

„Störung“ = Voraussetzung homöostatischer Regulation¹

Wie viel Kranksein braucht Gesundheit?

Hansjörg Ebell

Der Begriff „Chaos“ wird oft verwendet, wenn das Beobachtete deswegen als „Durcheinander“ empfunden wird, weil die zu Grunde liegenden Ursache-Wirkungsbeziehungen nicht erkannt oder verstanden werden. Viele Zusammenhänge sind zu komplex, um eine Ordnung zu erkennen, aber: „Von nix kommt nix!“. Mit dieser plausiblen Annahme können wir versuchen, Zusammenhänge zu verstehen und zu erklären. Wir können aber auch mit Erfahrungswerten arbeiten, ohne sie zu verstehen und es ist auch nicht ausgeschlossen, dass wir mit „falschen“ Erklärungen gute Ergebnisse erzielen. Jegliche Erkenntnis oder Überzeugung, etwas zu wissen oder verstanden zu haben, kann als eine individuelle Interpretation verstanden werden, die ursprünglich an die Qualitäten Sehen, Hören, Spüren, Riechen und Schmecken durch die uns zur Verfügung stehenden Sinnesorgane gebunden ist. Unser Gehirn ist als zentrale Schnittstelle unzähliger ein- und ausgehender Informationen vielfältigster Art ununterbrochen tätig als Bedeutungsgenerator, um diese Informationen in handlungs- und entscheidungsrelevante „Tatsachen“ zu übersetzen. Unsere bewusste Aufmerksamkeit ist nur an Bruchteilen dieser Verarbeitung beteiligt und nur Bruchteile davon wiederum unterliegen unserer bewussten Kontrolle.

Nietzsche (in seiner Schrift „Fröhliche Wissenschaft“, 1887), meinte: *„Denn eine Gesundheit an sich gibt es nicht, und alle Versuche ein Ding derart zu definieren, sind kläglich mißraten. Es kommt auf dein Ziel, deinen Horizont, deine Kräfte, deine Antriebe, deine Irrtümer und namentlich auf die Ideale und Phantasmen deiner Seele an, um zu bestimmen, was selbst für deinen Leib Gesundheit zu bedeuten habe. Somit gibt es unzählige Gesundheitsen deines Leibes.“*

Angewandt auf das Vortragsthema ergeben sich mehrere Möglichkeiten:

- Man kann eine Krankheit haben und sich gesund fühlen, wie z.B. ein jugendlicher Sportler, dessen dafür zuständige Zellen in der Bauchspeicheldrüse zwar kein Insulin mehr herstellen, der aber gelernt hat, sich angemessen zu ernähren, seinen Blutzucker zu messen und sich das pharmazeutisch hergestellte Hormon in der erforderlichen Dosis zu spritzen.
- Man kann sich vollkommen gesund und leistungsfähig fühlen zu einem Zeitpunkt, an dem bei einer Vorsorgeuntersuchung eine bedrohliche Krebserkrankung diagnostiziert wird.
- Sehr viele Menschen fühlen sich krank, obwohl oder sogar, weil keine Krankheit als Erklärung für ihr persönliches unerträgliches Leid entdeckt werden kann - selbst mit aufwändigsten Untersuchungsmethoden.

Viele weitere Kombinationen von Gesundheit und Krankheiten bzw. von Gesundsein und Kranksein könnten angeführt werden - wie auch dieses Zitat von Karl Valentin, einem tiefgründigen Münchner Philosophen in der Rolle des Komikers: *„Gar nicht krank ist auch nicht gesund“*.

¹ Vortrag 2013: Carinthischer Dialog zum Thema „Chaos – Mutter der Ordnung“

In: *CARINTHISCHE DIALOGE 2012-2016 auf Schloss Bach. Eine Nachlese*. Herausgegeben von Johanna und Chlodwig Franz im Eigenverlag der Carinthischen Dialoge. Wien 2017. www.carinthische-dialoge.at (S.47-59)

Für die Betrachtung der komplexen Beziehung von Kranksein und Gesundheit aus ärztlicher Sicht ist seit etwa 150 Jahren die Annahme einer zu Grunde liegenden homöostatischen Steuerung aller physiologischen Prozesse in einem lebendigen Organismus bestimmend: Claude Bernard (1813-1878) verwendete dafür den Begriff „la fixité du milieu intérieur“, Walter Cannon (1871-1945) „homeostasis – the wisdom of the body“ und Hans Selye (1907-1982) Reaktionen in Folge von „stress“. Alle messbaren Größen bzw. wichtigen Funktionen (z.B. die Regulation der Körpertemperatur in dem recht engen Bereich von wenigen Grad Celsius oder die Auseinandersetzung unseres immunologischen Abwehrsystems mit Viren und Bakterien) unterliegen zwar Schwankungen, sind aber immer das Resultat unzähliger interdependenter Regulationsvorgänge, die „automatisch“ erfolgen.

Insofern lautet die erste Antwort auf die im Titel gestellte Frage „Wie viel Kranksein braucht Gesundheit?“, **Gesundheit ist eine Folge homöostatischer Systemregulation in Folge von „Störungen“ (Kranksein)** - in einem breiten Spektrum von kleinen Herausforderungen über kritische und krisenhaft erlebte Wandlungen bis hin zu existenzieller Gefährdung durch Überforderung des Regulationspotentials. Grenzen werden oft erreicht bei seelischer und körperlicher Traumatisierung sowie bei chronischen und lebensbedrohlichen Erkrankungen.

Der berühmte Chirurg Ferdinand Sauerbruch schreibt in seiner klinisch-therapeutisch nach wie vor aktuellen und lesenswerten Monografie „Wesen und Bedeutung des Schmerzes“ (1936): *„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.“* In der heute verwendeten systemisch-konstruktivistischen Auffassung werden dafür entsprechend die Begriffspaare bzw. die Metapher verwendet, dass das „Gelände“ (das Sein, die Erfahrung) und die „Landkarten“ (wissenschaftliche und/oder persönliche Erklärungen und Konstrukte) nicht verwechselt oder gleichgesetzt werden dürfen. Weiter heißt es bei Sauerbruch im Text: *„es ist ganz unmöglich, diese Form der Krankheit erlebnismäßig zu realisieren, sowenig es andererseits dem Arzt gelingt, den Zustand des Kranken nachzuerleben. Die Rollen können hier nicht vertauscht werden. In Fortführung dieser Gedanken hat Eduard Spranger darauf hingewiesen, daß die bekannte und für diesen Sachverhalt gebräuchliche Unterscheidung von „subjektivem Befinden und objektivem Befund“ nicht geeignet sei, weil es sich dabei schon um Kategorien der ärztlichen Betrachtungsweise handelt. Dieser Einwand ist berechtigt, denn 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.“***

Um die Überlegungen zum Verhältnis von „Chaos und Ordnung“ sowie zu „Kranksein und Gesundheit“ in den Bereich meiner ärztlich-psychotherapeutischen Zusammenarbeit mit Menschen, die an chronischen Erkrankungen leiden, zu übersetzen, soll die eingangs gestellte und knapp beantwortete Frage „Wie viel Kranksein braucht Gesundheit?“ umformuliert werden in: **„Wie viel Krankheit verträgt Gesundsein?“**

Jede Antwort auf diese Frage kann zwar nur individuell und „systemspezifisch“ erfolgen, aber die Summe aller möglichen Antworten deckt vermutlich das vollständige Spektrum ab und unterliegt damit der statistischen Normalverteilung:

- Der eine angenommene Antwort-Pol des Spektrums lautet: **„Viel bis unvorstellbar viel“**

In der Physik wird der Fachbegriff „Resilienz“ verwendet, um die elastische Eigenschaft eines Tennisballs zu beschreiben, der trotz einwirkender Energien durch Schläger oder Auftreffen auf dem Boden und an einer Wand, sofort wieder seine ursprüngliche Form annimmt. In der Psychotherapieforschung wurde dieser Begriff im übertragenen Sinne erstmals verwendet, um darauf hinzuweisen, dass Kinder trotz furchtbarer Erfahrungen und Lebensbedingungen es schaffen, eine Schule abzuschließen und ein gutes Leben zu führen. Inzwischen wird er meist umfassender verwendet, um die Toleranz eines „Systems“ (z.B. einer Person) gegenüber Störungen zu beschreiben bzw. die Fähigkeit, Störungen von innen und von außen auszugleichen. Ein resilientes System ist also „stabil“ bzw. in der Lage, sich bei Störungen neu zu regulieren und sich veränderten Bedingungen anzupassen. Damit versucht man zu erklären, dass vergleichbare Ereignisse das Leben eines Menschen zerstören und extremes Leid verursachen können, während sie in einem anderen, ähnlichen Fall so verarbeitet werden, dass persönliches Wachstum und besondere Qualitäten die Folge sind (ggf. auch ermöglicht und gefördert durch eine professionelle therapeutische Zusammenarbeit).

- Der andere Antwort-Pol des Spektrums lautet: **„Wenig bis unvorstellbar wenig“**

Bei dieser Variante wird von hochkomplexen Kausalzusammenhängen ausgegangen, die durch eine bekannte Metapher der Chaostheorie veranschaulicht werden kann: dem sog. „Schmetterlingseffekt“. Minimale Luftturbulenzen, wie sie durch den Flügelschlag eines Schmetterlings verursacht werden, könnten Ausschlag gebend sein für eine Änderung der Großwetterlage, wenn genau dieses kleine Wirbelquentchen noch gefehlt hat, um eine vorhandene Dynamik so zu verstärken, dass ein „qualitativer Sprung“ im System ausgelöst wird und es „kippt“. Dieser Begriff wird z.B. bei der ökologischen Untersuchung eines Gewässers verwendet, das sehr viele Belastungen aufnehmen und kompensieren kann. Ein Fischsterben wird dann aber darauf aufmerksam machen, dass der Sauerstoffgehalt dramatisch abgesunken ist oder die Konzentration von Giftstoffen fatal angestiegen sein muss. Kleinste Impulse können also ganz viel bewirken, wenn ein „System“ in einem „instabilen“ Zustand ist.

An dieser Stelle ist es notwendig, wenn auch sehr verkürzt, einige systemtheoretische Annahmen („Landkarten“) zu erwähnen, um im weiteren Verlauf der Darstellung auf die ärztlich-therapeutische Zusammenarbeit mit Menschen einzugehen, deren *Gesundheit* und/oder *Gesundsein* auf Grund von *Krankheiten* und/oder *Kranksein* gelitten haben. Dies soll durch die Schilderung der Behandlung eines Patienten ergänzt und veranschaulicht werden, der wegen chronischer Schmerzen meine psychotherapeutische „Begleitung ein Stück des Weges“ gebraucht und gesucht hat.

Jedes Lebewesen kann betrachtet werden als ein „komplexes System“ mit spezifischen Eigenschaften: z.B. Offenheit (Durchfluss von Energie und Materie), Selbstorganisation und Selbstregulation (Homöostase, Balance, Harmonisierung), Emergenz u.v.a.m.. Das Arzt-Patient-Verhältnis wird in dieser nüchternen Wissenschaftssprache nach Willke (2005) gesehen als „eine Begegnung zweier, verschiedener, nicht trivialer, operativ geschlossener und selbstreferentieller Systeme“. Der zwischenmenschliche Austausch, die „therapeutische Beziehung“, spielt dabei eine zentrale Rolle. Daraus folgt, dass „jegliche Veränderung nur

als Eigenleistung des zu verändernden Systems möglich ist“ und damit alle therapeutischen Interventionen „von außen“ darauf angewiesen sind, „intern“ wahrgenommen und umgesetzt zu werden. Der dazugehörige Leitsatz lautet: „Der Empfänger bestimmt die Botschaft und nicht der Sender“. „Therapie“ dient in diesem Sinne also primär dazu, „in einem komplexen System günstige Bedingungen zu schaffen für die Möglichkeiten system-interner Selbstorganisation“.

Die beiden „komplexen Systeme“, Herr R. (in der Rolle des Patienten) und Dr. Ebell (in der Therapeutenrolle), sind sich in der Therapiesituation folgendermaßen begegnet:

Herr R. ist bei Erstkontakt 64 Jahre alt und leidet seit 10 Jahren unter einschießenden Schmerzen in der linken Gesichtshälfte, die oft über Hals und Schulter ausstrahlen. Leichte Störungen der Sensibilität und eine fragliche Gangunsicherheit hatten zu mehrfacher intensiver Diagnostik geführt, jedoch ohne eindeutiges Ergebnis. Die hoch dosierte Einnahme mehrerer Medikamenten brachte keine wirkliche Linderung und wirkte sich auf Wachheit, Belastbarkeit, Stimmung etc. eher negativ aus, konnte aber trotzdem bisher nicht abgesetzt werden. Seit der Frühpensionierung (wegen der geschilderten Symptomatik) zunehmende Zukunftsängste, insbesondere wegen der einmal von einem Untersucher geäußerten Verdachtsdiagnose einer Multiplen Sklerose; die Konzentration auf den Schmerz als die Quelle allen Übels und Konflikte mit der 10 Jahre jüngeren, berufstätigen und aktiven Ehefrau verstärkten seinen depressiv-resignativen Rückzug und führten zu intensivem Leiden (*Kranksein*).

Meine therapeutische Ausgangsposition: Selbstverständlich gibt es objektive und subjektive Grenzen, was verändert bzw. erreicht werden kann bei einer solch großen Herausforderung bzw. einer so langen und schwierigen Vorgeschichte. Es lohnt sich meiner Erfahrung nach jedoch immer, im konkreten Einzelfall zu ermitteln, wo genau diese Grenzen verlaufen. Jahrzehnte therapeutischer Erfahrung mit chronisch Kranken haben mich davon überzeugt, dass die besten Chancen für ein solches Unterfangen die **Zusammenarbeit der „Experten“** ist. Der Patient als Experte für sein *Kranksein* und der Therapeut als Experte für mögliche Interventionen auf Grundlage des aktuellen Wissens über *Krankheiten*, die die leidvollen Erfahrungen erklären könnten. **Ziel dieser Kooperation ist ein „optimales Management“, ein ganzheitliches Gesamt-Therapiekonzept, das beide Perspektiven (*Kranksein* und *Krankheit*) berücksichtigt.**

Damit sich dies zu einem erfolgreichen „joint (ad)venture“ entwickeln kann – wie weit man auch immer kommen mag! – sollte eine gute „Resonanz“ entstehen. Dieser Begriff aus der Physik steht dafür, dass jeder Körper auf seine eigene Art schwingt bzw. auf Schwingungen reagiert und soll als Metapher dienen, um auf die Wichtigkeit eines gemeinschaftlich-konstruktiven Austauschs auf der Beziehungsebene hinzuweisen („wenn die Chemie stimmt“) - im Gegensatz zur Dissonanz.

Warum sind „Resonanz“ und die Zusammenarbeit der „Experten“ an einem Gesamt-Therapiekonzept, das beide Perspektiven (*Kranksein* und *Krankheit*) beachtet, so wichtig? Unter der Annahme von selbstregulatorischen Kräften, die homöostatisch wirksam sind, kann jedes „Problem“ auch als eine „unter den gegebenen Umständen optimale Lösung“ gesehen werden und damit prinzipiell Wertschätzung verdienen. Das schließt natürlich nicht aus – wie wir auch der Ausgangssituation von Herrn R. entnehmen können – dass „bessere“ Lösungen trotzdem bitter notwendig sind. Wir müssen jedoch beachten, dass alle wichtigen

Erfahrungen im Gedächtnis (bewusst und unbewusst) tiefe Spuren hinterlassen haben. Aktuelle neurophysiologische Erkenntnisse zur sog. „Neuroplastizität“ (lebenslanges Lernvermögen und fortwährende Neubildung und Reorganisation von assoziativen Verbindungen im Zentralnervensystem, incl. Zellwachstum) sollten allen Beteiligten klar machen, dass es „*keinen Weg zurück gibt*“ in die Gesundheit *vor* der Krankheit bzw. *vor* dem leidvollen Kranksein, sondern „*nur einen Weg voran*“. Sowohl die Chronifizierung einer Schmerzsymptomatik über viele Jahre als auch deren Überwindung durch eine Entwicklung hin zu Wohlgefühl bzw. ausreichender *Gesundheit* und von *Gesundsein* können nur die Folge von kurz-, mittel- und langfristigen Lernprozessen und Erfahrungen sein, die ebenfalls im Gedächtnis Spuren hinterlassen. Für Menschen in der Patientenrolle - insbesondere bei hohen Erwartungen an die Möglichkeiten der Medizin im Sinne effektiver „Reparatur“-Maßnahmen - bedeutet es vor allem Arbeit an und mit einer Ent-Täuschung: Keine therapeutische Intervention „von außen“ (z.B. Operation, Spritze, etc.) kann den individuellen Lernprozess der Betroffenen selbst („von innen“) ersetzen. Selbstverständlich kann und muss dieses Lernen von therapeutischer Seite gefördert und unterstützt werden (ggf. auch ganz pragmatisch mit Hilfe von physikalisch-therapeutischen Maßnahmen, Chirurgie, Medikamenten u.a.).

Ein hohes, aber wesentliches, Ziel bei dieser Unterstützung ist es, die „Betroffenen“ bei der Auseinandersetzung mit ihrer chronischen Erkrankung (*Krankheit* und *Kranksein*) auf einen Weg als „aktiv Beteiligte“ zu bringen und sie dabei zu unterstützen, ihren eigenen Anteil an der Gesamtverantwortung für diesen Lernprozess zu übernehmen.

Für diese „Begleitung ein Stück des Weges“ sind aus der Therapeutenperspektive drei Aspekte wesentlich:

1. Die Patienten da abzuholen, wo sie sind. Das bedeutet insbesondere, **Leiden (*Kranksein*) anzuerkennen** und nicht in Frage zu stellen – auch wenn wir es „von außen“ kritisch hinterfragen können, weil wir keine objektivierbaren Faktoren (*Krankheit*) für das leidvolle Erleben finden. Es gilt, Wege zu suchen, das Leiden zu lindern und eine Krise bzw. Sackgassensituation überwinden zu helfen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass sich Therapeuten durch diesen Leidensdruck dazu bewegen lassen sollten, Maßnahmen vorzunehmen, die sie nicht (objektiv) begründen und vertreten können: „Primum nil nocere“ heißt es im Eid des Hippokrates (Höchstes Ziel ist, dem Patienten nicht zu schaden).

2. **Coping bzw. Hilfe zur Selbsthilfe fördern und optimieren.** Selbstkompetenz- und Selbstwirksamkeitserfahrungen fühlen sich grundsätzlich gut an und verstärken das Umlernen bzw. mögliche Wege heraus aus dem leidvollen Erleben (*Kranksein*) hin zu mehr Aktivität und Wohlgefühl (*Gesundsein*, ggf. trotz *Krankheit*). Je besser die Betroffenen mit ihrer Erkrankung zurecht kommen (englisch: to cope with s.th.), umso nachhaltiger werden die positiven Veränderungen sein.

3. **Individuelle Entwicklungsschritte unterstützen**, um not-wendige Anpassungen und Neu-Orientierungen anzuregen und zu fördern. Dabei sollten alle Veränderungen und Ereignisse für jede Art emanzipatorischer Schritte im jeweiligen Kontext (Partnerschaft und Familie, Arbeitsplatz, Freundeskreis u.a.) genutzt werden.

Zurück zur Zusammenarbeit mit Herrn R.: Wie ging es weiter bzw. wie wurden die o.g. drei Aspekte umgesetzt?

1. Es war sehr wichtig, die Sorgen und Ängste ernst zu nehmen und gemeinsam nach deren Quellen sowie nach entkräftenden Gegenargumenten zu suchen (z.B. um die

MS-Ängste als Folge negativer (Auto-)Suggestion zu entmachten). Das Auf und Ab der Schmerzen wurde auf Grund eigener, aktueller Erfahrungen als zusammenhängend mit Gefühlen und als abhängig vom Grad der seelischen und körperlichen Belastung erlebt - mit der Konsequenz, darüber positiv Einfluss nehmen zu können, sich also auch Erleichterung verschaffen zu können. Hoffnung und Zuversicht konnten gepflanzt werden, dass sich auch nach so langer Zeit noch Vieles ändern kann. (...)

2. Der Weg zur Praxis bzw. zu den Therapiestunden wurde zu einer „Lernstrecke“ mit immer häufigeren Erfolgs- und Selbstkompetenzerlebnissen: zuerst mit dem Taxi, dann mit der Straßenbahn, zuletzt zu Fuß; es folgten Erkundungen des Stadtviertels auf Grundlage von Jugenderinnerungen. Flohmarktbesuche (kaufen und verkaufen) wurden wieder aufgenommen. Alle Medikamente konnten über viele Monate konsequent und kontinuierlich reduziert werden bis zum Absetzen (bis auf eine gelegentliche Einnahme von Tavor, einer sofort und stark Angst lösend wirkenden Substanz; wobei es meist ausreichend war, eine Tablette dabei zu haben „für den Fall, dass“) - mit deutlich besserem Befinden in der Folge. Immer häufiger gemeinsame Unternehmungen mit der Ehefrau: Hauptnenner: Heraus aus der depressiv-ängstlichen Passivierung in die Aktivierung.

3. Herr R. hatte Psychologie studiert und im Fach Jahrzehnte sehr engagiert gearbeitet - vermutlich bis zum „Burnout“ zum Zeitpunkt der Frühpensionierung. Er empfand es als erhellende und entlastende Erkenntnis, dass die Schmerzsymptomatik in den letzten Jahren wohl die Funktion hatte, sich nicht mit seinen starken Ängsten auseinandersetzen zu müssen/können, weil „sowieso nichts ging“. Dieser „Aha-Effekt“ ermöglichte es ihm, auf den sog. „sekundären Krankheitsgewinn“ als aufrechterhaltende bzw. verstärkende Bedingung der Schmerzen zu verzichten und offensiv mit seinen Ängsten und phobischen Vermeidungsstrategien auseinander zu setzen. Diese Haltung wurde belohnt durch viele Erfolgserlebnisse und eine generelle Aktivierung. Hinzu kam, dass eine lebensbedrohliche Erkrankung der Ehefrau (mit notwendiger Operation, die gelang, aber eine sehr lange Rehabilitationsphase mit deutlicher Leistungsminderung zur Folge hatte) zu einem Rollenwechsel führte: Er kümmerte sich um den Haushalt (weitgehend) und war nun derjenige, der darauf drängte, mehr zu unternehmen; sie musste bremsen und erlebte sich oft als hilflos und ohnmächtig, weil sie „nicht kann“. Beide können sich und ihre Reaktionen dadurch viel besser verstehen und sich weitgehend als gegenseitig unterstützend erleben – statt „nervend“, wie in den Jahren davor.

Nach ca. 2 Jahren und 35 Einzelstunden (davon viele gemeinsam mit der Partnerin, um die individuellen Veränderungen „systemisch“ kompatibel und nachhaltig zu gestalten und zu verankern) wird die Psychotherapie aus Sicht des Patienten „subjektiv zufriedenstellend“ beendet: Er habe zwar immer noch Schmerzattacken, diese seien aber seltener und meist nicht so intensiv. Meist könne er damit umgehen bzw. er versuche, sie als höchst empfindlichen Monitor für seine persönliche Belastung, welche auch immer, zu interpretieren und dementsprechend gut für sich zu sorgen. Die Leistungsfähigkeit sei nach wie vor eingeschränkt bzw. die Grenzen für Aktivitäten enger gesetzt als ihm bzw. ihnen beiden lieb sei. Ängste und phobisches Vermeidungsverhalten (z.B. Auto fahren) seien schon noch ein Problem.

Ein zufälliges Treffen auf der Straße in der Nähe meiner Praxis ein Jahr nach Therapieende bestätigt den Fortgang der guten Entwicklung. Er und seine Frau erzählen begeistert von der letzten Fahrt mit einem Kreuzfahrtschiff in den norwegischen Fjorden und Ausflügen aufs Land.

Zum Abschluss auf die umformulierte Frage „Wie viel *Krankheit* verträgt *Gesundsein*?“ nun eine zweite Antwort im Hinblick auf die Arbeit mit chronisch Kranken: **Viele chronische Krankheiten, insbesondere Krebserkrankungen, beinhalten große - und individuell gesehen oft zu große - Herausforderungen** sowohl für die Betroffenen (Patientenrolle) als auch für die Behandelnden (Therapeutenrolle). Insbesondere, wenn viele Fachgebiete beteiligt sind („interdisziplinär“) und verschiedene Behandlungsmaßnahmen gleichzeitig angewandt werden („multimodal“), wirkt sich die heutige Überbewertung von apparativ-technischen Untersuchungen und Maßnahmen wie auch der Mangel an Zeit für Zuwendung und die Unterbewertung von Gesprächsleistungen fatal aus. Die notwendige und im Kern eigentlich heilsame Ent-Täuschung im Hinblick auf die mangelnde Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von „Reparatur“-Versuchen kann so nicht nur nicht aufgefangen werden, sondern wirkt sich meist sogar als kräftiger Impuls für eine weitere Umdrehung der Chronifizierungsspirale in die falsche Richtung aus: Zunahme von Inaktivität, Depressivität, Resignation, Leidensdruck und Groll. Eine ungute Karriere vom „schwierigen Patienten“ bis zum „hoffnungslosen Fall“ scheint dann vorgezeichnet.

Beide Seiten müssen darum alles daran setzen, gemeinsam individuelle Antworten und Grenzen zu ermitteln. Nur eine **Kooperation der „Experten“ (Patient für das *Kranksein* und Behandelnde für die *Krankheit*) ermöglicht eine Optimierung der Suche nach „besseren Lösungen“ bzw. gemeinsame Bemühungen um eine „Re-Organisation des Systems“. Diese Suche bzw. „Begleitung ein Stücke des Weges“ ist **ein gemeinsamer Lernprozess, der über Scheitern und/oder Gelingen entscheidet** – gerade in Anbetracht der Selbstverständlichkeit des Vorliegens von subjektiven und objektiven Grenzen. Dieses Herangehen ist „**Beziehungsmedizin**“ - eine hohe aber letztlich unabdingbare Anforderung an ärztliches Handeln im Umgang mit Menschen, die an ihrer chronischen Erkrankung leiden.**

Um die oben bereits erwähnte nüchterne systemische Wissenschaftssprache von der therapeutischen Beziehung zwischen Patient und Arzt als „Begegnung zweier verschiedener, nicht trivialer, geschlossener und selbstreferentieller Systeme“ beziehungsmedizinisch zu übersetzen, komme ich auf den Begriff der „Resonanz“ zurück. Monika Glawischnig-Goschnik, psychoonkologisch tätige Ärztin und Musiktherapeutin an der Universität Graz, hat den Vorschlag gemacht (2010), für die intensive Zuwendung und den klärenden Austausch, der notwendig ist, um gemeinsam individuell angemessene Therapieziele zu finden, die Begriffe „resonance based medicine“ und „resonance based therapy“ zu verwenden. Ein optimales Gesamt-Therapiekonzept, das den Namen einer „**Resonance Based Medicine**“ verdient, sollte darum **objektiv angemessen** (d.h. basierend auf dem aktuellen Stand des Wissens über *Krankheiten* wie es in „state of the art“-Leitlinien und auf Grundlage methodisch hochwertiger wissenschaftlicher Studien als „Evidence Based Medicine“ publiziert ist) **u n d subjektiv zufriedenstellend** (d.h. dem Leiden und *Kranksein* gerecht werdend) sein.

Vorschläge für vertiefende Literatur:

- Karl Toifl: Lebensfluss zwischen krank und gesund (Facultas 2004)
- Helmut Willke: Systemtheorie II – Interventionstheorie (UTB 2005)
- Publikationen von Prof. Günter Schiepek