

2. „Resonanz“ - bei langjährig chronifizierten Schmerzen braucht es einen Wechsel der Perspektive

Ein exemplarischer Fallbericht¹ und grundsätzliche Überlegungen
Hansjörg Ebell

Zusammenfassung: Herr K. (64 Jahre) hat über 10 Jahre versucht, seine Schmerzen zu „bekämpfen“, was ihn immer tiefer in eine Abwärtsspirale von Schmerzen, Resignation und Depression geführt hat: Trotz vieler, hoch dosierter Medikamente (Antidepressiva, Gabapentin, Carbamazepin, Tranquilizer, Analgetika) wurden seine Schmerzen zum leidvoll erlebten Lebensmittelpunkt. Ein Wechsel der Perspektive auf Annäherungs- statt Vermeidungsziele sowie eine enge Kooperation der „Experten“ – Herr K. als Experte für seine Erfahrungen (Kranksein) und der Autor als Experte für chronische Schmerzen (Krankheit) – haben einen erfolgreichen Umlern-Prozess ermöglicht. Über einen Zeitraum von 2 Jahren wurden in 35 Therapiestunden (z.T. gemeinsam mit der Ehefrau des Patienten) Möglichkeitsräume eröffnet, die zu einem Perspektivenwechsel weg vom Schmerz und hin zu mehr Lebensqualität geführt haben.

Case report and some basic considerations: During a period of ten years in which Mr. K., 64 years old, was “fighting” his pain, this 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 his spouse, promoted his progressive change of perspective away from pain toward a better quality of life.

Die Ausgangssituation

Herr K. ist bei unserem Erstkontakt² 64 Jahre alt. Seit 10 Jahren leide er unter einschließenden Schmerzen in der linken Gesichtshälfte. Es fühle sich auch oft so an, dass diese über Hals und Schulter bis in den Arm ausstrahlen. Dass bei einer der ersten neurologischen Untersuchungen halbseitig geringe Störungen der Sensibilität und eine fragliche Gangunsicherheit gefunden worden waren, hatte mehrfache Computer- und Magnetresonanztomografien zur Folge, um eine Multiple Sklerose auszuschließen. Die hoch dosierte Einnahme verschiedener Mittel, die sich in der Behandlung sog. neuropathischer Schmerzen bewährt haben, brachte kaum Linderung. Das Konzentrationsvermögen von Herrn K. und seine Alltagsbelastbarkeit wurden dadurch aber deutlich vermindert. Trotzdem war es bisher nicht gelungen, die Dosis zu reduzieren oder gar eines der Mittel abzusetzen. Kurz nach dem Auftreten und auf Grund der geschilderten Symptomatik wurde er frühpensioniert. Er sehe „rabenschwarz“ für seine Zukunft. Was ihn immer noch ängstige, sei der vor Jahren mal geäußerte Verdacht auf „white matter lesions“ (im Schädel-CT) bzw. dass seine Probleme auch Zeichen eines ersten Schubs einer Multiplen Sklerose gewesen sein könnten. Seit Jahren habe sich

¹ Kurzfassung der Publikation H. Ebell: „Resonanz“ – Bei langjährig chronifizierten Schmerzen braucht es einen Wechsel der Perspektive. Hypnose - ZHH 2016, 11 (1+2), 233-245 (Literatur, s. PDF www.doktorebell.de)

² Die Überweisung erfolgte im Hinblick auf meine Tätigkeit als Schmerzspezialist im Klinikum Großhadern der LMU München (1983-92) und als niedergelassener ärztlicher Psychotherapeut (1992-2014) mit Praxisschwerpunkt auf chronischen Erkrankungen und Hypnose.

seine Aufmerksamkeit auf die Schmerzen fokussiert und er erlebe sie 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 führe permanent zu Konflikten mit seiner jüngeren, noch berufstätigen Ehefrau; insgesamt: „depressiv-resignativer Rückzug ins Schneckenhaus“. Da Ätiologie und Pathophysiologie der Schmerz-symptomatik nicht geklärt werden konnten, wurde die Symptomatik als Anpassungsstörung (F43.22) bei langjährig chronifizierten Schmerzen eingeordnet.

Der Therapieprozess i.S. einer resonanzbasierten Medizin

Welche Informationen werden vom Patienten von sich aus wichtig präsentiert?

Welche Resonanz lösen sie aus? Wurden/Werden diese 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 bestanden ausschließlich in der Verordnung von Medikamenten. Ich habe Interesse und zeige es, alles über seinen langen Leidensweg und sein persönliches Erleben zu erfahren. Schnell wird deutlich, dass ihn vor allem Ängste belasten, wegen einer Multiplen Sklerose irgendwann auf den Rollstuhl angewiesen zu sein. Diese Nozebo-Folge der Erklärung einer „kleinen auffälligen, weißen Stelle“ in einer computertomografischen Aufnahme des Gehirns vor Jahren durch einen Röntgenologen war im Verbund mit der „Sensibilitätsstörung“ zu einer mächtigen, negativen Auto-Suggestion geworden.

Eine von mir konsiliarisch hinzugezogene, erfahrene Neurologin (Professorin, eine anerkannte Autorität) erklärt Herrn K. den damaligen CT-Befund als das Relikt eines „Schlagerls“ (bayerische Verniedlichungsform für einen Schlaganfall bzw. Durchblutungsprobleme). Bezüglich der vermutlich zu hohen Dosierungen der verschiedenen Medikamente beziehe ich einen erfahrenen Psychiater mit ein. Mit ihm und dem Patienten wird vereinbart, begleitend zur Psychotherapie bei mir fortlaufend gründlich zu prüfen, ob und wenn ja, 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 mit dem

Therapieziel: Verbesserung des Umgangs mit den chronischen Schmerzen (Coping) und Aktivierung bzw. Hinwendung zum Leben „trotz alledem“. Ein solcher Wechsel der Perspektive **weg von der Bekämpfung der Schmerzen (Vermeidungsziel), hin zu einer Verbesserung der Lebensqualität (Annäherungsziel)** trotz der Schmerzen muss als ein komplexer (Um-)Lernprozess aller Beteiligten sowie Schritt für Schritt gestaltet werden, wenn er gelingen soll.

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 in Zusammenhang gebracht werden mit Emotionen bzw. körperlichen und seelischen Belastungen. Dies bietet zum einen Gelegenheit, neuro-physiologische und -psychologische Bedingungen der komplexen Erfahrung chronischer Schmerzen zu erläutern, die Herr K. gut nachvollziehen kann (Edukation, er ist Psychologe); zum anderen führen diese gründlich besprochenen Beobachtungen zu verbindlichen „Hausaufgaben“: Herr K. soll gemäß der jeweils aktuell besprochenen Thematik entsprechende „Was stattdessen“-Aspekte (positive Veränderungen) beobachten und dokumentieren.

Dadurch kann er Erfahrungen sammeln, ob und wie es ihm möglich ist, Einfluss zu nehmen bzw. sich Erleichterung zu verschaffen (**Annäherungsziele**) anstatt wie bisher meist nur ängstlich darauf zu achten, dass hoffentlich keine weitere Schmerzattacke mehr kommt (**Vermeidungsziel**).³ Über seine entsprechenden Erfahrungen fachsimpeln wir jeweils ausführlich und „kollegial“ als zuständige „Experten“ für die jeweilige Perspektive „krank sein“ und „Krankheit“⁴. Die zarte Pflanze „Hoffnung und Zuversicht“, dass sich auch nach 10-jähriger Leidenszeit noch Vieles zum Besseren ändern kann, kann auf diese Weise gepflegt kräftig wachsen und immer widerstandsfähiger werden.

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 (mehr). 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.

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

„Aus heiterem Himmel“ erkrankt Frau K. lebensbedrohlich. Eine sehr risikoreiche Operation am Herzen wird nötig. Diese gelingt, zieht aber eine langwierige Nachsorge- und Reha-Behandlung nach sich. Ihre Leistungsfähigkeit ist lange 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

³ „Annäherungs“- und „Vermeidungsziele“ unterscheiden sich neurophysiologisch und -psychologisch wesentlich (Grawe, K. (2004) *Neuropsychotherapie* und Brunner, J. (2017) *Psychotherapie und Neurobiologie – neurowissenschaftliche Erkenntnisse für die psychotherapeutische Praxis*).

⁴ Sauerbruch & Wenke (1935): „„anthropologisches Kranksein“, „medizinisches Krankheitsbild“ (...) „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.“ (S. 76)

unternehmen. Sie ist nun diejenige, die bremsen muss, weil sie es einfach nicht schafft und sich oft hilflos und ohnmächtig fühlt. Beide haben damit die Chance, ihre jeweilige Situation, ihre Erfahrungen und ihre persönlichen Reaktionen darauf wechselseitig viel besser verstehen zu können. Unterstützt durch Paargespräche erleben sich beide – bis auf Ausnahmen – nicht mehr als „gegenseitig nervend“ wie oft in den Jahren zuvor, sondern als „gegenseitig unterstützend“.

Evaluation

Herr K. beurteilt seinen Zustand am Ende der Psychotherapie nach gut 2 Jahren und insgesamt 35 Einzelstunden als „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. kompatibel im Partnersystem und nachhaltig zu gestalten und zu verankern (Resonanz!). Schmerzattacken 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 vermittelt und gelernt) als einen höchst empfindlichen Stress-Monitor für den Grad seiner persönlichen Belastbarkeit 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.

H.E.: 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 eines angemessenen Anteils an Eigenverantwortung für die Gestaltung der Therapie – ist gelungen. Auch wenn die Schmerzattacken nicht aufgehört haben, ist es aus schmerztherapeutischer Sicht im Endergebnis eine Erfolgsgeschichte.

***Intersubjektive Resonanz* zwischen den Protagonisten dieser Fallgeschichte hat die Voraussetzungen für die beschriebene positive Entwicklung in Anbetracht schwieriger Ausgangsbedingungen geschaffen.**

Katamnese

Bei einem zufälligen Zusammentreffen ein gutes Jahr nach Therapieende, erzählt das Ehepaar begeistert von ihrer Reise mit einem Kreuzfahrtschiff und berichtet von Flohmarktbesuchen sowie Ausflügen. Durch aktuelle Kontakte mit dem (immer noch) konsultierten Psychiater werden Stabilität und Fortsetzung der guten Entwicklung bis heute bestätigt.