Frankreich, der sich zum Alkoholiker entwickelte, kehrte sie nach Deutschland zurück. In einer zweiten,

bis heute andauernden Partnerschaft bekam sie 2 Kinder; beide Partner konnten sich nicht zur Ehe entschließen, die wirtschaftliche Existenz blieb ungesichert, die Patientin lebte weitgehend vom Sozialamt und später von einer eigenen Teilzeitarbeit bei sehr unregelmäßigen Einkünften des Partners. Bestimmend blieb das Gefühl, in der eigenen mütterlichen Verantwortung auf sich allein angewiesen und dabei überfordert zu sein. Die Partnerschaft blieb hinsichtlich der Qualität seelischer Erfüllung deutlich unterentwickelt, konnte sich demgegenüber geistig-kulturell mit der Zeit besser entfalten, immer wieder von heftigen Krisen unterbrochen.

Die Erkrankung brach aus, als die erste Tochter in ihre Pubertätskrise eintrat, die gegenüber beiden Eltern sehr heftig verlief.

In diesem wie in den folgenden Fällen war – in Verbindung mit einem anthroposophischen Therapieansatz – die substitutive Thyroxingabe notwendig.

Frau G., 46 Jahre alt, chronische Polyarthrititis und Hashimoto-Thyreoiditis mit Hypothyreose

Die Patientin kam ursprünglich wegen chronisch rezidivierender Sinusitiden zur Erstvorstellung; sie ist Dänin, schlank, blond und leidet unter ständiger Unterkühlung der unteren Körperhälfte und einem kaum zu behobenden Frostigkeitsgefühl. Sie ist glücklich verheiratet und hat 2 Kinder. Bereits kurz nach Aufnahme wird deutlich, dass die Patientin eine massive Polyarthrititis entwickelt, mit entsprechend stark erhöhten humoralen Entzündungsparametern (CRP, Rheumafaktor-IgM, -IgG u.a.). Im Zuge der Abklärung ihrer rheumatischen Erkrankung wird eine Hypothyreose (TSH 21,7 µU/ml) mit erhöhten Anti-TPO-Antikörpertitern im Sinne einer Hashimoto-Thyreoiditis festgestellt.

Die daraufhin vorgenommene biografische Anamnese ergibt:

Ihr Vater war als selbständiger Geschäftsmann tätig. Als die Patientin 15 Jahre alt war, erkrankte der Vater schwer an einer Depression. Die wirtschaftliche Existenz der Familie war längere Zeit in Frage gestellt. Die Patientin empfand damals eine starke Sorge um die Aufrechterhaltung der Familie und die Gesundheit des Vaters, zu dem sie eine enge seelische Bindung hat. – Vor ca. einem Jahr sei ihr Vater, inzwischen 70jährig, erneut an einer Depression erkrankt. Sie mache sich Sorgen um ihn – die Patientin, die sonst sehr verhalten und beherrscht wirkt, beginnt zu weinen – und darum, wie ihre Mutter das alles schaffe. Sobald sie einige Tage frei hat, fährt sie nach Dänemark. Weiterhin fällt auf, dass die Familie in den letzten Jahren die gemeinsamen Ferien stets entweder bei den Eltern oder Schwiegereltern verbracht hat.

Auch hier empfindet die Patientin eine sehr starke Erleichterung, nachdem ihre biografisch-seelische Belastung angesprochen und auch im Rahmen einer Maltherapie bearbeitet wurde. Andererseits fiel auf, dass sie die Maltherapie abbrach, als die innere emotionale Problematik der engen Elternbindung deutlich ins Bild trat. – Erst im Verlauf von Jahren konnte dieses Thema befriedigend besprochen werden; inzwischen ist der Vater ver-

storben und das Verhältnis zur Mutter harmonisch und gelöst. Die rheumatische Erkrankung wurde von L. Simon nach einem anthroposophischen Therapieansatz behandelt, ohne Basistherapie und Steroide, und nimmt einen sehr befriedigenden Verlauf, der auch nach röntgenologischen Kontrollen keine Zunahme von Gelenkdestruktionen zeigt.

Eine Normalisierung der Wärmeempfindung und Ausheilung der chronischen Infektanfälligkeit gelang erst durch eine Misteltherapie mit ISCUCIN, Salicis, das inzwischen 2–3 x wöchentlich in den Stärken E und F gespritzt wird, nach einer vorsichtig einschleichenden und über Jahre gesteigerten Dosierung (Beginn mit Stärke A, 0,5 ml einmal wöchentlich).

Frau C., 74 Jahre alt, Hashimoto-Thyreoiditis mit Hypothyreose

Die Patientin ist in Königsberg aufgewachsen; der Vater sei „immer betrunken gewesen“ und hat die Mutter oft geschlagen. In der Zeit vom 10. – 14. Lebensjahr erlebt die Patientin zunächst Fliegeralarme im Bunker, dann die verheerenden Luftangriffe auf die Stadt, sieht Leichen und riecht Leichengeruch nach den Angriffen. Dann erfolgt mit 14 Jahren die Flucht nach Westen gemeinsam mit der Mutter, unter ständiger Angst vor Tief- fliegern und Vergewaltigungen. Das Schiff, das Mutter und Tochter besteigen wollen, fährt vor ihren Augen ab; sie sieht Menschen ins Wasser fallen und ertrinken. Auf der folgenden Flucht bricht die Mutter bewusstlos zusammen und die Patientin muss voller Angst bei feindlichen Soldaten Hilfe holen. Sie und ihre Mutter werden zu ihrer Überraschung gut behandelt, kommen in ein Lager und dann zu einem Bauern, bei dem sie hart arbeiten muss.

Der weitere Lebensweg führt die Patientin nach Brasilien, wo sie nur eine schlecht bezahlte Arbeit findet. Später übernimmt sie die Pflege der durch mehrere Schlaganfälle pflegebedürftig gewordenen Mutter, während sie aus finanziellen Gründen nebenher weiterarbeitet. – Mit 64 Jahren treten erstmals Panikattacken am Arbeitsplatz auf. Es manifestiert sich eine Hashimoto-Thyreoiditis mit Hypothyreose. Noch mit 74 Jahren arbeitet die Patientin weiter als Sekretärin, da sie keinen ausreichenden Rentenanspruch hat.

Das biografische Gespräch, bei dem die Patientin erstmals in ihrem Leben über diese belastenden Erlebnisse sprach, entlasteten sie deutlich. Nach Gabe von Aconitum C30 (einem bewährten Mittel zur Behandlung von Schockfolgen) fühlt sie sich insgesamt wesentlich wohler. Unter Thyreodea comp. (WALA) 3x7 Glob. und 12,5 µg Thyroxin pro Tag Wohlbefinden und TSH-Normalisierung (2,57 µIU/ml, normal 0,27–42). Nachdem sie einen in der U-Bahn lärmenden Mann zur Rede gestellt hat und dieser sie kilometerweit verfolgt und ihr ins Gesicht gespuckt hat, treten vorübergehende Verfolgungsängste auf, die nach Gabe von Aconitum C30 innerhalb weniger Tage abklingen. Sie empfindet seit nunmehr über einem Jahr ausgesprochenes Wohlbefinden.

2. Phänomenologie der Hyper- und Hypothyreose

Stellt man bewusst den Ausdruck der Hypo- und der Hyperthyreose gegenüber, so fallen unterschiedliche *Qualitäten des Erwachens* ins Auge:

Hypothyreose	Hyperthyreose
Der Blick wirkt: schläfrig, stumpf, müde	Der Blick wirkt: überwach, starr, schreckensweit, der Erblickte fühlt sich von einer starken seelischen Energie erfaßt
Der Lidspalt ist eng, latente Ptose	Der Lidspalt ist weit
Die Schultern und der Nacken können sich verspannen im krampfhaften Versuch, sich wach und die Augen offen zu halten	
Die Stimme ist rau, leise und seelisch wenig moduliert. Der Patient spricht wenig.	Die Stimme ist hell, timbreich, überspannt (wie Mozarts „Königin der Nacht“)
Das Schlafbedürfnis ist vermehrt	Das Schlafbedürfnis ist vermindert
Der Antrieb vermindert	das Handeln rastlos trotz zunehmender Muskelschwäche
Der Puls verlangsamt	Der Puls beschleunigt
Der Patient friert	Charakteristisch ist der überwarme, leicht schwitzende Händedruck
Das Haar ist dick und stumpf steht ab, läßt sich nicht kämmen	Das Haar ist dünn und glänzend, weich, die Frisur hält nicht

Die *seelische Schwingungsfähigkeit* ist in beiden Fällen – in polarer Weise – eingengt, das *Bewusstsein* je nach Einzelfall subtil bis deutlich verändert.

3. Biografische Aspekte bei M. Basedow und Hashimoto-Thyreoiditis

Differenziert man die biografischen Aspekte im Blick auf diese polaren Ausprägungen einer Autoimmunthyreoiditis, so können diese aus Sicht der Autoren in der folgenden Weise einander gegenübergestellt werden:

Hashimoto-Thyreoiditis

- *Anhaltende Sorgen, der Verlust an Rückhalt (Familie, Heimat) und die Empfindung einer chronischen Überforderung* können in der Kindheit der Patienten zunächst die Eltern selbst betreffen, greifen aber im zweiten Le-

bensjahrsiebt auch auf das zum Jugendlichen heranreifende Kind über. Sie lösen den geschilderten Prozess einer Notreifung und Parentifizierung aus, während insbesondere das Bedürfnis nach mütterlicher Wärme nicht ausreichend Erfüllung findet. Der physiologisch in dieser Entwicklungsstufe erfolgende Abbau der Bindung an die Eltern wird durch deren entstehende Versorgungsbedürftigkeit

- Behindert, was die Verselbstständigung des Kindes hemmt.

- *Als auslösende Umstände* der Krankheitsmanifestation kommen später – als seelisch entsprechende „Wiedererinnerung“ – vor allem das Erleben einer *erneuten anhaltenden Überforderung v.a. in Form sozialer Verantwortung als Mutter bzw. gegenüber der eigenen Mutter, den eigenen Eltern* in Betracht, meist gekoppelt mit dem Gefühl *mangelnden Rückhalts* (z.B. durch einen fehlenden, beruflich abwesenden oder überforderten Partner).

- Das Ansprechen der Situation und Klärung ihres biografischen Kontextes, gezielte Entlastung, die Einbeziehung möglicher Unterstützung und vor allem auch eine künstlerische Therapie, die seelisch das Erleben eines freien Ausdrucks, aber auch das Erleben eines geschützten Raumes ermöglicht, erscheinen therapeutisch sinnvoll.

Morbus Basedow

- Die *Qualität des plötzlichen, überfallsartigen Verlusts von Geborgenheit* steht hier besonders im Vordergrund, das *schockartige seelische Erwachen* v.a. im Zeitraum zwischen 9 und 15 Jahren. Betroffen sind vor allem die seelischen Bindungen an Mutter und Vater, die zu diesem Zeitpunkt noch die tragenden seelischen Beziehungen des Kindes sind.

- Von besonderer Bedeutung scheint die *Umkehr in der Mutterbeziehung* zu sein, die das Kind selbst (wie in den ersten geschilderten Krankheitsfällen) in eine mutterähnliche Versorgerposition in der Familie zwingt oder zum Versorger der Mutter macht, während das Bedürfnis des Kindes nach mütterlicher Versorgung abgespalten und unterdrückt (statt allmählich abgebaut) wird. Das Erlebnis des „Mutterwerdens“ wird seelisch verknüpft mit einer Ambivalenz gegenüber dem Mütterlichen, die jederzeit wieder hervorbrechen und das Mutter-Sein (oder Mutter-Werden, Frau-Werden) „vergiften“ kann: biografisch dominiert beim M. Basedow weniger das Element des Mangels als das Element des „Toxischen“, des traumatisch erlebten Umschlagens der Mutterbeziehung. – Mozarts „Königin der Nacht“ verkörpert eine solche, von der Tochter tief ambivalent erlebte Muttergestalt, die ihre Stimme in eine überjugendliche (hyperthyreot anmutende) Stimmlage erhebt.

- Auch die *Auslösesituationen* im späteren Leben zeigen bei Patienten mit Morbus Basedow oft eine ähnlich akute Dramatik: der Tod des eigenen Kindes, der Mann, der sich vor den Augen der Patientin mit Benzin übergießt, das Kind, das vor einer lebensbedrohlichen Operation steht usw. – Es geht hier nicht wie im oberen Fall darum, dass man „am liebsten die Augen zumachen möch-

te“, sondern darum, dass das Geschehen die eigene Seele ganz in seinen Bann zieht: das schreckgeweitete Auge wird zu einer Signatur des M. Basedow.

- *Therapeutisch* geht es darum, den Patienten zunächst *Sicherheit und Geborgenheit* zu vermitteln, ihren zwanghaften Aktionismus zu durchbrechen und sie seelisch-leiblich zu stabilisieren. Die interventionelle Herstellung eines neuen Stoffwechselgleichgewichts ist notwendig, nicht nur, um Organschäden vorzubeugen, sondern auch, um wieder ein adäquates Erleben und Bewusstsein zu ermöglichen. Von hier aus können biografische Hintergründe geklärt und eine seelische Entlastung und Nachreifung angestrebt werden. Besonders wichtig ist die Identifikation traumatisch erlebter Jugendereignisse und ihre Verarbeitung, sowie die Auflösung ambivalent-seelischer Bindungen. Eine künstlerische Therapie, vor allem das Malen, ist auch bei dieser Erkrankung sehr hilfreich.

- *Mädchen und Frauen* unterscheiden sich hinsichtlich ihrer seelischen Bindungsbedürfnisse und -fähigkeiten, der Tiefe und Differenziertheit der seelischen Wahrnehmung ihrer Bezugspersonen und in ihrer seelisch-leiblichen Resonanz auf die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen von Jungen und Männern. Dieser Unterschied ist bereits ab Geburt nachweisbar; im zweiten Lebensjahrsiebt entfaltet er sich im Zuge der Geschlechtsreife. – Es ist ein bekanntes, aber pathogenetisch bisher wenig durchdrungenes Phänomen, dass Frauen von Autoimmunerkrankungen der Schilddrüse um ein Vielfaches häufiger betroffen werden – nach der Pubertät ca. 10mal häufiger (2) ohne dass sich dafür in der naturwissenschaftlichen Sichtweise eine pathophysiologische Begründung finden ließe. – Der hier dargestellte pathogenetische Zusammenhang lässt demgegenüber einen bevorzugten Befall des weiblichen Geschlechts erwarten, macht ferner plausibel, warum gerade die Zeit vom 9. bis zum 15. Lebensjahr in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung ist.

4. Entwicklungsgeschichtliche Aspekte der Schilddrüse

Die Schilddrüse entwickelt sich bereits bei einfachen Chordaten (z.B. Amphioxus) kiemennah am Eingang des Verdauungstrakts. Damit kommt der *Lokalisation* dieses Organs *zwischen Atmungs- und Verdauungsorganen* an der Stelle, die sich später zur Halsregion differenzieren wird, eine ursprüngliche Bedeutung zu. Identifizierbar wird die ursprüngliche Glandula thyroidea z.B. beim Amphioxus an ihrem *jodhaltigen Sekret*, das bei diesem Chorda-Tier noch in den Verdauungstrakt sezerniert (und dort mit der Nahrung resorbiert) wird. Die Schilddrüse kann von Anfang an als „Jodsaugorgan“ aufgefasst werden, als Organ, das Jod in einer im Organismus wirksamen Form organisiert („potenziert“ (3)). Diese ursprünglich exokrine Sekretion in den Verdauungstrakt kann verständlich werden lassen, warum Thyroxin bei oraler Aufnahme seine Wirkung auf das Innere des Organismus behält (4) Funktionell wird bereits hier eine Wirkung des Sekrets auf den (substanzabbauenden) Stoff-

wechsel, das Wachstum und die sexuelle Reifung angenommen.

Zum endokrinen Organ wird die Schilddrüse bei den Fischen, die zugleich ein in Wirbel gegliedertes, in sich bewegliches Innenskelett entwickeln und die Fähigkeit, dessen Knochen nicht nur auf-, sondern auch selbst wieder ab- und umzubauen (im Gegensatz z.B. zu den Weichtieren). Durch diesen Prozess wird das Skelett selbst in die beseelte Bewegung des Tieres einbezogen: und die Funktion der Schilddrüse ist dabei wesentlich beteiligt und bleibt es bis hin zur menschlichen Skelettereifung.

Von entscheidender Bedeutung ist die Schilddrüse in der *Metamorphose der Amphibien*, durch die diese Wirbeltiere im Zuge ihrer Reifung fähig werden, das Wasser zu verlassen und festes Land zu betreten, womit sie die Sphäre ihrer Geburt und Kindheit verlassen und selbstständig werden.

- Die Ausbildung und Reifung der Lungen und
- die Ausbildung der Gliedmaßen (7)

wird durch die Schilddrüsentätigkeit ermöglicht. Einer der Autoren konnte in einem mit noch kindlicher Unbekümmertheit unternommenen Experiment erleben, wie Kaulquappen nach Zugabe von Thyroxin ins Aquariumswasser vorschnell als zwergenkleine Frösche an Land kamen und zu klein blieben: ein Bild exogen verursachter Frühreife. – Umgekehrt kann durch die pharmakologische Blockade von Schilddrüsenhormon die Metamorphose der Kaulquappe unterdrückt werden.

Bemerkenswert ist, dass sich die stärkste Jod-Akkumulation im Pflanzenreich an der *Uferregion der Weltmeere* vollzieht (man kann in dieser Landschaft das Jod in der Luft bereits riechen), z.B. im Blasenentang (*Fucus vesiculosus*) und verwandten Pflanzen: das Jod wird von diesen Pflanzen um das 10.000–100.000-fache angereichert (von 50 mg Jod/t Meerwasser auf bis zu 19 kg Jod/t Pflanze). Es ist nicht klar, welcher Sinn damit für die Pflanze selbst verknüpft ist (während die Bedeutung der Jod-Organisation für beseelte, tierische Organismen umso deutlicher ins Auge fällt). Aber bemerkenswert ist der Ort dieser Akkumulation, der zusammenfällt mit dem Ort des ursprünglichen Landgangs der Wirbeltiere, der Meeresküste! Ein Ort, an dem polare Qualitäten (Festland und Meer) aufeinandertreffen, miteinander in Beziehung treten (wie dies auch für den Hals des menschlichen Organismus in besonderer Weise zutrifft).

Jod als Element wurde erstmals 1811 durch den Menschen aus der Asche von Seetang dargestellt – die industrielle Jodgewinnung erfolgte lange Zeit aus diesen Pflanzen als lebendigen „Jodlagerstätten“. Es gehört (gemeinsam mit den Halogenen Brom und Chlor, den Metallen Gold, Kupfer, Cäsium sowie dem Schwefel) zu den sieben farbigen Elementen der Natur; der Name „Jod“ ist vom griechischen Adjektiv für „violett“ abgeleitet (5) Jod geht bei Raumtemperatur allmählich durch Sublimation in den gasförmigen Zustand über (eine Signatur, die eine starke Beziehung zum Luftorganismus, zum Seelischen, zum Astralleib verrät). Kolisko (6) hat wiederholt

den Zusammenhang von Lunge und Gliedmaßen näher charakterisiert.

Mit dem Betreten des Festlands, der aktiven Überwindung der Schwerkraft, der zunehmenden inneren Wärmebildung im Zuge einer verstärkten Atem- und Stoffwechselfähigkeit inkarniert sich das Seelische immer weiter in den tierischen Organismus. Diese Entwicklung gipfelt im Erringen der Homiothermie, der stabilen Eigenwärme, die unter wechselwarmen Umweltbedingungen Eigenbewegung und waches Bewusstsein ermöglicht. Dieser Schritt wird bei den Vögeln vollzogen, die ihn bis zur Übertreibung führen und so die Fähigkeit erlangen, sich vom Land ganz in die Luft zu erheben: deren Körpertemperatur erreicht physiologisch 40°C mit einem entsprechend hohen Grundumsatz, der wiederum direkt mit der Höhe der zirkulierenden Schilddrüsenhormonspiegel und einer entsprechend intensiven Atmungstätigkeit korreliert; die Atmungsorgane dringen bis in die Knochen vor und führen zu einer „physiologischen Osteoporose“. Die Tachykardie, die schnellen, im Kopfbereich abgehackt wirkenden Bewegungen, das scharfe wache Auge, selbst die flüssige Stuhlauscheidung erinnern an ein hyperthyreotes Bild (15).

„Ins Ziel“, in das Gleichgewicht des aufrechten Gangs gelangt diese Evolution in der menschlichen Entwicklung. Auch der „Landgang“, die Geburt des Kindes ist abhängig von der Schilddrüsentätigkeit, insbesondere hinsichtlich der Lungenreifung; doch vermag bis zur Geburt das mütterliche Schilddrüsenhormon ein Fehlen fetalen Thyroxins noch vollständig zu kompensieren. Erst mit der Geburt ist das Kind auf seine autonome Thyroxinbildung angewiesen. Neben allem bisher Genannten ist die Reifung des Nervensystems, vor allem seine Myelinisierung von der Schilddrüsenfunktion abhängig: ohne eine ausreichend aktive Schilddrüsenfunktion kann das Kind kein waches Bewusstsein entwickeln.

Bemerkenswert ist hier noch einmal die *Lokalisation der Schilddrüse in der Halsregion*, seitlich neben dem Kehlkopf, der in der Sprache die für den Menschen singuläre „Geburt“ des Seelischen im Hervorbringen des sinntragenden Wortes ermöglicht. Dass das Sprechen überhaupt möglich ist, verdankt der Mensch dem Tiefertreten des Kehlkopfes, wodurch gleichzeitig eine labile Überkreuzung von Luft- und Speisewegen (in den Dimensionen oben/unten und hinten/vorn) entsteht – der Mensch ist im Gegensatz zum Tier hochgradig aspirationsgefährdet, v.a. bei schwindendem Bewusstsein. So weist die Halsregion eine beim Menschen besonders gesteigerte Dramatik auf (8). Eine weitere Kreuzung im Bereich des kraniozervikalen Übergangs findet sich im Bereich des Nervensystems (in der Dimension links/rechts). Der Hals vermittelt zwischen den fundamentalen Polaritäten von Kopf einerseits, Rumpf und Gliedmaßen andererseits, die aus polaren Bildeprinzipien und auch unterschiedlichen embryonalen Gewebearlagen hervorgehen (9).

Rudolf Steiner schildert aus seiner übersinnlichen Beobachtung in Übereinstimmung mit vielen anderen auf dieser Ebene tätigen Forschern (10), dass exakt in dieser

Lokalisation, auf Höhe des Kehlkopfs (und der Schilddrüse) der Geistesforscher ein bestimmtes „Chakra“ (Rad) als Organ primär auf der astralisch-seelischen Ebene wahrnimmt. Dieses Organ kann durch entsprechende Schulung zu einem Wahrnehmungsorgan für die „Gedankenart anderer Seelenwesen“ entwickelt werden. Chakren ordnen und orientieren ätherische Kräfte in ihrem Eingreifen in den physischen Organismus; Chakren selbst können als Organe des seelischen Organismus des Menschen bezeichnet werden. – M. Girke hat therapeutisch aus den von R. Steiner für die Entfaltung dieses Kehlkopf-Chakras angegebenen Übungen einen therapeutischen Weg für Patienten mit Schilddrüsenerkrankungen entwickelt (11).

Erst auf dieser Ebene stößt man auf die organisierenden Kräfte, die im Laufe des Evolutionsgeschehens die entsprechenden Organe und Fähigkeiten im Leiblichen zur Ausbildung brachten. In dem Maße, wie die Evolution und Gesundheit des Menschen von seinem eigenen Bewusstsein und Handeln abhängig werden, wird es dem Menschen gelingen, Fortschritte in Wahrnehmung, Beachtung und Entwicklung des Seelisch-Geistigen als organisierender Wirklichkeit zu machen.

5. Die Altersabhängigkeit von Erkrankungen und Krankheitsdispositionen der Schilddrüse

Bereits aus der bisherigen Betrachtung geht hervor, dass die Hypothyreose einem zu schwachen bzw. schwächer werdenden Eingreifen der seelischen, primär in der Atmung tätigen Organisation entspricht und die Hyperthyreose einen Zustand darstellt, in dem das Seelische zu stark und einseitig abbauend im Leiblichen tätig wird. Dies spiegelt sich in der Altersverteilung: Während angeborene Hypothyreosen mit einer Inzidenz von 1:4000 Neugeborene die häufigste endokrine Erkrankung darstellen, sind Hyperthyreosen bis zum 18. Lebensjahr ausgesprochen selten (1:50.000 bis 1:100.000). Der mit einer Hyperthyreose einhergehende Morbus Basedow tritt am häufigsten in der Lebensmitte, zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr auf, während der Zeit der intensivsten leibgebundenen seelischen Tätigkeit. Die Hashimoto-Thyreoiditis manifestiert sich am häufigsten zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr; mit 60 Jahren sind bis zu 10 % aller Frauen davon betroffen (12) und bei 85 % besteht bei Diagnosestellung eine subklinisch bis manifest hypothyreote Stoffwechsellaage. Hier wird eine Rückzugsbewegung des Seelischen vom Leiblichen deutlich.

Im 2. Lebensjahrsiebt differenziert sich die Schilddrüse entsprechend der sich ausformenden Geschlechterpolarität in ihrem Volumen. Die weibliche Schilddrüse erreicht im Verhältnis zur männlichen ein Volumen von ca. 2:3 (Norm: 18 vs. 25 ml). Dies wird physiologisch mit dem Verhältnis von Muskulatur, Atemtiefe und physischer Kraftentfaltung von Frau und Mann erklärt, belegt aber in jedem Fall, wie sehr die Entwicklung dieses endokrinen Organs von der Differenzierung der Geschlechter mitgeprägt wird. Dieser quantitative Gesichtspunkt kann als weiterer Hinweis dafür betrachtet werden, dass es von Bedeutung ist, wie sich diese – für die Reifung der

Schilddrüse sensible – Altersphase in seelischer Hinsicht vollzieht, und wie sich der heranwachsende Jugendliche damit identifizieren kann. Dazu gehört die Metamorphose der Bindungen an den gleich- und gegengeschlechtlichen Elternteil. Autoaggressionserkrankungen im späteren Leben können immer auch als ein Hinweis darauf angesehen werden, dass die seelisch-geistige Identifikation mit der leiblichen Reifung und den damit verknüpften Aufgabenstellungen unvollständig oder gestört verlaufen ist.

In der Zeit vom 9. – 15. Lebensjahr ist der Jodbedarf des Menschen – abgesehen von der Schwangerschaft der Frau – besonders hoch, und die Schilddrüse entwickelt in dieser Zeit auch in Abhängigkeit von der Jodversorgung für das ganze Leben weitreichende Dispositionen in bezug auf mögliche Erkrankungen. So führt vor allem eine jodarme, aber auch eine an „Goitrogenen“ (kropffördernden Substanzen) reiche Nahrung (z.B. Soja) häufiger zur Entwicklung einer (Jodmangel-)Struma; im weiteren Leben ist dabei das Risiko eines autonomen Adenoms und einer multifokalen Autonomie deutlich erhöht, im Falle eines Karzinoms sind follikuläre und undifferenzierte Karzinome häufiger.

Demgegenüber steigert eine jodreiche Ernährung (die ursprünglich an einen meeresnahen Wohnort geknüpft war, jedoch heute aufgrund künstlicher Substitution primär von kulturellen Faktoren abhängt) signifikant das Risiko einer Autoimmunerkrankung der Schilddrüse, senkt andererseits aber das Struma- und Adenomrisiko und führt im Falle eines Schilddrüsenkarzinoms eher zu einem hochdifferenzierten papillären Karzinom. Dabei scheint sich die Disposition zum Karzinom bereits früh – bis zum 14. Lebensjahr – auszubilden, und 80 % der papillären Karzinome treten bereits vor dem 40. Lebensjahr auf (in Gebieten mit ausreichender Jodversorgung); das Geschlechterverhältnis zwischen weiblich und männlich liegt wiederum bei 2 – 3 : 1 (16).

6. Konsequenzen für die Praxis

Anamnestisch sind Fragen zum Lebenslauf zu stellen:

- was hat sich zwischen dem 9. und 15. Lebensjahr ereignet?
- welches Verhältnis besteht zu Vater und Mutter?
- inwieweit wurden Geborgenheit und Zuwendung erlebt?
- wie ist die Entwicklung persönlicher Autonomie gegenüber Vater, Mutter und Geschwistern verlaufen?

Nach den Erfahrungen der Autoren sind diese Fragen bei Autoimmunerkrankungen der Schilddrüse von besonderer Bedeutung. Hierin wird ein möglicher Ansatz für eine anthroposophisch-biografische Forschung gesehen.

Diagnostisch ist die Erkenntnis von Auslösemomenten der jetzigen Erkrankung und die Klärung ihres Verhältnisses zu früheren Belastungen (siehe oben) wichtig: liegt ein „Wiedererinnerungsmoment“ vor?

Therapeutisch wurden oben bereits mögliche Behandlungsprinzipien beschrieben. Medikamentös kann

v.a. bei M. Basedow eine Behandlung vorausgegangener Schockereignisse als einleitende Maßnahme wichtig sein, u.a. durch Aconitum in hoher Potenzierung. Eine breite stabilisierende Wirkung bei Autoimmunthyreoiditis haben v.a. in der Anfangsphase der Therapie Injektionen mit

- Amnion D 30 Amp WALA
und
- Cuprum met. praep. D 30 Amp WELEDA
als Mischspritze

Sowohl bei M. Basedow als auch bei Hashimoto-Thyreoiditis liegen gute Erfahrungen vor – bis hin zu einem messbaren, in Einzelfällen erstaunlichen Rückgang der Autoantikörper – mit dem Organpräparat

- Glandula thyreoidea D 30 Amp WALA
(oral oder s.c. 2 – 3 x wöchentlich gegeben).

Als Medium der *künstlerischen Therapie* eignet sich zu Anfang besonders das Malen; im weiteren Verlauf kann durch die *Sprachtherapie* vor allem das Ich in seiner den Astralleib, die seelische Organisation stabilisierenden Wirkung positiv angesprochen werden. Auf andere Weise kann dieses Ziel durch *täglich durchgeführte heilerhythmische Übungen* erreicht werden. Damit verbessern sich auch die Voraussetzungen, einen *inneren Übungsweg* (13, 14) im Sinne des „achtgliedrigen Pfades“ zu gehen, dem eine spezifische Beziehung zu der seelischen Kräfteorganisation im Bereich der Schilddrüse eignet.

Georg Soldner, Kinderarzt
Markus Sommer, Arzt
Josef-Retzer-Straße 36
D-81241 München

Literatur

- 1 Schulte, Spranger. Pädiatrie 2. Aufl. Springer 2003: S.514
- 2 Remmele W. Pathologie Bd. 4. 2. Aufl. Springer 1997: 584/588
- 3 von Laue B. Kalzium als Substanz und als Prozess im Menschen. Der Merkurstab 57 2004: 78-95
- 4 Romer AS, Parsons TS. Vergleichende Anatomie der Wirbeltiere, 5. Aufl., Hamburg/Berlin 1991: 536
- 5 Trueb L. Die chemischen Elemente. S. Hirzel, Stuttgart 1996. S.347
- 6 Kolisko E. Auf der Suche nach neuen Wahrheiten, Verlag am Goetheanum, Dornach 1989: 138
- 7 Husemann A. Der musikalische Bau des Menschen. 4. Aufl. Verlag Freies Geistesleben 1979
- 8 Husemann A. Der musikalische Bau des Menschen. Stuttgart 2004: 140-165
- 9 Rohen, Lütjen-Drecoll. Funktionelle Embryologie. 2. Aufl. Schattauer Stuttgart 2004: 111-149
- 10 Steiner R. Wie erlangt man Erkenntnisse der höheren Welten? Rudolf Steiner Verlag Dornach 22. Aufla. 1975
- 11 Girke M. Die Schilddrüse. Der Merkurstab (48) 1995: 404 -416, 564 -583
- 12 Dietel M, Dudenhausen J, Suttrop N (Hrsg.). Harrisons Innere Medizin. ABW-Verlag Berlin 15. Aufl. 2003: 2260
- 13 Girke M. Die Schilddrüse. Der Merkurstab (48) 1995: 404 -416, 564 -583
- 14 Bittlestone A. Das Leben meistern. Zur Praxis des achtgliedrigen Pfades. Verlag Freies Geistesleben, 2. Aufl. Stuttgart 2002
- 15 Husemann F. Das Belladonnagift und seine Wirkprinzipien. Beitr. z. Erw. d. Heilkunst (32) 1979: 198-206
- 16 Reiner C, Stuschke M, Dralle H, Schmidt HJ. Schilddrüsenkarzinom. In: Schmoll HJ, Höfken K, Possinger K. Kompendium interistische Onkologie. Bd. 2 Springer Berlin, Heidelberg New York 1999: 668-710