

Essay

Wie kann es besser werden?

Ein Joint (Ad)Venture aller Beteiligten

Hansjörg Ebell

Vor Kurzem habe ich auf einem Stadtteilstfest nach langer Zeit eine frühere Patientin wiedergesehen. Irgendetwas war ganz anders und bald wusste ich, was es war: Ihr Gang war unauffällig und ich sah keine Krücken. Sie begrüßte mich freudig und erzählte mir, dass sie mit ihrem Mann demnächst einen Tangokurs machen werde. In einem Artikel zu „Hypnose und Selbsthypnose in der Behandlung von Patienten, die an chronischen Schmerzen leiden“ (1) hatte ich vor Jahren von einem Abschnitt unserer therapeutischen Zusammenarbeit berichtet:

„Auf Grund von irreversiblen Schädigungen von Nervenwurzeln durch einen Bandscheibenvorfall während der Schwangerschaft und nur bedingt erfolgreicher operativer Eingriffe auf Grund dessen kann Frau A (allein erziehende Mutter, zwei Kinder, 16 und 10 Jahre alt) ihren Alltag kaum bewältigen. Subjektiv sind die Schmerzen die ‚Ursache‘ all ihrer Probleme, so dass sie mehrfach verschiedene Neurologen und Orthopäden aufsucht. Der Hausarzt verschreibt ihr zwar das verordnete Morphin (orales Retard-Präparat), steht dem aber sehr skeptisch gegenüber, was immer wieder zu Spannungen und zu Kämpfen um das nächste Rezept führt. Darum überweist er an mich; zudem ist eine laufende Umschulungsmaßnahme vom Arbeitsamt gefährdet, da sie die erforderliche Zeit des Sitzens vor einem PC nur unter unerträglichen Schmerzen übersteht. Wegen ihrer Hilflosigkeit und der Aussichtslosigkeit im Hinblick auf eine mögliche Besserung reagiert die Patientin auf die vielfältigen, meist erfolglosen bzw. letztendlich von weiterer Verschlechterung gefolgt medizinischen Maßnahmen über Jahre enttäuscht und aggressiv-verzweifelt. Sie wird zu einer sog. ‚schwierigen‘ Patientin. Ihre Schmerzen werden zwar zu Recht als ‚psychisch erheblich überlagert‘ angesehen, aber das ist eine Trennung und diagnostische Kategorisierung (Krankheit), die auf der Ebene der existenziellen Erfahrung (Kranksein) nicht nur unsinnig ist, sondern von

ihr als abwertend empfunden wird bzw. Widerstand auslöst und Kommunikation und Kooperation erheblich erschwert. Das physisch schon eingeschränkte Coping wird durch die Ablehnung und die daraus folgenden Konflikte und Reibungen im Medizinsystem noch zusätzlich verschlechtert. Durch eine gemeinsame Recherche von Ressourcen (frühere Erfolgserlebnisse in Prüfungs- bzw. Stress-Situationen) und passable Wirksamkeit von Hypnose und Selbsthypnoseübungen im Umgang mit den Schmerzen gelingt es der Patientin, die laufende Weiterbildungs- bzw. Umschulungsmaßnahme erfolgreich abzuschließen: Relativ ein ‚Riesenerfolg‘ und ein Lichtblick. Durch die therapeutische Zusammenarbeit ist ein Vertrauensverhältnis geschaffen worden, das es endlich ermöglicht, ein objektiv angemessenes und subjektiv ausreichend wirksames Gesamt-Therapiekonzept zu ermitteln. Die Behandlungssituation ist jetzt stabil: nicht mehr hinterfragte Opiatmedikation durch den Hausarzt, Krankengymnastik bei einer erfahrenen Therapeutin sowie sinnvollere Arbeitsteilung und effektivere Selbsthilfe im familiären Bereich in Folge der psychotherapeutischen Begleitung.

Erst in der psychotherapeutischen Zusammenarbeit der folgenden zwei Jahre zeigt sich, dass es eine weitere Schicht ihrer Schmerzen zu bearbeiten gilt bzw. warum die (im Prinzip richtigen) medizinischen Maßnahmen wohl nicht ausreichend waren: eine posttraumatische Belastungsstörung in Folge von Erfahrungen in Kindheit und Jugend (incl. sexuelle Übergriffe). Das in der bisherigen Zusammenarbeit gewachsene Vertrauen macht es möglich, auch diese Zusammenhänge – maßgeblich unterstützt durch Hypnose und Selbsthypnose – behutsam aus der Amnesie zu entlassen und zu bearbeiten.

Nach einer kurzen, stabilen und subjektiv befriedigenden Lebensphase, weil die Schmerzen in ihrem Leben nicht mehr die Hauptrolle spielten, kommt es bei stürmischem Wetter auf dem Weg zu einer Therapiestunde bei mir zu einer erneuten, extremen Verstärkung der Schmerzsymptomatik. Es kostet mich als ärztlichem

Psychotherapeuten (trotz anerkannter schmerztherapeutischer Kompetenz) Wochen an Überzeugungsarbeit bei allen Entscheidungsträgern, dass es sich höchstwahrscheinlich um einen erneuten Bandscheibenvorfall handelt und dass Akut-Diagnostik und höchstwahrscheinlich eine neurochirurgische Intervention indiziert sind: Gerade in Anbetracht der Vorgeschichte eben nicht als Wiedereinstieg in die alte Problemspirale, sondern als Notwendigkeit, um ebendies zu vermeiden. Röntgenaufnahmen und Kernspintomografie, endlich angefertigt, bestätigen meine Einschätzung.

Frau A wird zwar erfolgreich operiert, aber es folgen erneut viele schwierige, von Schmerzen geprägte Jahre mit immer mal wieder punktueller psychotherapeutischer Unterstützung (incl. Hypnose) meinerseits, insbesondere in einer schweren, suizidal-depressiven Krise als eine familiensystemisch wichtige ‚Ablösung‘ (18. Geburtstag der jüngeren Tochter) bzw. ein relevanter persönlicher Entwicklungsschritt ansteht.“

Was möchte ich zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen, die erfolgreich Hypnose in ihrer täglichen Praxis anwenden, mit dieser Fallgeschichte in ihrer eigenen Fachzeitschrift vermitteln?

Das Schmerzerleben lässt sich in Hypnose bzw. durch Hypnose verändern, qualitativ und quantitativ teilweise in einem Maße, dass es wie ein kleines oder auch großes Wunder wirkt (z. B. bei der operativen Extraktion eines Weisheitszahns) – auch und gerade wenn physiologische Bedingungen intensiven, nozizeptiven Inputs aus der Peripherie an das Zentralnervensystem vorliegen. Menschen verfügen offensichtlich über x-fach mehr und komplexere Möglichkeiten der Wahrnehmung von Schmerzen, als aufgrund gesicherten pathophysiologischen Wissens postuliert wird.

Die therapeutische Verwendung von ‚Hypnose‘ (als historischem Begriff bzw. Etikett) im Umgang mit Schmerzen kann sich auf die Empirie unterschiedlicher Rituale vieler Kulturen seit Jahrtausenden berufen. In Fallgeschichten wird oft Erstaunliches berichtet, am liebsten davon, dass nur eine Sitzung ausgereicht hat. Bis zum Beweis des Gegenteils könnte man auf diesem hypnosystemischen Hintergrund – eine gute Ausbildung und Verwendung der Hypnose in einem professionellen, selbstkritisch-wissenschaftlichen Kontext vorausgesetzt – jedes individuelle Schmerzproblem pragmatisch unter dem Motto betrachten: „Sicherlich gibt es objektive und subjektive Grenzen, aber es lohnt immer, gemeinsam mit dem/der Betroffenen zu ermitteln, wo genau diese Grenzen verlaufen.“

Um aber in der Therapeutenrolle diese prinzipielle Zuversicht im Hinblick auf erreichbare Veränderungen umsetzen zu können, ist professionelles Wissen über die Unterschiede von akuten und chronischen Schmerzen wesentlich. Für Letztere gilt vor allem, dass eine gelungene Hypnose bzw. eine gute Erfahrung in Hypnose für sich genommen noch keine Therapie ist, wenn aufgrund einer langen

Leidensgeschichte über Jahre das Leiden an den Schmerzen zum Mittelpunkt des Lebens geworden ist. Das Schlagwort der sogenannten Neuroplastizität unseres Zentralnervensystems verweist auf das Hauptproblem und steht für eine gute Botschaft. Um nachhaltiges Umlernen (Rehabilitation und Gesundheit) zu fördern, braucht es kundige, objektiv angemessene Behandlungskonzepte und eine mittel- und langfristige geduldige Begleitung zur Förderung der Entwicklung; das leidvolle Erleben chronischer Schmerzen ist Bestandteil und Ergebnis eines höchst komplexen individuellen Lernprozesses. In der ersten Fallgeschichte, die ich mit „Was lange währt, kann endlich gut werden“ überschreiben könnte, spielte für die Heilung wohl letztendlich das Leben (insbesondere ein liebevoller Partner, Enkelkinder) die wichtigste Rolle, aber die Therapie (inkl. Hypnose) hat es Frau A. vermutlich ermöglicht oder zumindest erleichtert, diese Chancen zu nutzen.

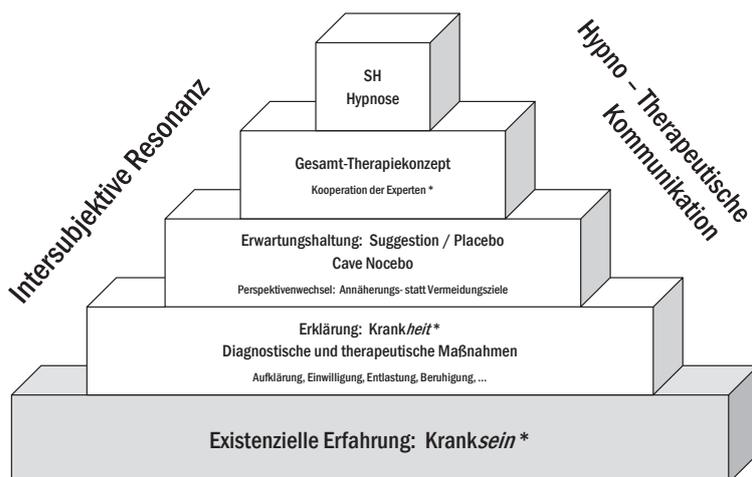
In der erwähnten Publikation (1) habe ich über eine weitere Patientin (aus zahnärztlichem Fachgebiet) berichtet:

„Frau E leidet seit 13 Jahren unter subjektiv extremen Dauerzahn-schmerzen, die nur durch ständiges Kaugummikauen zu lindern sind. Begonnen habe dies nach der Geburt des ersten Sohnes, wobei sie (primär) keinen ursächlichen Zusammenhang annimmt. Mehrfache zahnärztliche und kieferorthopädische Untersuchungen und Maßnahmen (incl. Zahnextraktionen) haben nicht nur keine Linderung gebracht, sondern meist zu einer Verstärkung der Beschwerden geführt. Sie fühlt sich generell unter Hochspannung, kann aber keine Zusammenhänge zwischen Schwankungen ihrer Befindlichkeit und der Schmerz-wahrnehmung erkennen.

Im Laufe der psychotherapeutischen Zusammenarbeit über einen Gesamtzeitraum von 3 Jahren kristallisiert sich immer deutlicher heraus, dass der Kern der maximalen Daueranspannung (auch im Bereich der Kiefergelenksmuskulatur) in ihrer ‚äußerst angespannten‘ Ehesituation zu suchen ist. Die Patientin verlangt von sich, ‚Alles!‘ kompensieren zu können bzw. zu müssen, was an Belastungen durch Kinder, Schwiegereltern und insbesondere auch durch das abwertende und aggressive Verhalten des Ehepartners auf sie zukommt. Die Symbolik bzw. Deutung des ‚Ich beiße die Zähne zusammen, um nicht durchzudrehen.‘ wird von ihr subjektiv und objektiv als bezeichnend akzeptiert. Hypnoseerfahrungen können phasenweise einen persönlichen Schutzraum der Gelassenheit, des Kraftschöpfens u. Ä. zur Verfügung stellen, um Voraussetzungen für die Bearbeitung der verstrickten Beziehungsproblematik zu schaffen. Es gelingt, in der psychotherapeutischen Zusammenarbeit ein Verständnis für die Situation bzw. für ihre aus dieser Perspektive ‚normalen‘ Reaktionen zu erarbeiten und weitere iatrogene Verschlechterungen durch zahnärztliche Eingriffe zu vermeiden. Subjektiv führt dies zu einer deutlichen Erleichterung und sogar schmerzfreien Phasen von Tagen bis zu Wochen. In der Bearbeitung der Partnerproblematik stößt unsere therapeutische Zusammenarbeit jedoch an ihre Grenzen.

Durch die vielen zahnärztlichen Eingriffe, ihre Lebenssituation und die Verzweiflung über die Aussagen der behandelnden Ärzte, dass dieser Dauerschmerz ‚nie mehr weggehen‘ werde, war die chronische Stress-Situation der Patientin noch zusätzlich verschärft worden. In diesem Fall erwies sich der Einsatz von Hypnose (und streckenweise von Selbsthypnoseübungen zur Entspannung) als hilfreich, um die Patientin situativ zu entlasten und damit auf das Verständnis und die Veränderung einer funktionellen, psychosomatisch mitbedingten chronischen Schmerzproblematik hin zu arbeiten.“

Anders als in einer Akutbehandlungssituation kann die Frage nach Erfolg oder Misserfolg einer ‚Schmerz‘-Therapie in solchen und ähnlichen Fällen sicherlich nicht über Angaben auf einer visuellen Analogskala (0 = kein Schmerz; 10 = maximal vorstellbarer, unerträglicher Schmerz) beantwortet werden – letztendlich bleibt aber auch hier immer entscheidend, wie unsere PatientInnen beurteilen, was wieviel zur Verbesserung ihrer Lebensqualität beiträgt. Für schmerztherapeutische Professionalität ist zu fordern, dass das zeitgenössische ‚lege artis‘-ExpertInnenwissen zur vorliegenden Störung (Krankheit) kritisch verwendet und durch eine möglichst enge Kooperation mit den PatientInnen als ExpertInnen für ihr eigenes Schmerzerleben (Kranksein) ergänzt wird. Aus hypnosystemischer Sicht bietet eine Atmosphäre von gegenseitiger Anerkennung und Respekt für die Unterschiedlichkeit der jeweiligen Perspektiven auf das Selbe (Krankheit oder Kranksein) dafür die besten Voraussetzungen. Für diese zwischenmenschliche Ebene und Qualität des therapeutischen Austauschs verwende ich den Begriff der ‚intersubjektiven Resonanz‘ und plädiere für eine auf Resonanz basierte Medizin ‚Resonance based Medicine‘ (2).



Im Kontext einer (hypno-)therapeutischen Kommunikation, die auf den Erfahrungswerten der Betroffenen aufbaut, sind Hypnose- und Selbsthypnoserituale keine exotischen Extras, sondern werden zur Spitze aufeinander aufbauender Aspekte/Elemente. In einem angemessenen Gesamttherapiekonzept (s. Abb.) können sie sogar zum

entscheidenden „Punkt auf dem i“ werden. Unabhängig davon, ob Hypnose verwendet wird und/oder eine Psychotherapie hinzukommt, braucht es jedoch bei langjährig chronifizierten Schmerzen immer ein Gesamttherapiekonzept (3). Die Möglichkeit zu therapeutischen Fortschritten, d. h., wie weit man sich im Einzelfall individuell vereinbarten Therapiezielen nähern oder sie erreichen kann, unterliegt vielen Bedingungen. Viele davon liegen außerhalb unseres Einflusses oder gar unserer Kontrolle als TherapeutInnen. Darum ist es so wichtig, auf die emanzipatorische Verwendung von Hypnose und Selbsthypnose im Sinne von Milton H. Erickson zu setzen, Ressourcen zu nutzen und „Möglichkeitenräume“ (4) zu eröffnen, anstatt im Sinne eines traditionellen Suggestionmodells die „Macht“ der Hypnose oder des/der Hypnotisierenden zu demonstrieren – auch wenn und gerade weil das funktionieren würde.

Literatur

- (1) Hypnose und Selbsthypnose in der Behandlung von Patienten, die an chronischen Schmerzen leiden. In: Hypnose und Kognition, Band 19 (1 + 2), S. 27–38 (2002).
- (2) „Resonanz“ – Bei langjährig chronifizierten Schmerzen braucht es einen Wechsel der Perspektive. Ein Fallbericht. In: Hypnose-ZHH, Band 11 (1 + 2), S. 233–245 (2016); Hypno-Therapeutische Kommunikation: Kernelement einer auf Resonanz basierten Medizin („Resonance Based Medicine“). In: Hypnose-ZHH, Band 12 (1 + 2), S. 173–202 (2017).
- (3) Hypnose und Selbsthypnose als wesentliche Elemente der therapeutischen Kommunikation mit chronisch Kranken. In: Hypnose-ZHH, Band 5 (1 + 2), S. 199–216 (2010).
- (4) McClintock, E. (1999). Room for change: Empowering possibilities for therapists and clients. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

Hinweis: Die Artikel des Autors (1, 2, 3) können auf der Website www.doktorebell.de als PDF-Dateien heruntergeladen werden.



Dr. med. Hansjörg Ebell ist Facharzt für Psychotherapeutische Medizin. 1976-83 Anästhesie/Intensivmedizin, 1983-93 Schmerzambulanz Uni München (inkl. Forschungsprojekt zur Selbsthypnose bei starken Schmerzen auf Grund einer Krebserkrankung), 1992-2015 Psychotherapiepraxis in München mit Schwerpunkt auf chronischen Erkrankungen (Schmerz, Krebs, Psychosomatik). Aktuell: Lehr- und Supervisionstätigkeit in der ärztlich-psychotherapeutischen Weiterbildung (z.B. Lindauer Psychotherapie-wochen) und in Hypnosefachgesellschaften (MEG, DGH, SMSH) sowie Kliniken (Schmerztherapie, Psychoonkologie, Palliativmedizin).

Korrespondenzadresse: dr.h.ebell@t-online.de