

# Achtsamkeit und Selbstheilung

Zum Verhältnis von „Handeln und Nichthandeln“ – Von Interventionen und achtsamer Haltung in der ärztlich therapeutischen Beziehung

Hansjörg Ebell



© majeco / Fotolia.com

## Zusammenfassung

Achtsamkeit heißt, bewusst von Moment zu Moment das wahrzunehmen, was ist. Selbstheilung kann man nicht machen, nur fördern. Insbesondere bei Patienten mit chronifizierten Störungen kann der Schlüssel für eine Beschwerdebesserung nicht das alleinige „Bekämpfen“ der Symptome sein. Zwei Perspektiven auf das Geschehen sind erforderlich: die des Arztes und die des Betroffenen. Gemeinsam können beide „Experten“ ein objektiv angemessenes und subjektiv zufriedenstellendes Gesamttherapiekonzept ermitteln. Eine achtsame Haltung in der Arzt-Patienten-Beziehung ist Voraussetzung, um Patienten bei ihrer Neuorientierung weg vom Leiden auf das, was der Gesundheit und Selbstheilung dient, zu unterstützen.

## Achtsamkeit

Achtsamkeit steht sowohl für einen Zustand als auch für eine Haltung. Achtsamkeit heißt „ganz bewusst von Moment zu Moment das wahrzunehmen, was ist“ [9], es nicht zu bewerten und wohlwollend zu akzeptieren, es nicht anders haben zu wollen bzw. verändern zu müssen [13], [14]. Übertragen auf die Beziehungsebene zweier Menschen in ihren kulturell-gesellschaftlichen Rollen als Arzt und Patient entspricht Achtsamkeit der Haltung einer teilnehmenden Aufmerksamkeit, für die ich den Begriff **Präsenz** verwenden werde.

## Selbstheilung

Selbstheilung kann man nicht machen, nur fördern. Sie wird pragmatisch systemisch aufgefasst als Ausdruck der positiven Be-

wertung eines prinzipiell instabilen Zwischen-Ergebnisses höchst komplexer homöostatischer Steuerung bzw. Regulation von Lebensvorgängen auf allen Ebenen nach einer gravierenden Herausforderung (Störung). Im Hinblick auf das Verhältnis von Handeln und Nichthandeln bzw. von therapeutischen Interventionen und Präsenz, um eine Selbstheilung zu fördern, wird die ärztlich-therapeutische Beziehung systemtheoretisch definiert als „Begegnung zweier verschiedener, nicht trivialer, operativ geschlossener und selbstreferentieller Systeme“ [15].

Die erste Fallgeschichte soll auf die in vielen Fällen vorliegende Komplexität von Ausgangssituationen verweisen, für die eine achtsam teilnehmende Beobachtung und

## Angemessenes Gesamttherapiekonzept

### Bio-psycho-soziales Modell

Krankheit Objektivieren	Kranksein Subjektivieren
Die Ärzte u. a. Therapeuten sind die „Experten“ bei der Ermittlung gezielter Behandlungsmaßnahmen	Die Betroffenen sind die „Experten“ für ihre Gefühle, ihr Verhalten, ihre Gedanken und Beziehungen

Abb. 1 Das Bio-psycho-soziale Modell berücksichtigt beide Perspektiven eines Krankheitsgeschehens.

## Kasuistik 1

### Handeln ohne Achtsamkeit:

#### „Erzwingen wollen“

Herr A. (46 Jahre) kann seinen Unterarm nach Gipsentfernung (bei Z. n. komplizierter Ellbogenfraktur) nicht mehr strecken. Die krankengymnastische Behandlung wird durch hohen Muskeltonus (DD Kontraktur?) erschwert. Sein Job als US-Computerspezialist und damit sein Aufenthalt in München sind gefährdet, wenn die Behandlung nicht bald Erfolg zeitigt. Darum stationäre Aufnahme. In einer Untersuchung in Vollnarkose kann das Gelenk frei bewegt werden (Ausschluss eines mechanischen Hindernisses). Eine anschließende Zwangsmobilisierung gegen den Widerstand des „psychisch auffälligen“ Patienten – aus Sorge vor erneuter Versteifung – führt zur Refraktureurung. Kein Chirurg darf ab da mehr seinen Arm anfassen. Seiner Krankengymnastin vertraut er, aber sein ängstlich kontrollierendes Gegen-spannen verhindert Fortschritte in der Mobilisierung. Er empfindet sich selbst als „Wrack“, weil er seinen Arm „nie mehr wird normal gebrauchen können“, ist traumatisiert. Die Lage scheint aussichtslos. Die engagierte Krankengymnastin veranlasst, dass ich als Konsiliarius hinzugezogen werde.

### „Wie soll man aus dieser verfahrenen Situation je wieder rauskommen?“

Bei unserem ersten Zusammentreffen sind Panik und Katastrophenerleben von Herrn A. für mich körperlich spürbar. Nach persönlicher Vorstellung meiner Person und Funktion erklären die Krankengymnastin und ich ihm gemeinsam, dass es unmöglich sei, ihn bei der Heilung und Besserung der Beweglichkeit seines Armes zu unterstützen, wenn er ihn nicht passiv bewegen lasse. Wir versichern ihm, dass wir sein ängstlich kontrollierendes Gegen-spannen als Versuch, sich vor neuerlichen Verletzungen zu schützen, einerseits voll verstehen können, dass es andererseits jedoch auch jeden Fortschritt verhindert. Er stimmt zu, dass es nur möglich sei, weiter zu kommen, wenn wir alle drei zusammenarbeiten.

Ich frage ihn, ob er jetzt bereit sei, die Krankengymnastin, die ja sein Vertrauen habe, seinen Unterarm ganz vorsichtig ein paar Millimeter bewegen zu lassen, dass sie sofort, wenn sie einen Widerstand spüre, innehalten werde bzw. dass er jederzeit „Stopp“ sagen könne. Ein klein wenig geht.

Dann mache ich den Vorschlag, dass er – natürlich nur, wenn das Vertrauen ausreichend sei – weniger auf seinen Arm zu achten brauche, indem er daran denke, wo er jetzt viel lieber wäre als hier in diesem Klinikum, wo all dieser Mist passiert sei, dass er – nur, wenn er sich sicher genug fühle – ein paar Mal durchatmen, noch etwas lockerer lassen oder vielleicht sogar für einen Moment die Augen schließen könne, um noch intensiver seinen guten Ort sehen, hören und spüren zu können, obwohl ein Teil von ihm ganz genau wisse, dass er real hier im Klinikbett liege, ich zu seiner Linken, die Krankengymnastin zur Rechten mit aller Aufmerksamkeit für seinen Arm, wie es ein klein wenig weiter gehen kann im Vergleich zu vorher, was ja so wichtig ist, um überhaupt Fortschritte erzielen zu können, aber auf keinen Fall so weit, dass es ihm weh tun oder das Gelenk schädigen könnte usw.

Auf diese Weise können wir ihm eine erste Erfahrung vermitteln, dass der Arm sehr wohl ohne Schmerzen und Schädigung des Gelenks zu bewegen ist und dass es so viel besser geht, als wenn er in ängstlicher Erwartung von Schmerz und Verletzung unablässig „kontrolliert“.

Wir entwickeln folgendes begleitete Selbst-Hypnose-Setting, das von der Krankengymnastin – bald ohne mein Beisein – weiter verwendet wird: Im dissoziierten Zustand (in der Imagination an einem guten und sicheren Ort, damit er locker lassen kann) passt ein unbewusster Anteil seiner Aufmerksamkeit (ohne, dass er sich willentlich darum bemühen muss) perfekt auf, wo genau die Grenze liegt, welche Bewegung gerade noch möglich ist – immer ein bisschen weiter, damit es vorwärts geht, aber auf keinen Fall zu weit, damit die untrainierten Muskeln und Bänder und das Gelenk ja keinen Schaden nehmen. Diese Steuerung wird wie Rot und Grün bei einer Ampel durch Signale von Zeige- und Kleinfinger der linken Hand als Stop and Go angezeigt und so die Zusammenarbeit optimal gesteuert.

Eine nicht nur vertrauensbildende, sondern heilsame Maßnahme, die eine Kehrtwende des Verlaufs bringt und den Beginn der Selbstheilung (mit Unterstützung!).

Eine Dankespostkarte „back to work“ erreicht mich ein halbes Jahr später.

© electriceye/Fotolia.com



respektvolle Haltung unabdingbare Voraussetzung ärztlichen Handelns ist. Bei fast jedem chronifizierten Geschehen können wir davon ausgehen, dass **Erzwingen wollen** nicht nur nicht weiterführt, sondern direkt in eine Sackgasse. Entsprechendes gilt auch vonseiten der Patienten.

Wir Ärzte sollten nicht erst durch Komplikationen bzw. ausbleibende Wirksamkeit darauf aufmerksam gemacht werden, dass gelingendes Handeln sowie angemessene Entscheidungen für das Nichthandeln aus bio-psycho-sozialer Sicht voraussetzen, dass Heilung nur im Einklang mit der homöostatischen Regulation eines Systems möglich ist. Wir kommen weiter, wenn wir die intrinsischen Bedingungen eines Systems – insbesondere auch sog. Widerstände – utilisieren [7], d. h. als Ausgangspunkt möglicher Veränderungsprozesse verwenden. Die Kräfte eines Systems zu respektieren, heißt nicht unbedingt, es so zu belassen, aber perspektivisch mit ihnen statt gegen sie auf eine Selbstheilung hinzuwirken.

Achtsam teilnehmende Präsenz und die Verwendung von Hypnose/Selbsthypnose haben mit Unterstützung durch idiomotorische Signale [2] einen guten Ausgang ermöglicht. Statt (verständlichem) rückwärts gewandtem Katastrophisieren mit Schuldzuweisungen konnten eine Zukunftsperspektive bzw. Selbstheilungskräfte die Führung übernehmen.

## Kranksein und Krankheit

Für ein objektiv angemessenes und subjektiv zufriedenstellendes Gesamttherapiekonzept sind zwei Perspektiven auf das Gesche-



Um therapeutisches Vorgehen individuell an unsere Patienten anzupassen, braucht es eine achtsam teilnehmende Präsenz.

hen erforderlich [12]: Kranksein und Krankheit (Abb. 1).

Für die Behandelnden stehen objektivierbare und messbare Veränderungen im Mittelpunkt, um ihr Vorgehen begründen und kritisch überprüfen zu können. Für die Patienten ist bei der Beurteilung von Erfolg oder Misserfolg von Behandlungsmaßnahmen und Therapieverlauf ihr Erleben entscheidend. Beides sind Perspektiven auf das Selbe, die sich gegenseitig bedingen und beeinflussen, qualitativ aber verschieden sind und nie deckungsgleich. Eine enge Zusammenarbeit beider Experten ist notwendig. Ziele eines Gesamttherapiekonzepts sind sowohl eine optimale Linderung, d. h. eine Verbesserung des Erlebens (Kranksein) als auch die weitestgehende Besserung der Symptomatik (Krankheit). Im günstigsten Fall kann dies verbunden werden mit ursächlich angreifenden Behandlungsmaßnahmen für eine bekannte zugrunde liegende Störung.

### Umlernen statt Symptome „bekämpfen“

Neuroplastizität ist nach unserem heutigen wissenschaftlichen Verständnis die Grundlage jeglicher homöostatischer Regulation und damit jeder individuellen Entwicklung des Menschen (implizites und explizites Gedächtnis). Jedes Erleben beinhaltet eine persönliche Bewertung, eine individuelle und einzigartige „Realitäts“-Konstruktion vor dem Hintergrund der eigenen Lerngeschichte. Je schmerzhafter und leidvoller diese geprägt ist, umso mehr sollte dies Ausgangspunkt jeglicher therapeutischer Bemühungen um Veränderung sein. Niemand kann

allgemeingültig definieren, wie es „wirklich“ ist.

Hilfreich ist bei dem Arbeitsbündnis der Experten für Kranksein und Krankheit die Suche nach „Ressourcen“ (z. B. Fähigkeiten, Erfahrungen) zur Unterstützung der Selbstheilungskräfte und nach Faktoren, die diese behindern. Beide Expertenperspektiven müssen sich ergänzen, wenn eine langjährige Chronifizierung überwunden werden soll. Diese Voraussetzung gilt für Millionen chronisch Kranke, die in unserem Gesundheitswesen behandelt werden.

Als Leidende (Kranksein) sind Menschen mit chronischen Erkrankungen immer auch Suchende nach Heilung, oft unterwegs im Bereich der sog. Alternativ- und Komplementärmedizin. Ihre Eintrittskarte sind Symptome (Krankheit). Sicherlich können sie von vielen Interventionen (z. B. Akupunktur, TCM) profitieren, aber auch hier gilt es zu beachten: Jede objektiv gut begründbare Intervention kann auch zu einem weiteren Beitrag für die nächste Umdrehung der individuellen – bio-psycho-sozial bedingten – Chronifizierungsspirale (in die falsche Richtung!) werden.

Neben dem „primum nil nocere“ des hippokratischen Eides gilt es darum, v. a. Interventionen zu verwenden, die die homöostatische Regulation in Richtung Selbstheilung unterstützen. Da wir – trotz guter Absicht und „lege artis“-Vorgehen (auch mit Achtsamkeit!) – nicht wissen können, ob dies auch wirklich der Fall sein wird, braucht es eine mittel- und langfristige Perspektive der Zusammenarbeit.

Idealerweise sollte dabei der Lernprozess ein gemeinsamer der beiden Experten

(Abb. 1) sein, ein immer wieder überprüftes und erneuertes Arbeitsbündnis. Ein Gelingen ist umso wahrscheinlicher, wenn achtsam teilnehmendes Interesse und Engagement der Behandelnden (Krankheitsperspektive) durch Kooperation, Motivation und angemessene Übernahme der Verantwortlichkeit aufseiten der Patienten (Krankseinsperspektive) ergänzt wird. Betroffene haben auf ihrem Weg zu verantwortlich Beteiligten sicherlich bessere Chancen, an das große Ziel der Selbstheilung heranzukommen, wenn sie Unterstützung haben, um die Ent-Täuschung (i. e. Wortsinn) zu verarbeiten. Interventionen (von außen) können den eigenen mittel- und langfristigen Lernprozess (von innen) nicht ersetzen – in ihrem jeweiligen „System“ bzw. Beziehungskontext (Partner, Familie, Arbeitsplatz, Therapie etc.)

### Praktisch wichtige Aspekte achtsam therapeutischer Haltung

- Motivation des Patienten prüfen, Verbindlichkeit fördern (visitor or client?)
- „Perspektivwechsel“ (Ressourcen- statt Defizitorientierung)
- Positive Erfahrungen vermitteln („Irgendwas geht!“, z. B. Selbsthypnose)
- Ressourcen finden und nutzen (Selbstkompetenz, Selbstwirksamkeit)
- „Hindernisse“ (i. d. R. unbewusste) recherchieren und ggf. bearbeiten
- „Auf und ab“ und „Widerstände“ einerseits akzeptieren, andererseits überwinden helfen

### Begleitung ein Stück des Weges

Drei Zeitfenster ergeben sich für die Prüfung von Handeln und Nichthandeln bzw. den Einsatz von therapeutischen Interventionen und/oder Präsenz in einem objektiv angemessenen und subjektiv zufriedenstellenden Gesamttherapiekonzept:

- **Kurzfristig:** Die Akutbehandlungssituation ist die Domäne von Interventionen gemäß Funktion und Ausbildung der Behandelnden und ihrer fachlichen Kompetenz. Eine achtsam teilnehmende Haltung, insbesondere, wenn sie durch zugewandte therapeutische Kommunikation (auch Suggestionen) verstärkt wird, wird angestrebte Effekte sicherlich verstärken und optimieren können (Placebo).
- **Mittelfristig:** Jede längere ambulante Behandlung, lange stationäre Aufenthalte und tagesklinische Angebote ermöglichen einen gemeinsamen Lernprozess, um Coping [1] bzw. Selbstmanagement [10] individuell zu optimieren und damit Selbstheilungskräfte zu fördern. Die zusätzliche Vermittlung von Achtsamkeit (meist verbunden mit Anleitungen zu Entspannung und Imaginationen) an die Betroffenen kann hier sicherlich weiterführen als die Summe der interventionellen Effekte.
- **Langfristig:** Eine langfristige Begleitung, z. B. eine Psychotherapie im eigentlichen Sinne, ermöglicht gemeinsam definierte Therapieziele und Themen konsequent zu bearbeiten, um persönliche Entwicklungsschritte zu fördern: Individuelle Ressourcen können so entdeckt und gestärkt werden; Hindernisse auf dem Weg, gesund zu werden, können so identifiziert (z. B. Konflikte, die für unlösbar gehalten wurden) und ggf. bearbeitet werden. Hypnose und Selbsthypnose haben sich für mich dabei als besonders hilfreich erwiesen, um den notwendigen Perspektivwechsel, d. h. eine Neuorientierung weg vom Leiden hin auf alles, was der Gesundheit und Selbstheilung dient, zu fördern. Oft gilt es aber auch in Anbetracht von unverrückbaren Grenzen, „nur“ präsent zu sein [11], d. h. Ohnmacht und Hilflosigkeit gemeinsam auszuhalten und zu akzeptieren.

### Das präsentierte Problem ist die gegenwärtig beste Lösung

Auch langjährig chronifizierte Störungen, die erhebliches Leid verursachen, sind natürlich Ausdruck homöostatischer Regula-

tion. Systemisch gesehen ist jedoch jedes zur Therapie drängende Problem auch eine (unter den bisher herrschenden Bedingungen) optimale Lösung. Es braucht allerdings noch bessere Lösungen! In Abgrenzung zu einem ideologischen „Du musst nur positiv denken und die Zukunft wird gut!“ gilt es, die therapeutische Beziehung auf vielfältige Weise strategisch zu nutzen und den Pfad der Hoffnung auf die Selbstheilung so lange und so weit zu beschreiten wie man kommt:

Im Hinblick auf die o. g. Zeitfenster ist es optimal, wenn **Synergien** von **kurz-** (Symptomkontrolle, Krisenintervention), **mittel-** (Coping-Unterstützung) und **langfristigen** (persönliche Entwicklung, Lernschritte) Effekten gefördert werden können:

1. Zeiten ohne bzw. mit weniger Leiden und die Überwindung der Fixierung auf Beschwerden (z. B. Schmerzen) führen zu einer veränderten Selbstwahrnehmung bzw. veränderter Weltsicht,

denstellenden Therapieergebnis bei letztlich unveränderter Schmerzsymptomatik („eigentlich gleich, aber nicht mehr Ursache aller Probleme“).

Die ärztlich induzierten, negativen Autosuggestionen („MS und die Folgen“) konnten neutralisiert werden. Er „traue sich viel mehr zu“ (gesteigerte Selbstkompetenz mit vielfältigen Selbstwirksamkeitserfahrungen); in der Folge ein hohes Aktivitätsniveau: Haushalt, Flohmarkt, Reisen.

Die hohe Vielfachmedikation (Analgetika, Antidepressiva, Antiepileptika, Tranquilizer) wurde kontinuierlich abgesetzt; Tavor noch „für den Fall, dass“ greifbar. Seine Angststörung mit phobischen Vermeidungsstrategien wurde erst im Lauf der schmerztherapeutischen Behandlung erkennbar.

Veränderungen der Interaktionen mit seiner Partnerin waren für die positive Entwicklung wesentlich. Höhepunkt: Seine Frau hatte überraschend eine bedrohliche Herzinsuffizienz entwickelt und musste operiert werden. Das Paar fand sich in „umgekehrten“ Rollen wieder: Sie jetzt als diejenige, die nicht mehr kann und „durchhängt“, er derjenige, der „den Laden am Laufen hält“ (Utilisation dieses Geschehens in paartherapeutischen Gesprächen).

## Kasuistik 2

### Kann sich denn da überhaupt etwas ändern?

Herr R., Dipl. Psych., ist bei Therapiebeginn 64 Jahre. Seit 10 Jahren leidet er unter Schmerzattacken in der linken Gesichtshälfte, manchmal ausstrahlend in Hals und Arm. Diskrete neurologische Defizite und fragliche Gangunsicherheit haben zu mehrfacher intensiver Diagnostik geführt (Privatpatientenstatus wohl auch nicht unwesentlich).

Differenzialdiagnose: Encephalitis disseminata oder Z. n. kleinem apoplektischem Insult im Stammhirnbereich. Depressiver Rückzug nach Frühpensionierung aufgrund dessen. Die jüngere Partnerin ist berufstätig und verzweifelt über seine depressive Stimmung, Untätigkeit und Ängste. Als „Multiple Sklerose-Opfer“ sieht er sich in Zukunft sowie so im Rollstuhl. Obwohl sich die Symptomatik über die Jahre nicht verändert hat, ist dies der Fokus seiner Aufmerksamkeit und er erlebt sie als die Ursache seines Leidens.

### Herr R., nach 35 Therapiestunden, zweieinhalb Jahre später:

Gemeinsame Recherchen und die Förderung gewünschter Änderungen („Gärtner“-Prinzip statt „Machertum“) führen zu einem für ihn subjektiv zufried-

2. mehr Aktivität und Selbstwirksamkeit ermöglichen und fördern notwendige Neuorientierungen und

3. persönliche Entwicklungsschritte helfen, Selbstwahrnehmung und Beziehungserleben zu reorganisieren und gute Erfahrungen nachhaltig zu integrieren (Neuroplastizität).

In Anbetracht der meist sehr komplexen bis komplizierten oder gar konfliktreichen Behandlungs-, Arbeits- und familiär-partnerschaftlichen Beziehungssituationen vieler chronisch Kranker liegt darin eine große systemisch strategische Herausforderung für die zeitgenössischen interdisziplinären und multimodalen Ansätze.

### Menschlicher Wandel und Selbstheilung

Milton Erickson (1900–1980) schrieb in seinem Vorwort zu einer der ersten „systemischen“ Publikationen zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels [5]:

„Wer sich einer Psychotherapie unterzieht, sucht nicht primär nach einer Erhellung der unveränderlichen Vergangenheit, sondern kommt zu uns, weil er an der Gegenwart leidet und die Zukunft besser zu gestalten wünscht. Wohin der erforderliche Wandel führen wird und wie umfassend er sein muss, können zunächst weder der Patient selbst noch der Therapeut wissen. Gewiss ist nur, dass eine Veränderung der gegenwärtigen Situation notwendig ist und dass das Eintreten dieser Veränderung, so klein sie zunächst auch sein mag, weitere kleine Veränderungen bedingt, die ihrerseits dann im Rahmen der dem Patienten offenstehenden Möglichkeiten meist weitere, größere Wirkungen zur Folge haben. Die Frage, ob diese Veränderungen nur vorübergehend oder dauerhaft sind, und ob sie weiteren Wandel nach sich ziehen, erweist sich von grundlegender Bedeutung für unser Verständnis menschlichen Verhaltens.“

Ericksons Lebenswerk [6] ist Teil eines historischen Paradigmenwechsels für die Psychotherapie und hat diesbezüglich großen Einfluss. Dies gilt nicht nur für die Therapeutische Hypnose [3]. Auch ärztlich medizinisches Denken und Handeln könnten dadurch fruchtbare Impulse empfangen. Unsere Patienten sollten nicht in Therapieschablonen gepresst werden, sondern Aufgabe und Herausforderung liegen darin, therapeutisches Vorgehen individuell an unsere Patienten anzupassen.

Jegliche Art von therapeutischer Intervention erfordert Kommunikation, einen vermittelnden Austausch. Dessen Qualität entscheidet mit über die Wirksamkeit (Placebo/Nocebo). Die hypnotherapeutische Grundregel, dass der Empfänger die Botschaft bestimmt und nicht der Sender, ist für den ärztlichen Alltag eine zu große Herausforderung bzw. Überforderung. Es wäre so unendlich viel mehr Zeit notwendig als man hat, um sich jedes Mal zu vergewissern, was denn genau verstanden wurde, von dem, was man eigentlich mitteilen wollte. In einer mittel- und langfristigen Begleitung unserer Patienten auf einem Weg, der die Kräfte der homöostatischen Regulation stärken und die Selbstheilung fördern soll, brauchen wir dies aber – in achtsamer Haltung in Bezug auf uns selbst, auf unser Gegenüber und auf unseren Austausch miteinander.

Sicherlich gibt es für jedes Individuum objektive und subjektive Grenzen der Selbstheilungskräfte. In meiner 30-jährigen

ärztlichen und psychotherapeutischen Erfahrung hat es sich aber noch immer bewährt, wenn beide Experten (**Abb. 1**) in achtsamer Haltung gemeinsam recherchieren, wo genau diese verlaufen [4].

### EBM needs RBM

Kritisch evaluierte wissenschaftliche Erkenntnisse (**Evidence Based Medicine**) sind die wesentliche Grundlage, um sich nicht ideologisch sektiererisch zu verrennen, sondern objektiv angemessene Interventionen (Perspektive *Krankheit*) zu verwenden. Achtsam bewertende Würdigung individuellen Erlebens (Perspektive *Kranksein*) ist erforderlich, um uns am Wohl unserer Patienten, an ihren Auffassungen von sich selbst und ihren Entwicklungsschritten, orientieren zu können. Für diese Beziehungsaspekte therapeutischen Geschehens und eine Haltung im Sinne achtsamer Präsenz sowie für die Psychosomatik als Beziehungsmedizin wurde entsprechend der Begriff einer **Resonance Based Medicine** vorgeschlagen [8].

Beide, EBM und RBM, können und sollten sich komplementär ergänzen. ■

*Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass keine wirtschaftlichen oder persönlichen Verbindungen bestehen.*

### Online zu finden unter

<http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1343573>

### Literatur

- 1 Beutel M. Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Weinheim: Ed. Medizin, VCH; 1988
- 2 Cheek DB. Hypnosis – The Application of Ideomotor Techniques. Boston: Allyn & Bacon; 1994
- 3 Ebell H, Schuckall H, Hrsg. Warum therapeutische Hypnose? Aus der Praxis von Ärzten und Psychotherapeuten. München: Pflaum; 2004
- 4 Ebell H. Hypnose und Selbsthypnose als wesentliche Elemente der therapeutischen Kommunikation mit chronisch Kranken. Hypnose 2010; 5 (1+2): 199–216
- 5 Erickson MH. Vorwort in: Watzlawick P, Weakland J, Fisch R. Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Bern: Huber; 1974
- 6 Erickson MH, Rossi EL, ed. The Collected Papers of Milton Erickson on Hypnosis. Vol I-IV. New York: Irvington; 1980; (auf deutsch) Gesammelte Schriften von Milton Erickson (6 Bände). Heidelberg: Carl Auer
- 7 Erickson MH. Das Prinzip der „Utilisation“ in der Hypnotherapie. In: Erickson MH, Rossi EL. Hypnotherapie. Aufbau-Beispiele-Forschungen. Stuttgart: Klett-Cotta; 2004

8 Glawischnig-Goschnik M. „Glaube, Liebe, Hoffnung“ – Verbales, Nonverbales und Musikalisches in Grenzbereichen der CL-Versorgung. Psychiatrie Psychotherapie 2010; (6) 4: 197–201

9 Harrer M. Stärkung der inneren Achtsamkeit. In: Likar R, Bernatzky G, Märkert D, Ilias W, Hrsg. Schmerztherapie in der Pflege. Schulmedizinische und komplementäre Methoden. Wien New York: Springer; 2009: 489

10 Kanfer H, Reinecker H, Schmelzer D. Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer; 1991

11 Rousseau P. Presence. Journal of Oncology 2010; 28 (22): 3668–3669

12 Sauerbruch F, Wenke H. Wesen und Bedeutung des Schmerzes. Berlin: Junker & Dünhaupt; 1936

13 Weiss H, Harrer M. Achtsamkeit in der Psychotherapie. Verändern durch „Nicht-Verändern-Wollen“ – ein Paradigmenwechsel? Psychotherapeutenjournal 2010; 1: 14–24

14 Weiss H, Harrer M, Dietz T. Das Achtsamkeitsbuch. Stuttgart: Klett-Cotta; 2010

15 Willke H. Systemtheorie II. Interventionstheorie. Stuttgart: Lucius & Lucius; 2005: 88–89



### Hansjörg Ebell

Facharzt für Psychotherapeutische Medizin  
Breisacherstr. 18  
81667 München  
kontakt@doktorebell.de  
www.doktorebell.de

Hansjörg Ebell ist seit 1992 niedergelassen als psychotherapeutisch tätiger Arzt, 1983–92 tätig in der interdisziplinären Schmerzambulanz am Klinikum Großhadern, LMU München; verschiedene Lehraufträge, Lehrtherapeut für Hypnose und Autogenes Training, Ausbilder und Supervisor der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und der Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose.