

„Resonanz“¹⁾

Bei langjährig chronifizierten Schmerzen braucht es einen Wechsel der Perspektive

Ein Fallbericht

Hansjörg Ebell

Die Ausgangssituation

Herr K. ist bei unserem Erstkontakt²⁾ 64 Jahre alt. Seit 10 Jahren leide er unter einschießenden Schmerzen in der linken Gesichtshälfte. Es fühle sich auch oft so an, als ob die Schmerzen über Hals und Schulter bis in den Arm ausstrahlen. Dass bei einer neurologischen Untersuchung geringe Störungen der Sensibilität und eine fragliche Gangunsicherheit gefunden worden waren, hatte mehrfach zu apparativer Diagnostik (Computertomografien, Magnetresonanztomografien) geführt – jedoch ohne eindeutiges Ergebnis. Meist wurde bei Arztkontakten ein weiteres Medikament verordnet. Die hoch dosierte Einnahme verschiedener Mittel, die sich in der Behandlung sog. neuropathischer Schmerzen bewährt haben, hatte auch in verschiedenen Kombinationen kaum Linderung gebracht. Als unangenehme Nebenwirkung haben die Medikamente jedoch das Konzentrationsvermögen von Herrn K. und seine Belastbarkeit im Alltag deutlich vermindert. Trotzdem war es bisher nicht möglich, die Dosis zu reduzieren oder gar eines der Mittel abzusetzen. Kurz nach dem Auftreten und auf Grund der geschilderten Schmerzsymptomatik wurde Herr K. frühpensioniert. Er sehe „rabenschwarz“ für seine Zukunft. Was ihn besonders ängstige, sei der vor Jahren einmal nach einer Computertomografie des Kopfes geäußerte Verdacht, dass seine Beschwerden auch Zeichen des ersten Schubs einer Multiplen Sklerose sein könnten.

Seit Jahren konzentriert sich seine Aufmerksamkeit auf die Schmerzen als Quelle aller persönlichen Probleme und seines unerträglichen Leidens. Weil er sich – auch nach dem Wegfall aller beruflichen Anforderungen – selbst bei einfachen Tätigkeiten überfordert fühle, könne er sich kaum noch zu irgendetwas aufraffen. Dies habe permanent zu Konflikten mit seiner jüngeren, noch berufstätigen Ehefrau geführt; Resultat: depressiv-resignativer „Rückzug ins Schneckenhaus“.

Ätiologie und Pathophysiologie der Schmerzsymptomatik konnten letztendlich nicht geklärt werden. Die geschilderte Problematik wurde als „Anpassungsstörung“³⁾ bei langjährig chronifizierten neuropathischen Schmerzen eingeordnet.

Hansjörg Ebell

„Resonanz“. Bei langjährig chronifizierten Schmerzen braucht es einen Wechsel der Perspektive - Ein Fallbericht

Herr K. (64 Jahre) hat über 10 Jahre versucht, seine Schmerzen zu „bekämpfen“ (Vermeidungsziel). Dies hat ihn immer tiefer in eine Chronifizierungsspirale von Schmerz, Resignation und Depression geführt: Trotz hoch dosierter Medikamente wurden seine Schmerzen zum leidvoll erlebten Lebensmittelpunkt. Ein Wechsel der Perspektive auf mögliche Lösungen und eine enge Kooperation der „Experten“ – Herr K. als Experte für seine Erfahrungen (Kranksein) und der Autor als Experte für chronische Schmerzen (Krankheit) – haben einen komplexen Prozess erfolgreichen Umlernens ermöglicht. Selbstwirksamkeitserfahrungen des Patienten (Annäherungsziele) waren dafür wesentlich. Über gut 2 Jahre, mit 35 Therapiestunden (z.T. gemeinsam mit Frau K.), gelingt die entscheidende Wende im Kontext eines systemischen Gesamt-Therapiekonzepts. „Intersubjektive Resonanz“ hat Möglichkeitsräume geschaffen, die mittels „Therapeutischer Kommunikation“ so gestaltet wurden, dass ein Wechsel der Perspektive weg vom Schmerz und hin zu mehr Lebensqualität gelang.

Stichworte: Resonanz, chronische Schmerzen, therapeutische Kommunikation, Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Lösungsorientierung, „Resonance Based Medicine“

“Resonance”. The treatment of long lasting chronic pain focuses on a change of perspectives – Case Report

During the period of ten years in which Mr. K., 64 years old, was “fighting” pain, his incentive was avoidance. The struggle led him ever deeper into a spiraling cycle of pain, resignation and depression. Despite highly dosed medication his attention remained directed toward pain as the sole explanation of his suffering. Decisive changes evolved as a result of our intense collaboration as “experts”: Mr. K. had the expertise of personal chronic pain experience (being ill); the author’s expertise pertains to the treatment of chronic pain (illness). Numerous experiences enhancing self-efficacy through attainable and rewarding goals enabled Mr. K. to refocus step by step on progress rather than failure. Thirty-five sessions over a period of two years, some of them including Mrs. K., promoted his progressive change of perspective away from pain toward a better quality of life. This development found realization through a therapeutic concept based on systemic approaches. “Intersubjective resonance” opened up new areas of potential change, and interpersonal interactions took shape within the context of “therapeutic communication”.

Keywords: resonance, chronic pain, therapeutic communication, resources, self-efficacy, solution orientation, “resonance based medicine”

Dr. med. Hansjörg Ebell
Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Breisacherstraße 4 Rgb
81667 München
Dr.H.Ebell@t-online.de

Skepsis ist angebracht, wenn prognostisch eingeschätzt werden soll, was im Rahmen einer Psychotherapievereinbarung bei diesem Grad der Chronifizierung und bisherigen Therapieresistenz erreicht werden kann. Dem Bemühen um relevante Veränderungen sind sicherlich enge objektive und subjektive Grenzen gesetzt. Jahrzehnte Erfahrung mit chronisch Kranken, insbesondere auch mit Schmerzpatienten, haben den Autor gelehrt, dass die Herausforderung darin besteht, mit den Betroffenen zu recherchieren, wo genau diese Grenzen in der aktuellen Situation verlaufen, um sie gemeinsam daraufhin zu überprüfen, ob sie nicht doch verschiebbar sind.⁴⁾ Für solche Ermittlungen bietet eine enge Kooperation der „Experten“, d.h. des Patienten als Experte für das eigene *Kranksein* und der Behandelnden als Experten für das aktuelle Wissen über möglicherweise zu Grunde liegende *Krankheiten*⁵⁾ die besten Voraussetzungen, um ein objektiv angemessenes und subjektiv zufriedenstellendes Gesamt-Therapiekonzept zu finden.

Meine primären Therapieziele für Herrn K. sind die Verbesserung des Umgangs mit den chronischen Schmerzen (Coping) und seine Aktivierung bzw. erneute Hinwendung zum Leben „trotz alledem“. Ein solcher Wechsel der Perspektive *weg von der Bekämpfung der Schmerzen hin zu einer Verbesserung der Lebensqualität trotz Schmerzen* kann nur als ein komplexer Lernprozess aller Beteiligten und Schritt für Schritt erfolgen, wenn er gelingen soll. Um nicht seine vorherrschende passive Erwartungshaltung zu bedienen, wird auf Hypnose als formelles therapeutisches Ritual verzichtet. Auch Hypnose als Anleitung zur Selbsthypnose oder ähnliche Anweisungen zum Umgang mit der Symptomatik sind zunächst nicht vorgesehen, weil diese Herangehensweise seinen bisherigen gescheiterten Bemühungen zur Schmerz-„Kontrolle“ vermutlich zu ähnlich ist. Strategisch soll das Hauptaugenmerk auf seiner Eigenaktivierung liegen. Für Herrn K. ist dies eine Rückmeldung, die er so nicht erwartet hat. Er ist herausgefordert, sich zu entscheiden, ob er auf meine Fachkompetenz vertraut und sich auf eine therapeutische Beziehung einlässt. Dafür ist immer wieder Überzeugungsarbeit zu leisten. Eine der vielen Möglichkeiten, diese Argumentation „rüber zu bringen“, war ein metaphorischer Vergleich: Wenn man vorhat, nicht in eingefahrene, festgelegte Gleise zu geraten, muss man „quer dazu fahren“; so wie es unmöglich ist, mit einem Fahrrad mit Schmalspurreifen auf Straßenbahngleisen zu fahren, ohne hineinzugeraten. Die unausgesprochene Implikation darin ist nicht nur die hohe Wahrscheinlichkeit zu stürzen (seine bisherige Erfahrung), sondern auch eine Zukunftsorientierung, dass er mit einem Rennrad unterwegs sein könnte. In den fünf probatorischen Stunden steht an, das Potential der Zusammenarbeit mit Herrn K. sorgfältig im Hinblick auf die Verbindlichkeit einer Therapievereinbarung zu prüfen.

Für diese retrospektive Darstellung des komplexen Therapieprozesses wurden Abschnitte ausgewählt, in denen *intersubjektive Resonanz*⁶⁾ von zentraler Bedeutung war: Die Begegnungen zu Beginn, die dem Kennenlernen und der Weichenstellung für eine verbindliche Zusammenarbeit der „Experten“ gedient haben; danach eine Beschreibung, wie es gelang, Ressourcen zu erschließen und Selbstwirksamkeitserfah-

Fallbericht

rungen zu fördern. Als Drittes wird eine Episode erwähnt aus einer Phase, in der es Herrn K. schon deutlich besser ging: Durch eine ernsthafte Erkrankung der Ehefrau mussten er und seine neu gewonnenen Fähigkeiten und Möglichkeiten sich unter hoher Belastung bewähren. Das Erfolgserlebnis dieses „bestandenen Härtetests“ wurde für Herrn K. gewissermaßen zum „Ritterschlag“.

Die verwendete „Therapeutische Kommunikation“⁷⁾ wird nicht explizit in Form von Transkripten einzelner Therapiestunden ausgeführt (formelle Hypnose- oder Selbsthypnoserituale kamen nicht zum Einsatz). Stattdessen werden den im Folgenden dargestellten Abschnitten jeweils die Fragen vorangestellt, die die professionelle Aufmerksamkeit und Reflexion des Autors strukturiert und als Leitlinie für die Zusammenarbeit mit Herrn K. gedient haben. Sie sind auf ähnliche Fälle und Ausgangsbedingungen übertragbar.

Darstellung von Abschnitten des Therapieprozesses mit Herrn K.

Welche Informationen werden vom Patienten von sich aus als besonders wichtig präsentiert? Welche Resonanz lösen sie aus? Werden sie angemessen gewürdigt? Wird der Vorschlag, die Perspektive zu wechseln – weg von der Problemorientierung, hin zu einer Lösungsorientierung – akzeptiert?

Ich nehme mir viel Zeit, um die lange medizinische Vorgeschichte zu rekonstruieren: die bisherigen diagnostischen Untersuchungen und ihre Ergebnisse sowie die Therapieversuche, die fast ausschließlich in der Verordnung von Medikamenten bestanden haben. Es wird offensichtlich, dass der zeitweise erzielte Vorteil einer Schmerzlinderung durch „Dämpfung“ von dem damit unmittelbar verbundenen Nachteil einer starken Einschränkung von Konzentrationsfähigkeit und Leistungsvermögen bei weitem übertroffen wird. Sein Leidensdruck, die resignative Bewertung und die depressive Verarbeitung sind vor diesem Hintergrund gut nachvollziehbar.

Zum zweiten Gespräch bringt Herr K. „als Beweis“ für seine Schmerzen eine Filmaufnahme auf dem Smartphone mit, auf der seine linke Gesichtshälfte zu sehen ist. Er ist stolz, „ihn mal erwischt zu haben und dokumentieren zu können“. Ich kann kaum eine Veränderung der Mimik erkennen, als er mich auf den Zeitpunkt des einschließenden Schmerzes hinweist.

Ich habe und zeige Interesse, alles über seinen langen Leidensweg und sein persönliches Erleben zu erfahren. Schnell wird deutlich, dass ihn Ängste belasten, wegen einer Multiplen Sklerose irgendwann auf den Rollstuhl angewiesen zu sein. Sie sind Folge der „Aufklärung“ zu einer „kleinen auffälligen, weißen Stelle“ in einer computertomografischen Aufnahme des Gehirns durch einen Röntgenologen vor Jahren. Diese Aussage war zu einer wirksamen negativen Auto-Suggestion geworden. Die Autorität bzw. die „positiven Suggestionen“ einer von mir konsiliarisch hinzugezogenen, klinisch sehr erfahrenen Neurologin können als „Antidot“ dazu für Herrn K. einen entlastenden Schlusspunkt setzen. Sie interpretiert den Befund als „Schlager!“ („Mini-Schlaganfall“ auf bayerisch) „das wohl irgendwann mal stattgefunden hat,

wenn auf der Aufnahme überhaupt was zu sehen ist“. Sie ergänzt noch, dass darüber hinaus die Lokalisation der verdächtigen Stelle auf dem Röntgenbild nicht wirklich zu seiner Schmerzsymptomatik auf der linken Gesichtseite passe und vielleicht gar nichts damit zu tun habe.

Bezüglich der vermutlich zu hohen Dosierungen der verschiedenen Medikamente ziehe ich einen erfahrenen Psychiater hinzu. Mit ihm und dem Patienten wird vereinbart, begleitend zur Psychotherapie gründlich zu prüfen, welche Medikamente in welcher Reihenfolge um wieviel reduziert oder auch abgesetzt werden können. Auch hier fasst Herr K. Vertrauen.

Die „Chemie stimmt“. Nach fünf probatorischen Stunden wird die Fortsetzung der Zusammenarbeit vereinbart und ein Psychotherapie-Antrag an den Gutachter seiner Krankenkasse geschickt. Dieser wird genehmigt.

Welche Informationen sollten über die vom Patienten von sich aus angebotenen hinaus erfragt werden? Enthalten diese Hinweise auf positive Ausnahmen und Ressourcen im Umgang mit den präsentierten Schmerzen (Problemen)? Wie können Hoffnung und Zuversicht sowie das Vertrauen in eigene Möglichkeiten und Fähigkeiten gefördert werden? Wie kann der Austausch als gemeinsamer Lernprozess der Experten aus ihrer jeweiligen Perspektive (Kranksein und Krankheit) gestaltet werden?

Das Auf und Ab der Intensität und Unangenehmheit der Schmerzattacken sowie ihre Häufigkeit und Ausdehnung können in vielen Therapiestunden durch geduldige Zuwendung an Hand von aktuellen Erfahrungswerten mit Gefühlen bzw. körperlichen und seelischen Belastungen in Zusammenhang gebracht werden. Dies bietet zum einen Gelegenheit, neurophysiologische und psychologische Bedingungen der komplexen Erfahrung chronifizierter Schmerzen zu erläutern, die Herr K. nachvollziehen kann; zum anderen führen diese gründlich besprochenen Beobachtungen zu verbindlichen „Hausaufgaben“: Herr K. soll entsprechend der aktuellen Thematik verschiedene Aspekte beobachten und dokumentieren. Er sammelt dadurch Erfahrungen, ob und wie es ihm möglich ist, Einfluss zu nehmen bzw. sich Erleichterung zu verschaffen (Annäherungsziele) anstatt wie bisher meist ängstlich darauf zu achten, dass hoffentlich keine weitere Schmerzattacke mehr kommt (Vermeidungsziel).⁸⁾ Über seine Erfahrungen fachsimpeln wir ausführlich und „kollegial“ als zuständige „Experten“ für die jeweilige Perspektive „krank sein“ und „Krankheit“. Die zarte Pflanze „Hoffnung und Zuversicht“ (dass sich auch nach so langer Leidenszeit noch Vieles zum Besseren ändern kann) kann auf diese Weise kräftig wachsen und immer widerstandsfähiger werden.

Der Weg zu den Therapiestunden wird bald zur „Lernstrecke“, die immer häufiger Erfolgs- und Selbstkompetenzerlebnisse bietet: Zu den ersten Stunden kommt Herr K. mit dem Taxi, oft in Begleitung der Ehefrau, später mit der Straßenbahn, schließlich meist zu Fuß. Im Anschluss an die Therapiestunde unternimmt er bald Erkundungen des Stadtviertels, in der die Praxis liegt, seinen Jugenderinnerungen folgend. Trotz

Fallbericht

häufiger Rückschläge und Enttäuschungen wird diese Entwicklung „raus aus dem depressiv-ängstlichen Rückzug und der Passivierung, hinein in die Aktivierung“ immer stabiler und belastungsfähiger. Nach ca. einem Jahr besuchen er und seine Frau wieder „wie früher“ Flohmärkte und haben Freude am Kaufen und Verkaufen.

Herr K. hatte Jahrzehnte engagiert in einer Klinik gearbeitet – vermutlich bis zu einem „Burnout“, d.h. bis zum Auftreten der Schmerzsymptomatik mit alsbaldiger Frühpensionierung als Folge dessen. In einer Therapiestunde formuliert er eine erhellende, selbstkritische Erkenntnis: „Die Schmerzen haben in den letzten Jahren irgendwie auch eine Netto-Entlastungsfunktion gehabt.“ Weil sowieso nichts ging, habe er sich nicht mit verschiedenen Ängsten befassen müssen und können. Dieses „Aha!“ teilt er mit mir. Ich hatte diese Interpretation zwar angepeilt, aber ihm nie als Deutung übergestülpt. Der Wegfall dieses sog. „sekundären Krankheitsgewinns“ als aufrechterhaltende, verstärkende Bedingung der Schmerzsymptomatik und die „reife“ Übernahme der Verantwortung für sich selbst ermöglichen eine offensive Auseinandersetzung mit seinen Ängsten und zugehörigen phobischen Vermeidungsstrategien (z.B. Autofahren). Dies wird Thema in mehreren Stunden und auch die Auseinandersetzung damit wird belohnt durch kleine und große Erfolge.

Gelingt der Transfer in den Alltag von Herrn K.?

Der Transfer der in der Therapie gewonnenen Erkenntnisse in den Alltag fördert seine Aktivierung. Einhergehend mit dieser Zusammenarbeit und sicher nicht unabhängig davon kann über viele Monate Schritt für Schritt (maßgeblich mitgestaltet und unterstützt durch den Psychiater des Vertrauens) die hoch dosierte Mehrfach- bzw. Übermedikation allmählich abgebaut werden. Am Ende der Therapie, nach ca. 2 Jahren, nimmt Herr K. nur noch am Abend eines der gegen die Schmerzen letztendlich unwirksamen Mittel in schlaffördernder Dosis. „Bei Bedarf“ (dies aber selten) nimmt er ein starkes Angst lösendes Präparat mit schnellem Wirkungseintritt. Das potentielle Abhängigkeitsrisiko bei häufigem Gebrauch ist kein Problem. Meist reicht es aus, es in der Tasche griffbereit zur Verfügung zu haben „für den Fall, dass“. Für diese Entwicklung wird Herr K. durch mehr Klarheit im Denken, mit besserem Konzentrationsvermögen und stetig wachsender Belastbarkeit und Ausdauer belohnt. Dies wiederum verstärkt die insgesamt positive Entwicklung nachhaltig.

Wird sich die positive Entwicklung auch unter Belastung als stabil und nachhaltig erweisen?

„Aus heiterem Himmel“ erkrankt Frau K. lebensbedrohlich. Eine sehr risikoreiche Operation wird nötig. Sie gelingt, zieht aber eine langwierige Nachsorge- und Rehabilitationsbehandlung nach sich. Noch lange Zeit ist ihre Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt. Zu Beginn dieser Krise und unter der Belastung durch große Sorgen erweist sich die Aufwärtsentwicklung von Herrn K. als überwiegend stabil. Es kommt zu einem Rollenwechsel: Er kümmert sich nun um den Haushalt (weitgehend) und ist

in der Zeit der Rekonvaleszenz seiner Frau derjenige, der immer wieder darauf drängt, mal was zu unternehmen. Sie ist nun diejenige, die bremsen muss, weil sie es einfach nicht schafft. Sie kommt sich oft hilflos und ohnmächtig vor. Beide haben damit die Chance, ihre jeweilige Situation, ihre Erfahrungen und ihre persönlichen Reaktionen darauf wechselseitig viel besser verstehen zu können. Unterstützt durch einige klärende Paar-Gespräche erleben sich beide – bis auf Ausnahmen – nicht mehr als „gegenseitig nervend“ wie oft in den Jahren zuvor, sondern als „gegenseitig unterstützend“.

Evaluation

Herr K. beendet die Psychotherapie nach gut 2 Jahren und insgesamt 35 Einzelstunden mit der Beurteilung „zufriedenstellend“. Die Abstände zwischen den Stunden waren nie kürzer als eine Woche, meist länger – je nachdem, ob Krisenzeit oder Lernfortschritte vorherrschten. Viele Stunden fanden ganz oder teilweise gemeinsam mit Frau K. statt, um die individuellen Veränderungen bei Herrn K. im Partnersystem kompatibel und nachhaltig zu gestalten und zu verankern (Resonanz!). Schmerzanfälle gebe es nach wie vor. Diese seien aber seltener geworden. Er empfinde sie zudem in der Regel nicht mehr so intensiv und unangenehm wie früher; meist könne er damit umgehen. Er schaffe es in der Regel auch, seine Schmerzen (wie gelernt) als einen höchst empfindlichen Monitor für den Grad seiner persönlichen Belastung zu interpretieren. Immer wieder könne er bestätigen – auch wenn er nicht gleich herausfinde, worum es sich handle – dass dies zutreffe. Er überlege darum bei stärkeren und häufigeren Schmerzen, um was es „eigentlich“ gehen könnte und versuche, dementsprechend gut für sich zu sorgen. Seine Leistungsfähigkeit sei für seinen Geschmack nach wie vor viel zu stark eingeschränkt und die Grenzen für Aktivitäten seien noch viel enger gezogen, als ihm lieb sei bzw. er bereit sei zu akzeptieren. Bestimmte Ängste (z.B. davor, selbst mit dem Auto längere Strecken zu fahren) seien nach wie vor ein Problem und zögen noch ein entsprechendes Vermeidungsverhalten nach sich.

Bei einem zufälligen Zusammentreffen mit dem Ehepaar K. auf der Straße in der Nähe der Praxis, ein gutes Jahr nach Therapieende, erzählen beide begeistert von ihrer letzten Reise mit einem Kreuzfahrtschiff und berichten von Flohmarktbesuchen sowie Ausflügen. Durch ein aktuelles Telefonat werden Stabilität und Fortsetzung der guten Entwicklung bestätigt – sogar wieder mit Freude am Auto fahren.

Die gesteckten Therapieziele – verbesserter Umgang mit den Schmerzen und eine Wieder-Hinwendung zum Leben – wurden erreicht. Der Wechsel der Perspektive – weg von der passiven Erwartungshaltung im Hinblick auf die Möglichkeiten der Medizin hin zu einer aktiven Übernahme von Eigenverantwortung für die Mitgestaltung der Therapie – ist gelungen. Auch wenn die Schmerzattacken nicht aufgehört haben, ist es aus schmerztherapeutischer Sicht im Endergebnis eine Erfolgsgeschichte. *Inter-subjektive Resonanz* zwischen den Protagonisten dieser Fallgeschichte schuf die Voraussetzung für die beschriebene positive Entwicklung in Anbetracht sehr schwieriger Ausgangsbedingungen. Darum auch die Wahl des Titels „Resonanz“.

Konzeptuelle Ergänzung zu einer Kooperation der „Experten“ bei chronischen Schmerzen

Die in der Medizin vorherrschende Fokussierung auf die Beseitigung krankhafter Störungen (Pathogenese) braucht eine Erweiterung im Hinblick auf salutogene, d.h. Gesundheit fördernde Faktoren (Antonowsky & Franke 1997, BZgA 2001). Das vorherrschende biologische Modell braucht die Ergänzung um eine psychologische und soziale – in vielen Bereichen wie z.B. der Psychoonkologie auch um eine spirituelle – Dimension (Egger 2005). Bei langjährig chronifizierten Schmerzsyndromen mit psychosozialen Belastungsfaktoren („Schmerzkrankheit“) erfordert dies eine enge Zusammenarbeit der Behandelnden mit den Betroffenen im Kontext eines systemischen Gesamt-Therapiekonzepts. Viele Patienten, wie z.B. Herr K., brauchen unbedingt den Wechsel der Perspektive von passiv Behandelten zu aktiv Handelnden. Im Folgenden werden einige wichtige Punkte skizziert, die essentiell sind, wenn ein Wechsel der Perspektive weg vom Schmerz und hin zu mehr Lebensqualität gelingen soll. Dieser Ansatz ist nicht exklusiv für die Schmerztherapie. Er kann und sollte angemessen auf die Behandlung von chronischen Störungen in Medizin und Psychotherapie übertragen werden.

„Schmerzgedächtnis“

Bei einer langjährigen Vorgeschichte von unerträglichen Schmerzen ist zu beachten, dass *„Schmerz Gedächtnisspuren auf allen Ebenen des Zentralnervensystems hinterlässt und psychologische Faktoren wie Lernprozesse, kognitive und affektive Evaluation des Schmerzes oder auch psychosoziale Faktoren diese entscheidend modellieren können“* (Tölle & Flor 2006, S.615). Das bedeutet, dass eine therapeutische Maßnahme, die mit einem objektiven Befund (z.B. eine nachweisbare Vorwölbung der Bandscheibe auf der Röntgenaufnahme) begründet werden kann, sich sowohl als fataler Beitrag zur weiteren Chronifizierung herausstellen wie auch zu einer wesentlichen Besserung beitragen kann. Ob es voraussichtlich so oder so ausgeht, hängt maßgeblich von der beschriebenen intensiven Kooperation und gemeinsamen Entscheidungsfindung der „Experten“ ab.

„Annäherungs- und Vermeidungsziele“

Grawe (2004) hat vor gut 10 Jahren eine umfassende Darstellung einer methodenübergreifenden „Neuropsychotherapie“ vorgelegt, d.h. einer Psychotherapie, die auf wissenschaftlich fundierten neurophysiologischen und neuropsychologischen Erkenntnissen aufbaut. Er beschreibt ausführlich „motivationale Schemata“, die entweder „Annäherungs“- oder „Vermeidungszielen“ dienen. Erstere gehen einher mit einer Aktivierung des dopaminergen Belohnungssystems im Gehirn („Behavioral Activation System“/BAS), während letztere mit einer Aktivierung der Amygdala, den Kernen bzw. Schaltkreisen, die Angst und vermeidendes Verhalten steuern („Behavioral

Inhibition System“/BIS) verbunden sind. Diese Unterscheidung ist wesentlich und die Grundlage des in dieser Kasuistik vorgestellten Wechsels der Perspektive für Herrn K.: Weg von der Bekämpfung und Vermeidung von Schmerzen, hin zu mehr Lebensqualität.

Dieser Unterschied ist für Patienten nicht nur einleuchtend, sondern er wird auch durch eigene Selbstwirksamkeitserfahrungen bestätigt: *„Beim Anstreben eines positiven Zieles ist es ziemlich leicht festzustellen, ob man dem Ziel nähergekommen ist und man kann das Ziel auch wirklich erreichen. Annäherungen an das Ziel sind in der Regel mit positiven Emotionen verbunden, ganz besonders dann, wenn sie schneller oder größer sind als erwartet. (...) Der Weg zum Ziel kann in kleine Schritte/Unterziele aufgeteilt werden, die viel eher erreichbar sind als das Endziel. Auch das Erreichen dieser Zwischenziele kann schon positive Emotionen auslösen. (...)*

Vermeidungsziele erfordern dauernde Kontrolle sowie verteilte statt fokussierte Aufmerksamkeit. Man kann sie nie ganz erreichen. Selbst wenn man eine Gefahr erfolgreich abgewehrt hat, kann man nie sicher sein, dass nicht eine andere Gefahr von einer anderen Seite droht. Bei Vermeidungszielen muss man immer auf der Hut sein.“ (Grawe 2004, S. 278)

„Resonanz“

Wenn Patienten den Arzt aufsuchen, weil ihr Leiden unerträglich geworden ist, ist das Vermeidungssystem maximal aktiviert. Patienten mit chronischen Schmerzen müssen gewonnen werden für eine „Kooperation der Experten“. Mittels Resonanz und therapeutischer Kommunikation kann es gelingen, ihre Aufmerksamkeit konstruktiv vom Schmerz abzuziehen und persönlichen Annäherungszielen zuzuwenden. Auch wenn in der Schmerztherapie die Betonung auf fachlichem Expertentum liegt, hat jede Kommunikation der Protagonisten in den sozialen Rollen von Patient (Hilfe Suchender) und z.B. Arzt (professionelle Kompetenz) auch eine zwischenmenschlich-inter-subjektive Dimension. Wie in der Psychotherapie im Allgemeinen gilt es auch in der Medizin (speziell in der Arbeit mit chronisch Kranken), die Zuversicht zu wecken, dass sich auch in einer festgefahren und aussichtslos erscheinenden Situation jederzeit Chancen für zukünftige Entwicklungen zum Besseren auftun können – worin diese auch immer bestehen mögen. In Anbetracht unerträglichem Leidens, tiefer Resignation und einer von Gefühlen der Hilflosigkeit geprägten, depressiven Weltsicht wird es immer hilfreich sein, wenn Veränderungen wieder für möglich gehalten werden oder sich solche ereignen, die bis dahin für unwahrscheinlich gehalten wurden oder gar ausgeschlossen schienen. Verständlicherweise ist dies für alle Beteiligten umso schwieriger, je notwendiger (Notwendender) ein solcher Wechsel ist.

Diese Haltung darf wohlweislich nicht mit Wunschdenken verwechselt werden. Im Gegenteil: Herr K. muss sich z.B. auch damit auseinandersetzen, dass seine Suche nach der „Ursache“ der Schmerzen und deren endgültiger Beseitigung durch ärztliche Maßnahmen eine nicht unwichtige Rolle dabei gespielt hat, dass er über Jahre immer

Fallbericht

tiefer in die Negativspirale der Chronifizierung hineingeraten ist und seine Schmerzen als therapieresistent erlebt hat. Dies wiederum hatte Resignation und depressive Welt-sicht gefördert.⁹⁾ Herrn K. konnte die Ent-Täuschung darüber, dass es nicht möglich ist, sein Schmerzproblem bei Spezialisten zum Richten abzugeben, nicht erspart werden.

In „Der achtsame Therapeut“ definiert Siegel (2012, S. 20) Resonanz als die „*Neurobiologie des Wir*“ (S. 100) bzw. als „*physiologisches Ergebnis von Präsenz und Einfühlung, das in der Abstimmung von zwei autonomen Wesen zu einem ineinandergreifenden und funktionalen Ganzen besteht, da jede Person den inneren Zustand des anderen beeinflusst. [...] Unser menschliches Nervensystem ist so gebaut, dass es Resonanz braucht, um in unserem Leben von Anfang an ein Gefühl von Verbundenheit herstellen zu können. Die Erfahrung von Verbundenheit vermittelt uns ein Gefühl von Sicherheit, Gesehenwerden und Schutz. Das Bedürfnis nach solch einer nahen und verletzlichen Beziehung zu anderen haben wir als Menschen unser Leben lang.*“

Für die Gestaltung des *intersubjektiven Resonanzraumes* mit Herrn K. als „Möglichkeitsraum“ brauchte es Empathie (insbesondere die Anerkennung seines Leidens) und Wertschätzung für all seine bisherigen Bemühungen (insbesondere, wenn sie nicht erfolgreich waren), weil dadurch viele nützliche Erfahrungswerte gewonnen werden konnten. Je deutlicher Resignation und eine depressive Weltsicht im Vordergrund stehen (wie bei Herrn K.), umso wichtiger ist es, behutsam die Verbindlichkeit der Zusammenarbeit zu testen und allmählich die Eigenmotivation, das Eine oder Andere auszuprobieren, zu fördern („Gärtner-“ statt „Macher“-Prinzip). Bei „eingefahrenen Gleisen“ (insbesondere Verhaltensweisen, die nicht weitergeführt haben) braucht jede nachhaltige Entwicklung zum Besseren so viele Selbstwirksamkeitserfahrungen wie irgend möglich (Bandura, 1977). Diese zu fördern ist die Hauptaufgabe der therapeutischen Begleitung – umso mehr, wenn es sich so anfühlt, als ob man nicht nur bei Null anfangen muss, sondern sogar im Negativbereich. Allen Beteiligten hilft dabei die Annahme, dass bei der Bewertung der Versuche in der Vergangenheit eine Verwechslung vorliegen könnte von einem resignierenden „Es geht nicht!“ mit einem pragmatischen „So wie es bisher versucht wurde, geht es nicht!“. Zwischen den Zeilen enthält dies eine Botschaft der Zuversicht: „Auf anderen Wegen könnte sich sehr wohl was zum Besseren verändern.“

Therapeutische Kommunikation und Hypnose

Milton H. Erickson hat vor 50 Jahren – in Paris, auf dem ersten Weltkongress zur Hypnose in der psychosomatischen Medizin¹⁰⁾ – systematisch über Hypnose in der Schmerztherapie referiert. Sein Vortrag beginnt mit einer pragmatisch-demystifizierenden Definition: „Hypnose ist im Grunde nichts anderes als die Vermittlung von Gedanken und Erkenntnissen an den Patienten in einer Weise, die gewährleistet, dass er für die dargebotenen Gedanken in höchstem Maße empfänglich ist und infolgedes-

sen engagiert sein eigenes Potential erforscht, wie seelische und körperliche Reaktionen sowie Verhaltensweisen angemessen verändert werden können“ (Erickson 1967) – eine methodenübergreifende Definition psychotherapeutischer Zusammenarbeit.

„Resonance Based Medicine“

In Bezug auf ihre psychoonkologische und musiktherapeutische Tätigkeit hat Glawischig-Goschnik (2010) für den intersubjektiven therapeutischen Austausch die „Resonanz“-Metapher verwendet: *„Die Autorin möchte hiermit einen Diskurs eröffnen über eine ‚resonance based medicine‘, die mit einer ‚resonance based therapy‘ verbunden sein könnte. Gemeinsam mit den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten einer ‚evidence based medicine‘, die sich im Wesentlichen einer objektiven und objektivierbaren vor allem naturwissenschaftlichen Sicht des Menschen und seiner Gesundheits- und Krankheitszustände widmet, soll eine ‚resonance based medicine‘ die vielen gleichzeitigen Wege zum Menschen mit anklingen lassen und den vielen psychologischen, philosophischen, anthropologischen und kulturwissenschaftlichen Fragen im medizinischen System wieder mehr Platz einräumen sowie auch Methoden nonverbaler und kreativer Therapien und Körperinterventionen wieder mehr ins Gespräch bringen. Der Mensch als Subjekt in der Medizin ist mehr als die Summe von Symptomen, zusammengefasst zu Syndromen und Krankheitsbildern. Diesem Menschen als Leib-Subjekt in seiner sozialen und ökologischen Umwelt zu begegnen, ist mehr denn je gefordert in einer Medizin, die Heilkunst auch sein muss, neben hochkarätiger, hoch bewerteter empirischer Wissenschaft.“*

Diese kasuistische Darstellung versteht sich als ein Beitrag zur Fortführung der Diskussion über eine „Resonanz basierte Medizin“ (RbM) und „Resonanz basierten Therapie“ (RbT) in Ergänzung einer „Evidenz basierten Medizin“ (EbM) auf dem Gebiet der Behandlung chronischer Schmerzen.

Anmerkungen

- 1) „Resonanz heißt: Etwas wird zum Schwingen oder Erklingen gebracht. Die Fähigkeit des Menschen zu emotionalem Verständnis und Empathie beruht darauf, dass sozial verbindende Vorstellungen nicht nur untereinander ausgetauscht, sondern im Gehirn des jeweiligen Empfängers auch aktiviert und spürbar werden können. Es muss demnach ein System wirksam sein, das den Austausch von inneren Vorstellungen im Empfänger zur Resonanz, also zum Erklingen, bringen kann. Es würde (...) (einen) gemeinsamen, zwischenmenschlichen Bedeutungsraum erzeugen (...). Wie sich herausgestellt hat, ist das System der Spiegelneurone das neurobiologische Format, das diese Austausch- und Resonanzvorgänge möglich macht“ Bauer (2006), S. 17 (zit. nach Rosa 2016, S. 254).
- 2) Die Überweisung erfolgte im Hinblick auf meine Tätigkeit als Schmerzspezialist im Klinikum Großhadern der Uni München (1983-92) und meiner Tätigkeit als niedergelassener ärztlicher Psychotherapeut mit Schwerpunkt auf chronischen Erkrankungen und Hypnose (1992-2014).
- 3) F 43.22 gemäß ICD10 (International Classification of Diseases, Dilling et al. 2000)
- 4) „Hypnose und Selbsthypnose als wesentliche Elemente der therapeutischen Kommunikation mit chronisch Kranken“, Ebell, H. (2010), Hypnose-ZHH, 5 (1+2), 199-216

Fallbericht

- 5) In einer nach wie vor lesenswerten Monografie zu „Wesen und Bedeutung des Schmerzes“ von Sauerbruch und Wenke (1936), Berlin: Junker und Dünnhaupt, heißt es: „Oswald Schwarz hat (...) die Begriffe anthropologisches Kranksein und medizinisches Krankheitsbild eingeführt. Diese Bezeichnungen sind sehr glücklich gewählt, weil sie den Kernpunkt der Unterscheidung völlig deutlich machen: Im ersten Falle handelt es sich um das „Sein“, um den existenzialen Totalzustand, im zweiten Falle um ein „Bild“, d.h. um eine abstrakte Konstruktion von Wirkungszusammenhängen, die die Forschung nach ihren eigenen Gesichtspunkten des medizinisch Bedeutsamen herstellt; (...) was an einer Krankheit subjektiv und was an ihr objektiv ist, kann nur der Arzt nach den diagnostischen Kriterien seiner Wissenschaft entscheiden; der Kranke aber macht keinen Unterschied zwischen objektiv und subjektiv. Diese Trennung ist seinem spontanen Erleben fremd“ (S. 76).
- 6) Das Beziehungsgeschehen in der Psychotherapie kann man so beschreiben: „Zwischen dem Patienten oder Klienten und dem Therapeuten (...) entsteht ein Resonanzraum, in dem es dem Therapeuten (...) über Synchron- und Response-Resonanzen gelingt, die Situation des Klienten aufzunehmen, hör- und fühlbar zu machen und dadurch für beide reflexiv zugänglich, objektivierbar und (vielleicht) bearbeitbar werden zu lassen“ (Rosa 2016, S. 286),
- 7) „Therapeutische Kommunikation“ wird für eine professionelle Kommunikation verwendet, die darauf abzielt, bestimmte therapeutische Wirkungen zu entfalten. Überwiegend wird der Begriff vom Autor deckungsgleich gehandhabt mit „Hypnotherapeutische Kommunikation“ oder „Hypnosystemische Kommunikation“ ohne die Verwendung formeller Hypnose-Techniken. In dieser kasuistischen Darstellung wird diesbezüglich nicht auf Quellen und Autoren verwiesen.
- 8) „Annäherungs“- und „Vermeidungsziele“ unterscheiden sich neuropsychologisch wesentlich; ausführlich in Grawe (2004), in dieser Darstellung auf S. 240f.
- 9) Aus professioneller, schmerztherapeutischer Sicht liegt ein wesentlicher Anteil der Verantwortung für diese Entwicklung auf Seiten der Ärzte, die fortwährend unkritisch und inadäquat das Akut-Behandlungsmodell auf seine chronische Erkrankung angewendet haben. Wengle (1985) betonte schon zur Pionierzeit der Schmerztherapie vor 30 Jahren: „Die chronische Krankheit ist nicht einfach eine verlängerte akute Krankheit, sondern sie ist auch etwas qualitativ anderes, sowohl für den Patienten wie für den Arzt. Der Prozess der Chronifizierung macht aus einem mehr oder weniger umschriebenen biologischen Problem ein biopsychosoziales.“
- 10) Der Autor hatte das Privileg eines intensiven fachlich-persönlichen Austauschs mit dem Organisator des Kongresses, Prof. J. Lassner, Pionier der europäischen Anästhesie und der Schmerztherapie in Frankreich, der Milton Erickson persönlich kannte und schätzte.

Literatur

- Antonowsky, A., Franke, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bauer, J. (2006). Warum ich fühle, was Du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone München: Heyne
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonowskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Band 6 der Reihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“. Köln
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen - ICD 10. Bern: Hans Huber.
- Ebell, H. (2010). Hypnose und Selbsthypnose als wesentliche Elemente der therapeutischen Kommunikation mit chronisch Kranken. *Hypnose-ZHH*, Band 5 (1+2), Oktober 2010, 199-216
- Egger, J. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten

- ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Psychologische Medizin, 16,2: 3-12. Facultas Universitätsverlag.
- Erickson, M.H., & Rossi, E.L. (1981). Die Veränderung sensorisch-perzeptiver Funktionen – Das Problem von Schmerz und Wohlbefinden. In Hypnotherapie. Aufbau - Beispiele - Forschungen. München: Pfeiffer: 128-38. Originalarbeit: Erickson, M.H. (1967). An Introduction to the Study and Application of Hypnosis for Pain Control. In J. Lassner (Ed.), Proceedings of the International Congress for Hypnosis and Psychosomatic Medicine (in Paris 1965)
- Glawischnig-Goschnik, M. (2010). „Glaube, Liebe, Hoffnung“ Verbales, Nonverbales und Musikalisches in Grenzbereichen der CL-Versorgung. Psychiatr Psychother 6/4:
- Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Rosa, H. (2016). Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung. Berlin: Suhrkamp
- Sauerbruch, F. & Wenke, H. (1936). Wesen und Bedeutung des Schmerzes. Berlin: Junker und Dünnhaupt.
- Siegel, D. (2012). Der achtsame Therapeut. Ein Leitfaden für die Praxis. München: Kösel
- Tölle, Th., Flor, H. (2006). Schmerz (Kapitel 11). In H. Förstl, M. Hautzinger, & G. Roth (Hrsg). Neurobiologie psychischer Störungen. Heidelberg: Springer
- Wengle, H.P. (1985). Prävention der Invaldisierung: Die Rolle des Arztes. Praxis (Schweizerische Rundschau für Medizin), 74(38), 1021-1024.

“Es kam nix!” heißt doch wohl nicht “Es gab nix”

Liebe Kolleginnen und Kollegen, es wäre schade, wenn diese ständige Rubrik wegfiele. Wenn es einer Begründung bedürfte, wie wichtig und äußerst lehrreich die Veröffentlichung von Kasuistiken ist, bräuchte man eigentlich nur auf das Gesamtwerk von Milton H. Erickson zu verweisen. Doch nicht nur Geschichten vom großen Meister sind lehrreich. Auch Erfahrene können immer etwas lernen, wenn eine Ausgangssituation und die hypnotherapeutische Zusammenarbeit anschaulich und präzise geschildert werden. Ein Transkript des Austauschs der Protagonisten – ergänzt durch Beobachtungen (z.B. Veränderungen der Mimik, Emotionen, idiomotorische Phänomene) und eigene Überlegungen – ist immer anregend für die eigene praktische Tätigkeit. Eine Falldarstellung bietet die Möglichkeit, das eigene Vorgehen und den Stellenwert der Hypnose in einem Gesamt-Therapiekonzept kritisch zu reflektieren und für eine kollegiale Diskussion zur Verfügung zu stellen. Ich hoffe sehr, dass das Projekt einer regelmäßigen Rubrik „Fallgeschichten“ in dieser Zeitschrift weitergeführt werden kann – auch wenn dieses mal nix kam.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr Hansjörg Ebell

(s. nächste Seite)

Hinweise zum Verfassen eines Fallberichtes

Titel (Literarischer "Aufmacher" und deskriptiv, in Deutsch und Englisch)

Name Autor/in

Zusammenfassung (Deutsch und Englisch)

Schlüsselwörter (Deutsch und Englisch)

Die Falldarstellung: Wen bzw. was habe ich wie behandelt? Ausgangssituation. Darstellung des Therapie-Prozesses. Wann bzw. in welcher Situation habe ich Hypnose verwendet und warum? „Utilisation“ / Indikation: Anschauliche Schilderung der spezifischen Behandlungssituation, die aus Ihrer Sicht ausschlaggebend war, gerade dafür Hypnose anzuwenden, damit die Leser es mit eigenen Erfahrungen bzw. Therapieauffassungen abgleichen können, um prüfen zu können, was davon auf ihre Situation übertragbar ist.

Die Hypnose: Wie habe ich die Hypnose durchgeführt: Exakte Beschreibung des Settings, der beobachteten Phänomene (z.B. Fingersignale, Levitation) und der als Intervention verwendeten verbalen Formulierungen (wie ein „Transkript“ - sollte keine exakte verbale Dokumentation wie Tonband oder Video zur Verfügung stehen, so „erfinden“ Sie es bitte: genau so wie es Ihrem Sprachduktus, Stil bzw. Arbeitsweise entspricht) ggf. mit den nonverbalen Suggestionen.

Evaluation: Darstellung der erzielten Effekte und selbstkritische Reflexion des Therapieverlaufs. Welchen Stellenwert hatte die Hypnose im Gesamt-Therapie-Konzept. Kurze Verallgemeinerung bzw. „Hochrechnung“ des Ansatzes über die kasuistische Darstellung hinaus: z.B. Darstellung eines „Konzepts“ für diese Art von Störung und/oder zu Ihrer Auffassung von „Hypnose“.

Adresse Autor/in

Bitte schicken Sie Ihren Fallbericht direkt an

**Dr.med. Hansjörg Ebell, Breisacherstr. 4 (Rückgebäude), D 81667 München
Dr.H.Ebell@t-online.de**