

Hypno-Therapeutische Kommunikation: Kernelement einer auf Resonanz basierten Medizin („Resonance Based Medicine“)

Hansjörg Ebell

1. Systemtheoretisch-konstruktivistische Annahmen

The fundamental basis of care and the fundamental basis of hypnosis are identical: How best to communicate what is essential for the patient? How best to pick up the messages the patient sends us and what he expects of us? How best to help the patient activate what is most useful within him- or herself? (Virost, 2016, S. 12)

Um den zentralen Stellenwert intersubjektiver Resonanz für die therapeutische Verwendung von Kommunikation zu verdeutlichen, wird vorab darauf hingewiesen, dass sich im Gesundheitswesen Hilfe Suchende und Hilfe Bietende verständigen müssen, bei ihrem Austausch jedoch von grundverschiedenen Voraussetzungen ausgehen.

1.1 Kranksein und Krankheit

In einer nach wie vor lesenswerten Monografie „Wesen und Bedeutung des Schmerzes“ 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; [...] In Fortführung dieser Gedanken hat Eduard Spranger darauf hingewiesen, daß die bekannte und für diesen Sachverhalt gebräuchliche Unterscheidung von ‚subjektivem Befinden und objektivem Befund‘

Hansjörg Ebell, München

Hypno-Therapeutische Kommunikation: Kernelement einer auf Resonanz basierten Medizin („Resonance Based Medicine“)

Alle Interaktionen zwischen Behandelnden und Behandelten in der Medizin sollten dazu dienen, angemessene Ziele zu ermitteln und diese zu erreichen. Für und Wider von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen müssen dafür immer wieder geklärt werden. Sowohl objektive Befunde als auch Gespräche und persönliche Einschätzungen können entscheidend sein. In einer Atmosphäre wechselseitiger „Resonanz“ zwischen Hilfe Bietenden und Hilfe Suchenden herrschen optimale Bedingungen, um Fachkompetenz einbringen zu können. Systemtheoretische Annahmen zur Regulation in und zwischen komplexen, selbstreferentiellen Systemen dienen der Orientierung wie Landkarten für unbekanntes Territorium. Therapeutische Kommunikation bedeutet, sich bei jedem Austausch auf dessen Nutzen für vereinbarte Ziele zu konzentrieren. Eine Haltung zuversichtlicher Erwartung wirkt sich positiv aus. Diese Qualität intersubjektiver Resonanz hat sich sowohl im Kontext von Beratung und Psychotherapie als auch in der Medizin als hilfreich und wirksam erwiesen. Mittels Hypnose und Selbsthypnose können darüber hinaus – im Kontext eines angemessenen Gesamt-Therapiekonzepts – Trance-Erfahrungen gezielt als Ressourcen „utilisiert“ (Milton H. Erickson) werden.

Der Begriff „Resonance Based Medicine“ (RBM) soll auf die fundamentale Bedeutung intersubjektiver Resonanz für alle Interaktionen im Gesundheitswesen verweisen. Der Vorschlag beruft sich auf die wissenschaftliche Verwendung der Analogie zur physikalischen Resonanz in Disziplinen wie Systemtheorie, Psychologie, Philosophie und Soziologie. „Resonance Based Medicine“ soll als Oberbegriff für eine Medizin stehen, in der intersubjektive Kommunikation und Beziehung als Grundlage von allen diagnostischen Abwägungen und therapeutischen Handlungen anerkannt werden. Die lautmalersche Ähnlichkeit zur „Evidence Based Medicine“ (EBM), die wissenschaftlich derzeit als Goldstandard gilt, ist beabsichtigt. Beide Konzeptualisierungen, EBM und RBM, können und sollten sich ergänzen. Die Perspektive auf Ursache-Wirkungsbeziehungen (Pathogenese) mit entsprechenden Interventionen benötigt die Ergänzung um eine beziehungsorientierte Perspektive, die auf Ressourcen und Wachstumspotential setzt bzw. individuelle Möglichkeitsräume eröffnet (Salutogenese). Beide Aspekte sind charakteristisch für eine Medizin, in der die vielfach geforderte patientenzentrierte Kommunikation auch praktiziert wird. Beide sind spätestens dann unbedingt zu beachten, wenn es sich um chronische Erkrankungen mit ihrem komplexen Bedingungsgefüge aus objektivierbaren und subjektiven Faktoren handelt. Intersubjektive Resonanz und therapeutische Kommunikation ermöglichen es, eine aufmerksame und schwingungsfähige Wachstumsatmosphäre zur Verfügung zu stellen. In der Arzt-Patientenbeziehung ist dies wesentlicher Anteil professioneller Kompetenz. Hypnotherapeutische Kommunikation ist dafür als Kernelement geeignet.

Schlüsselworte: Resonanz, Resonanz basierte Medizin (RBM), Evidenz basierte Medizin (EBM), intersubjektive Resonanz, patientenzentrierte Kommunikation, therapeutische Kommunikation, hypnotherapeutische Kommunikation, Biopsychosoziales Modell, Salutogenese

Hypno-therapeutic communication: Core element of a Resonance Based Medicine

Interactions between health care professionals and their patients should focus on carefully-chosen goals and appropriate means to achieve those goals. Arguments for or against particular diagnostic and therapeutic measures will need to be continuously evaluated. In this respect not only objective findings but also discussions as well as personal assessments can prove decisive. An atmosphere of reciprocal resonance between the caregiver and the careseeker creates the optimal conditions for the application of professional expertise. System-theoretical theses regarding the regulation within complex, self-referential systems – and among such systems – can serve as a map that offers orientation in an unknown territory. Therapeutic communication is an exchange that focuses on the potential benefits it can yield for the stated goal. Here, a posture of confident expectation will prove constructive and effective. This quality of intersubjective resonance has proven itself helpful and effective in both counseling and psychotherapy, as well as in medicine. Moreover, using hypnosis and self-hypnosis demonstrates that trance phenomena can also be utilized as resources (Milton H. Erickson) within the context of an adequate complete therapeutic concept.

„Resonance Based Medicine“ (RBM) is a concept that refers to the fundamental significance of intersubjective resonance for all interactions in the service of health. It is a proposal that invokes the scientific application of an analogy to physical resonance as encountered in disciplines such as systemic theory, psychology, philosophy and sociology. „Resonance Based Medicine“ is an understanding of medicine that treats intersubjective communication and relationship as the basis of all diagnostic consideration and therapeutic action. The onomatopoeic similarity to „Evidence Based Medicine“ (EBM), the scientific gold standard today, is intentional. Both concepts, EBM and RBM, can and should complement each other. Viewed from the perspective of interventions the cause and effect relationship (pathogenesis) requires a perspective on interrelation that features resources and growth potential in order to call upon the inherent possibilities of the individual (salutogenesis). Both aspects are characteristic for a clinical medicine in which patient-centered communication is practiced. Both must be unconditionally respected in the face of chronic illness with its complex structure of objective and subjective factors. The professional challenge of fostering an atmosphere of growth for the patient is particular valid for the relationship between physician and patient; hypno-therapeutic communication emanates from an attentiveness and receptivity that makes it a particularly suitable core element here.

Keywords: resonance, Resonance Based Medicine (RBM), Evidence Based Medicine (EBM), intersubjective resonance, patient centered communication, therapeutic communication, hypnotherapeutic communication, biopsychosocial approach, salutogenesis

Dr.med. Hansjörg Ebell
Breisacherstraße 4 (Rückgebäude)
81667 München
dr.h.ebell@t-online.de

erhalten: 31.5.2016

revidierte Version akzeptiert: 29.4.2017

Resonance Based Medicine

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. (Sauerbruch & Wenke, 1936, S. 76)

Unter welchen Bedingungen können diese beiden qualitativ unterschiedlichen Perspektiven auf das Selbe zu einer fruchtbaren Zusammenarbeit beitragen? Wann und wie führen sie auch zu Konflikten und Miss-Verständnissen mit höchst problematischen Schlussfolgerungen für beide Seiten?

1.2 Körperlich oder seelisch bedingt – Trennung „im Auge des Betrachters“

Die heutige Medizin ist geprägt von diagnostischen Kategorien und Klassifizierungssystemen, die auf Grund der angenommenen Entstehungsursachen körperlich und/oder seelisch begründete Störungen zu unterscheiden trachten (Pathogenese einer Krankheit). Die meisten zeitgenössischen Bemühungen, diese Trennung von Körper und Geist in Theorie und Praxis zu überwinden, gehen gleichwohl von der Unterscheidung als Voraussetzung aus. Fröhlich et al (2016 a, b, c) begründen, dass und warum der bio-psycho-soziale Ansatz (Engel 1977) dringend einer kritischen Betrachtung und Neubewertung bedarf. Im Hinblick auf die Komplementarität der Perspektiven von *Krankheit* und *Kranksein* eröffnet dieses multifaktorielle Modell trotzdem Denk- und Handlungsspielräume:

Das biopsychosoziale Modell gilt inzwischen als die bedeutendste Theorie für die Beziehung zwischen Körper und Geist. [...] Nach diesem Modell eines ganzheitlichen Krankheitsverständnisses kann es keine psychosomatischen Krankheiten geben – genau so wenig wie es nicht-psychosomatische Krankheiten gibt. Krankheit stellt sich dann ein, wenn der Organismus die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen auf beliebigen Ebenen des Systems ‚Mensch‘ nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und relevante Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind bzw. ausfallen. Wegen der parallelen Verschaltung der Systemebenen ist es nicht so bedeutsam, auf welcher Ebene oder an welchem Ort eine Störung generiert oder augenscheinlich wird, sondern welchen Schaden diese auf der jeweiligen Systemebene, aber auch auf den unter- oder übergeordneten Systemen zu bewirken imstande ist. Krankheit und Gesundheit sind im biopsychosozialen Modell nicht als ein Zustand definiert, sondern als ein dynamisches Geschehen. So gesehen muss Gesundheit in jeder Sekunde des Lebens ‚geschaffen‘ werden. (Egger, 2005, S. 1)

Krankheit und Gesundheit bzw. krank sein oder gesund sein können systemtheo-

retisch als permanentes dynamisches Geschehen und systemimmanente Emergenz aufgefasst werden. Die ärztliche Aufgabe besteht vor allem darin, die geklagten Beschwerden sich selbst und den Patienten schlüssig und weiterführend erklären zu können. Von beiden Seiten wird erhofft und erwartet, dass die Ängste, Fragen und/oder leidvollen Erfahrungen, die ins Gesundheitswesen geführt haben, über die gefundenen Antworten, d.h. Erklärungen durch körperliche und/oder seelische oder andere „Ursachen“, zu einer Besserung und Heilung führen. Der intersubjektive Austausch zwischen Arzt und Patient bzw. den jeweiligen Protagonisten von *Krankheit* und *Kranksein* beinhaltet viele Optionen für ein Gelingen, d.h. die vereinbarten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen führen zu befriedigenden Ergebnissen. Dieser Austausch birgt aber auch vielfältige Risiken für Miss-Verständnisse und kann scheitern – vor allem, wenn die Behandelten sich nicht verstanden oder ernst genommen fühlen und/oder in ihrem Leiden und ihren Ängsten nicht ausreichend entlastet werden können.

Hypnosystemische Auffassungen von Kommunikation zielen darauf ab, dass Behandelnde und Behandelte möglichst eng kooperieren und sich auf das Gelingen des Austauschs konzentrieren – ganz gleich wodurch eine Störung letztendlich bedingt war oder aktuell ist. Beide Seiten können so ihr maßgebliches Expertentum zu den jeweiligen Perspektiven von *Krankheit* und *Kranksein* optimal einbringen. Im derzeit vorherrschenden medizinisch-naturwissenschaftlichen „Reparatur“-Modell wird der Patient meist zum passiven Empfänger einer von Spezialisten verordneten und durchgeführten Therapiemaßnahme. Wenn Behandlungsmaßnahmen nicht zum erwarteten Erfolg führen, steigt die Wahrscheinlichkeit von Konflikten und droht ein Scheitern der Bemühungen. Oft hängt es von einer Beteiligung an der Entscheidungsfindung und/oder aktiver Mitarbeit der Patienten ab, ob ein zufriedenstellendes Ergebnis der Behandlung erreicht werden kann. Vor allem bei chronischen Erkrankungen erfordert die gegebene Komplexität von objektivierbaren und subjektiven Faktoren meist eine hohe Motivation und aktive Beteiligung von Seiten der Betroffenen.

1.3 Systemtheoretische Bedingungen für gelingende Intervention/Therapie

In der wissenschaftlich nüchternen Sprache der Systemtheorie (Willke, 2005) wird der intersubjektive Austausch der Protagonisten einer Therapievereinbarung, z.B. Arzt und Patient, zu einer Begegnung, bei der „sich zwei (oder mehrere) verschiedene, nichttriviale, operativ geschlossene und selbstreferentielle Systeme gegenüber stehen“ (S. 88). Bezüglich der Voraussetzungen gelingender Intervention/Therapie begründet Willke, warum die Kommunikationsregel, dass der Inhalt einer Botschaft maßgeblich von ihrem Empfänger bestimmt wird und nicht vom Absender, unbedingt zu beachten ist:

Ganz im Gegensatz zu herkömmlichen Vorstellungen von Intervention bedeutet dies, dass jede externe Intervention darauf angewiesen ist, sich als Ereignis im

Resonance Based Medicine

Bereich der möglichen Perzeptionen des intervenierten Systems darzustellen und als Information in die operativen Kreisläufe dieses Systems eingeschleust zu werden. Wie diese Informationen sich auswirken, hängt in erster Linie nicht von den Absichten der Intervention, sondern von der Operationsweise und den Regeln der Selbststeuerung des Systems ab, in das interveniert werden soll. [...] Veränderung ist – legt man die Theorie selbstreferentieller Systeme zu Grunde – nur als Eigenleistung des zu verändernden Systems möglich. (Willke, 2005, S. 88/89)

Da praktisch und juristisch das Für und Wider jeder diagnostischen und therapeutischen Maßnahme vorher erörtert werden muss, ergibt sich aus diesen und weiteren systemtheoretischen Annahmen (Böse & Schiepek, 1989; Bökmann, 2000; Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2004; Petzold, 2014) folgende Konsequenz: Für alle Begegnungen und Interventionen sollte Ausschlag gebend sein, ob für den verunsicherten und/oder leidenden Patienten daraus ein angemessener und weiterführender Beitrag zur Lösung von Problemen bzw. zur Förderung seines Gesundseins erwächst (salutogenetische Perspektive, s. 3.5). Eine Atmosphäre gegenseitiger „Resonanz“ ist dafür am besten geeignet. Nicht nur, weil auf diese Weise von Seiten der Behandelnden die professionelle Fachkompetenz optimal eingebracht werden kann; durch eine zuversichtliche und aktive Beteiligung auf Seiten der Behandelten steigt auch die Wahrscheinlichkeit für positive Entwicklungen stark an. Für die Beantwortung der im Zitat von Virot (2016) diesem Abschnitt vorangestellten Grundfragen von Medizin und Hypnose ist Resonanz also von entscheidender Bedeutung. Sie wird zu einem wesentlichen Faktor, der über Gelingen oder Scheitern einer Begegnung oder Therapie entscheiden kann. Das Lebenswerk von Milton H. Erickson (1980/1997) bietet diesbezüglich einen unerschöpflichen Schatz an exemplarischen, erstaunlichen Fallgeschichten mit tiefgründigen Reflexionen über das Wesen und die Bedingungen einer therapeutisch wirksamen Kommunikation.

Der Vorschlag, hypno-therapeutische Kommunikation als Kernelement einer auf Resonanz basierten Medizin zu betrachten, wurzelt in den eben skizzierten und nun kurz zusammengefassten Annahmen:

- Krankheit und Kranksein sind qualitativ unterschiedliche Aspekte des Selben; ihre scheinbare Unvereinbarkeit, z.B. als Streit zwischen Arzt und Patient darüber, ob die geklagten Beschwerden körperlich oder seelisch bedingt sind, erwächst aus den komplementären Perspektiven der Protagonisten und ist abhängig von der Qualität ihres Austauschs. Die prinzipiell unterschiedlichen Perspektiven können auch als Voraussetzung des jeweiligen Expertentums von Behandelnden und Behandelten aufgefasst werden. So werden sie zu einer geeigneten Grundlage für die notwendige, enge Zusammenarbeit an einem objektiv angemessenen und subjektiv zufriedenstellenden Gesamt-Therapiekonzept und können für vereinbarte Therapieziele genutzt („utilisiert“) werden (s. 2.1).
- Interventionen und Therapie werden verstanden als interpersonaler, d.h. intersub-

jektiver Austausch von Menschen in ihren sozialen Rollen. Die Protagonisten müssen lernen, konstruktiv damit umzugehen, dass in der zeitgenössischen Medizin und Psychotherapie Fragen nach den körperlichen oder seelischen Ursachen einer Krankheit oder Störung beantwortet werden müssen. Im Kontext eines naturwissenschaftlichen Modells zur Pathogenese kann diese Spaltung nicht überwunden werden – auch nicht durch Ergänzungen um psychische, soziale, spirituelle und weitere Dimensionen. In einem systemtheoretischen Modell zur Salutogenese (Entstehungsbedingungen für Gesundheit bzw. gesund sein) können sowohl objektivierbare Befunde wie subjektive Erfahrungen für die Ursachensuche wie auch für die Behandlungsperspektive gewürdigt werden. Sie werden als Folge einer Resonanz von allen bekannten und unbekanntem beteiligten Faktoren und Ebenen gesehen und können zu Entwicklungen im gewünschten Sinne führen (Synergie, Emergenz), zu einer Besserung und/oder gar Heilung.

- Hypno-Therapeutische Kommunikation in der Medizin beruht auf systemtheoretisch-konstruktivistischen Annahmen. Diese eröffnen Möglichkeitsräume, d.h. Optionen für eine kreative und fruchtbare Kooperation der Protagonisten. Ein Wechsel der Kommunikationsperspektive auf salutogene Faktoren ist dafür wesentlich. Annäherungsziele (Gesundwerden und Heilung) können auf vielfältige Art und Weise gefördert werden. Dieser Perspektivenwechsel ist eine Ergänzung und in vielen Fällen auch eine notwendige Alternative zum vorherrschenden Fokus auf Vermeidungsziele (Bekämpfen und Beseitigen einer Störung).
- Systemtheoretisch-konstruktivistische Annahmen verweisen auf die fundamentale Bedeutung von Resonanzphänomenen. In komplexen, selbstreferentiellen Systemen müssen bestimmte Bedingungen erfüllt sein („Instabilität“), damit Interventionen gelingen bzw. sich quantitative und qualitative Veränderungen ereignen können.

2 Hypno-Therapeutische Kommunikation als patientenzentrierte Kommunikation in einer auf Resonanz basierten Medizin

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 infolgedessen engagiert sein eigenes Potential erforscht, wie seelische und körperliche Reaktionen sowie Verhaltensweisen angemessen verändert werden können. (Erickson & Rossi, 1981, S. 128)

Für die Arbeit von Psychotherapeuten ist die Bedeutung einer patientenzentrierten Kommunikation evident. Die Person und ihr Bezugssystem sind die Quelle aller Informationen und der intersubjektive Austausch ist die Ebene aller Interventionen, die

Resonance Based Medicine

Veränderungen bewirken können und sollen. In der naturwissenschaftlich orientierten Medizin werden jedoch überwiegend objektivierbare Befunde für entscheidend wichtig erachtet. Der verbale und nonverbale Austausch mit dem Patienten erscheint aus diesem Blickwinkel eher als subjektives Beiwerk, wenn auch unterschiedlich gewichtet; in seiner Bedeutung für Behandlungskonzepte wird diese Art von Kommunikation eher als eine Sache von Spezialisten, z.B. Psychosomatik und Psychiatrie, angesehen. Jedoch, auch in der ursprünglichen Definition der „Evidence Based Medicine“ (EBM) heißt es:

Evidence based medicine ist the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. [...] Increased expertise is reflected in many ways, but especially in more effective and efficient diagnosis and in the more thoughtful identification and compassionate use of individual patients' predicaments, rights, and preferences in making clinical decisions about their care. (Sackett et al., 1996, S. 71)

Dieser klare Hinweis, die Präferenz des Patienten in klinische Entscheidungen mit einzubeziehen, fällt in der aktuellen Diskussion zum Pro und Contra der EBM fast immer unter den Tisch (Eichler et al., 2015; Mühlhauser & Meyer, 2016). Er wird eher unter den Begriffen „Shared Decision Making“ / SDM (Caspari, 2007; Barry & Edgman-Levitan, 2012) und „Partizipative Entscheidungsfindung“ / PEF (Klemperer, 2003, 2015; Hauser et al., 2015) diskutiert. In der Onkologie wird die Beachtung der Präferenz der Patienten explizit eingefordert: „Patientenzentrierte Kommunikation bezeichnet ein kommunikatives Verhalten, das die körperliche und emotionale Verfassung des Patienten, seine persönlichen Werte, Bedürfnisse und Präferenzen berücksichtigt und seine Selbstkompetenz und Handlungsfähigkeit fördert.“ Als Ziele und Aufgaben werden anhand von sechs ineinandergreifenden Funktionen genannt: „Fördern einer hilfreichen, ‚heilsamen‘ Beziehung; Austausch von Informationen; Umgehen mit Emotionen; gemeinsame Entscheidungsfindung zum weiteren Vorgehen; Toleranz für Ungewissheit fördern; Unterstützen von Selbstbestimmung, Kontrolle und Handlungsfähigkeit.“ Es folgt die wichtige Ergänzung: „Die aufgeführten Funktionen, die sich an konkreten kommunikativen Zielen und Notwendigkeiten für Krebspatienten orientieren, implizieren eine kommunikative Grundkompetenz bzw. Haltung, die nicht auf umschriebene Regeln oder Gesprächstechniken, sogenannte ‚skills‘, beschränkt ist“ (S3-Leitlinie der AWMF, 2014, S. 82).

Milton H. Erickson (1967) hat es in dem Zitat, das diesem Abschnitt vorangestellt ist, vor 50 Jahren ähnlich ausgedrückt. Es handelt sich dabei um den Beginn eines Vortrags, den er auf dem Ersten Internationalen Kongress zu Hypnose und Psychosomatischer Medizin in Paris 1965 gehalten hat.

Im Folgenden (2.1) wird intersubjektive Resonanz als prinzipielle Voraussetzung einer patienten-zentrierten Kommunikation in Psychotherapie und Medizin angeführt.

Im Anschluss (2.1.1 - 2.1.5) wird aufgezeigt – grafisch veranschaulicht durch aufeinander aufbauende Stufen einer Pyramide – dass die Aspekte der hypnotherapeutischen Verwendung („Utilisation“) von intersubjektiver Kommunikation weitgehend deckungsgleich sind mit denen einer allgemeinen therapeutischen Kommunikation. Hypnose und Selbsthypnose (2.2, 2.3) eröffnen darüber hinaus noch weitere therapeutische Optionen im Kontext eines angemessenen Gesamt-Therapiekonzepts.

2.1 Intersubjektive Resonanz ist Voraussetzung für eine patientenzentrierte und therapeutisch wirksame Kommunikation

Seit über einem Jahrhundert wird von Psychoanalytikern verschiedener Schulen über dyadische, zwischenmenschliche Kommunikation nachgedacht und geforscht. Ziel war und ist es dabei vor allem, verlässliche biografische Informationen zu gewinnen und die Kommunikation zwischen dem Analytiker und dem Analysanden klärend und therapeutisch zu verwenden. Altmeyer verweist auf eine „intersubjektive oder relationale Wende“ (2016, S. 109) der zeitgenössischen Psychoanalyse und charakterisiert Resonanz als „seelisches Bindemittel der ersten Stunde“ (S. 193). Er betont die Rolle sozialer Resonanz für das ganze Leben als „etwas, das zwischen den Menschen entsteht: Sie schafft eine Verbindung zum Anderen und stiftet Identität“ (S. 193ff).

In ihrer systemtheoretischen Schrift „Intersubjektivität in der Psychoanalyse - Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis“ fordern Orange, Atwood und Stolorow (2001) eine Haltung empathisch-introspektiver Erforschung als notwendige Alternative zu den Mythen der Neutralität, Objektivität und suggestionsfreien Deutung des Analytikers in der traditionellen Konzeptualisierung:

Unter klinischem Blickwinkel ist die Intersubjektivität weniger eine Theorie als vielmehr ein bestimmtes Empfindungs- und Wahrnehmungsvermögen, eine durch kontinuierliche Sensibilität für das unvermeidliche Wechselspiel zwischen Beobachter und Beobachtetem charakterisierte Haltung, die davon ausgeht, dass wir uns nicht in das Erlebnis eines anderen hineinversetzen oder -versenken, sondern dass wir uns ihm im intersubjektiven Raum anschließen. Jeder, der sich im intersubjektiven Feld befindet, trägt eine organisierte und organisierende emotionale Geschichte an den Prozess heran. (Orange, Atwood & Stolorow, 2001, S. 18)

Auch wenn es sich hier um spezifisch psychodynamische Erwägungen handelt, sind diese für den Austausch von Behandelnden und Behandelten im Gesundheitswesen doch von allgemeiner Bedeutung. Ein Mensch, der Schmerzen hat, verunglückt ist oder sich wegen irgendetwas Sorgen macht – um nur drei häufige Gründe zu nennen, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen – sucht vor allem fachliche Kompetenz. Der erreichbare Erfolg – und in Verbindung damit auch der gute Ruf der Behandelnden – werden jedoch wesentlich beeinflusst von mitmenschlicher Schwingungsfähigkeit (Resonanz) und damit verbundener kommunikativer Kompetenz. Fokussierte Auf-

Resonance Based Medicine

merksamkeit mit wohlwollendem Interesse am Gegenüber (Präsenz) ist die beste Voraussetzung für den bei einer medizinischen Behandlung erforderlichen wechselseitigen Austausch zur Klärung, worum es eigentlich geht oder gehen soll.

Rosa hat in seinem Entwurf einer „Soziologie der Weltbeziehung“ ausgeführt, dass „sich der Resonanzbegriff als Metapher zur Beschreibung von Beziehungsqualitäten in hohem Maße eignet und dass er ein enormes Anregungspotential für die Untersuchung von Weltverhältnissen auf nahezu allen Feldern des menschlichen Lebens entfaltet.“ (2016, S. 281). Intersubjektivität in der Psychotherapie führt er als Erklärung dafür an, warum es möglich ist, über die Beziehungsebene Veränderungen zu bewirken. Er spricht von einem „Resonanzraum, in dem es [...] über Synchron- und Response-Resonanzen gelingt, die Situation des Klienten aufzunehmen, hör- und fühlbar zu machen“ und zitiert als Fußnote aus dem „Wörterbuch der Psychotherapie“ (Stumm & Pritz, 2009, S. 286): „In der therapeutischen Situation ist der Therapeut achtsam auf seine Resonanz, er pendelt in seiner Aufmerksamkeit hin und her zwischen Wahrnehmen des Klienten und dem Wahrnehmen seiner Resonanz zu diesem Klienten. [...] Die Resonanz ist somit die Hauptquelle therapeutischen Verhaltens.“

Jede Arzt-Patient-Interaktion beinhaltet auch in den sozialen Rollen immer die zwischenmenschliche Ebene, d.h. intersubjektive Resonanz. Diese kann sich auf die therapeutische Zusammenarbeit günstig aber auch ungünstig auswirken (s. Beispiel aus dem klinischen Alltag, 3.2). Wenn „die Chemie nicht stimmt“ oder wenn starke Emotionen mitschwingen (wie z.B. im Aufklärungsgespräch über eine Krebsdiagnose) kann dieser Aspekt für Gelingen oder Scheitern der Begegnung entscheidend sein.

Fuchs (2017) verwendet in seiner phänomenologisch-ökologischen Konzeption des Gehirns als „Beziehungsorgan“ die Analogie zur Resonanz in Akustik und Schwingungsmechanik, weil diese sich „auf Körper und Systeme bezieht, die durch ihre Eigenschwingungen aufeinander abgestimmt und aktuell miteinander verbunden sind. Der Resonanzbegriff enthält ein dynamisches ebenso wie ein rhythmisches Moment, stellt also auch eine zeitlich übergreifende Beziehung zwischen den beteiligten Systemen her“ (S. 186). Er begreift das Gehirn als „Resonanzorgan, dessen rhythmische Oszillationen durch interne ebenso wie externe Synchronisierungen eine fortwährend erneuerte Kohärenz zwischen Organismus und Umwelt herstellen“ (S. 187), und konstatiert auf Grundlage der aktuellen Forschung, dass man „inzwischen von einem komplexen, über verschiedene Hirnregionen verteilten Resonanzsystem ausgehen [kann], das verschiedene Funktionen der Eigen- und Fremdwahrnehmung ebenso wie der Gefühlsempfindung integriert und so zu einer Grundlage sozialer, Wahrnehmung, Imitation und Empathie wird“ (S. 210) und das „in einen intersubjektiven Handlungs- und Bedeutungsraum eingebettet ist“ (S. 211).

Er entwickelt ausführlich seine Konzeption der Intersubjektivität (S. 192-228), begründet sie entwicklungsgeschichtlich und beschreibt eine *primäre* (Mutter-Kind-Dyade), eine *verkörperte* (z.B. Spiegelneurone) sowie eine *sekundäre Intersubjektivität* (Spracherwerb in der frühen Kindheit). Intersubjektive Resonanz ist für ihn

Voraussetzung für jegliche Kommunikation im therapeutischen Kontext. Unter der Überschrift „Der Doppelaspekt der Person“ (S. 229-74) vertieft er seine Kritik am Körper-Seele-Dualismus (s. 1.2) und auch an einer reduktionistischen Verwendung des Emergenzbegriffes in der Systemtheorie:

An die Stelle eines unvermittelten Gegensatzes von Mentalem und Physischem setzt der personale Doppelaspekt die zugrunde liegende Einheit der lebendigen Person. [...] Diese Ordnung lässt sich aus der Perspektive einer ökologischen und systemtheoretischen Biologie als hierarchisch strukturierte Selbstorganisation des Lebewesens begreifen, ohne dass damit allerdings die ursprüngliche Lebendigkeit der Person gänzlich rekonstruiert werden könnte. Leben als Selbstsein des Lebendigen übersteigt die Systemperspektive.“ (Fuchs, 2017, S. 270f)

Alle Behandlungen sind zunächst einmal Handlungen, d.h. integrale und interpersonale Formen der Kommunikation. Somatotherapie ist eine in die Arzt-Patienten-Beziehung eingebettete Form gemeinsamer Praxis, die zwar hauptsächlich auf organismischer Ebene beschrieben und untersucht wird, aber die interpersonale Beziehung immer als wesentliche Komponente mit einschließt. Umgekehrt ist Psychotherapie eine spezifische Weise des Miteinander-Umgehens und Kommunizierens, die niemals nur auf einer „rein mentalen“, sondern immer auch auf einer verkörperten Ebene stattfindet, die dabei selbstverständlich auch neuronale Prozesse einschließt und sich daher nachweislich in der Veränderung neuronaler Aktivitätsbereitschaften niederschlägt.“ (Fuchs, 2017, S. 291f)

Systemtheoretisch wird jede Auswirkung von externen Einwirkungen (z.B. eine Therapiemaßnahme) als systememergentes Gesamtergebnis einer komplexen internen Resonanz von verschiedenen Ebenen (z.B. bio-psycho-soziale) und Sub-Systemen (z.B. Psycho-Neuro-Immunologie) verstanden. Unter diesen Voraussetzungen muss grundsätzlich immer mit der Möglichkeit einer gegenteiligen statt der beabsichtigten Wirkung gerechnet werden, wie z.B. mit Nebenwirkungen bei der Einnahme von Medikamenten. Die intersubjektive Resonanz zwischen den Protagonisten der therapeutischen Beziehung ist für Gesundung und Heilung eine mitbestimmende Größe. Somit ist Resonanz für den Therapieerfolg – sowohl erkennbar an positiven, subjektiven Bewertungen wie auch messbar durch objektivierbare Befunde – von zentraler Bedeutung.

Mit der folgenden grafischen Darstellung verschiedener Anteile einer patientenzentrierten Kommunikation als aufeinander aufbauende Stufen einer Pyramide sollen einzelne Schritte der therapeutischen Verwendung von intersubjektiver Kommunikation veranschaulicht werden. Diese Aspekte sind im realen Austausch natürlich so nicht künstlich zu trennen. Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Ausgangsvoraussetzung, das Fundament der Pyramide, die Erfahrung des Patienten ist, das *Kranksein* (s. Abb. 1, nächste Seite).

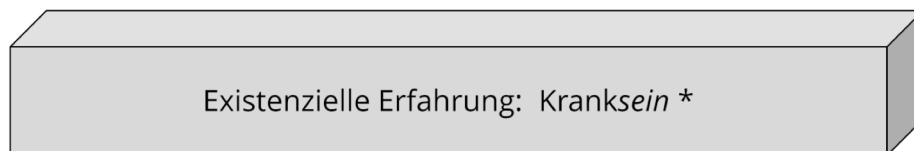


Abb. 1: Fundament der "Pyramide hypno-therapeutischer Kommunikation"

2.1.1 Existenzielle Erfahrung: Kranksein

Kranksein ist eine existenzielle Erfahrung und die Basis jeglicher diagnostischer Erwägungen und allen therapeutischen Handelns im Gesundheitswesen. Die Herausforderung besteht vor allem für die Ärzte darin, für geklagte Beschwerden, leidvolle Erfahrungen, Ängste und Verunsicherung der Hilfe Suchenden Mittel und Wege zur Veränderung zu finden. Die gefundenen bzw. ausgewählten Erklärungen (*Krankheiten*, Störungen) bestimmen, welche Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen. Auf welche Art und Weise dies kommuniziert wird, ist mitentscheidend für Gelingen und/oder Scheitern der therapeutischen Bemühungen.

2.1.2 Erklärungen (Krankheit) und Aufklärung

Die Durchführung jeder Therapiemaßnahme erfordert nicht nur formaljuristisch die Zustimmung eines über das Für und Wider aufgeklärten Patienten. Eine patientenzentrierte Ermittlung von Therapiezielen und Zustimmung zu Behandlungsmaßnahmen sollte in einer Atmosphäre gegenseitiger Wertschätzung, d.h. in Resonanz, erfolgen. Hilfe Suchende brauchen wohlwollende Zuwendung und entlastende Erklärungen von Fachleuten, die in der Lage sind, sich aufmerksam auf einen Menschen und sein individuelles Erleben einzulassen. Sicherlich braucht es ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz und persönlicher Reife, um diese Art von Resonanz möglichst in jeder Situation zulassen zu können. Resonanzbereitschaft und Resonanzfähigkeit ermöglichen eine Qualität der intersubjektiven Bezogenheit, die Voraussetzung ist für die therapeutische Verwendung von Kommunikation, um z.B. entlastende und beruhigende Erklärungen für subjektive Erfahrungen geben zu können und/oder Halt gebend durch den Therapieprozess zu führen, sollte dieser langwierig und kompliziert sein (s. Abb.2).

Abb. 2: Erste Stufe der "Pyramide hypno-therapeutischer Kommunikation"



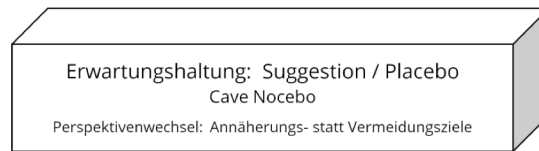


Abb. 3: Zweite Stufe der "Pyramide hypno-therapeutischer Kommunikation"

2.1.3 Kommunikation sollte suggestiv „für Annäherungsziele“ statt „gegen Vermeidungsziele“ verwendet werden, d.h. eine positive Erwartungshaltung ist zu fördern

„Worte wie Medizin“ (Hansen, 2010; Hansen & Hansen, 2011; Hansen & Bejenke, 2010; Seemann et al., 2014), d.h. was gesagt wird und wie es gesagt wird, können eine hohe Wirksamkeit im gewünschten Sinne entfalten. Die Macht von Suggestionen ist nicht an Hypnoserituale oder formelle Induktionstechniken gebunden (Placebo-Effekt). Sie ist vor allem kontextabhängig (z.B. Krankenhausaufenthalt mit Operation, Narkose und entsprechender Verunsicherung) und erwächst aus dem Aufmerksamkeitsfokus und der negativ oder positiv ausgerichteten Erwartungshaltung der Patienten. Aus hypnotherapeutischer Sicht sollte darum immer kritisch beobachtet und geprüft werden, ob Ängste oder Verschlechterungen ggf. mit Negativ-Suggestionen und/oder Miss-Verständnissen zusammenhängen (Nocebo-Effekt) (s. Abb. 3).

Ausgezeichnete Ausführungen zur Kommunikation und Anleitungen zur suggestiv-therapeutischen Wortwahl finden sich im „Handbook of Communication in Anaesthesia and Critical Care – A practical guide to exploring the art“ (Cyna et al., 2011). Auch die umfangreiche Darstellung von Varga (2011) und Artikel der Arbeitsgruppe von Hansen (Zech et al., 2014, 2015), von Baethge (2013) und Häuser et al. (2012) betonen, dass die Aufmerksamkeit dafür zu schärfen ist, Suggestionen und Placebo-Effekte hilfreich zu nutzen und Nocebo-Effekte zu vermeiden. Grundlegend für eine erfolgreiche suggestive Verwendung von Kommunikation ist ein Wechsel der Perspektive auf „Annäherungsziele“ (was hilft, dass es besser wird und wie soll es sein?) statt auf die vorherrschenden „Vermeidungsziele“ (wie kann die vorliegende Symptomatik oder Störung möglichst effektiv bekämpft werden?). In der Medizin erfordert dies in der Regel ein radikales Umdenken von allen Beteiligten im Hinblick auf die gewohnten Routineformulierungen.

In seiner umfassenden Darstellung einer neuropsychologisch fundierten Psychotherapie geht Grawe (detailliert aufgegriffen von Brunner, 2017) ausführlich auf die wesentlichen Unterschiede zwischen Annäherungszielen und Vermeidungszielen ein:

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,

Resonance Based Medicine

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. [...] Annäherungsziele kann man mit intrinsischer Motivation verfolgen. Das fördert die Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf erfolgs- und verbesserungsrelevante Informationen.“ (Grawe, 2004, S. 278)

Er führt an, dass bildgebende Verfahren auf Netzwerke (emotionale Schemata) verweisen, die für Annäherungsziele eine Aktivierung des dopaminergen Belohnungssystems im Gehirn („Behavioral Activation System“/BAS) zeigen, während Vermeidungsziele mit einer Aktivierung der Amygdala, d.h. den Kernen bzw. Schaltkreisen, die Angst und vermeidendes Verhalten steuern („Behavioral Inhibition System“/BIS) einhergehen.

Vermeidungsziele erfordern dauernde Kontrolle [...]. 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. [...] Aktivierte Vermeidungsziele binden Aufmerksamkeit und sind von ängstlicher Anspannung begleitet. Diese durch das Vermeidungsziel gebundene Aufmerksamkeit fehlt dann für die Bewältigung positiver Anforderungen. Positive Emotionen kommen allenfalls in Form von Erleichterung vor, dass das Befürchtete nicht eingetreten ist. Aber das heißt ja nicht, dass es nicht im nächsten Moment eintreten könnte. [...] Vermeidungsziele ermöglichen also keine effiziente Zielverfolgung und keine echte Zielerreichung. Sie binden viel Energie und Aufmerksamkeit und dennoch hat man nie das Zufriedenheitsgefühl, etwas erreicht zu haben. Ihre Aktivierung ist ganz überwiegend von negativen Emotionen begleitet. Sie führen insgesamt zu einer beeinträchtigten Bedürfnisbefriedigung, denn in dem Ausmaß, in dem die psychische Aktivität von Vermeidungszielen bestimmt ist, ist sie nicht frei für die Verfolgung von Annäherungszielen. Wirkliche Bedürfnisbefriedigung wird nur über die Realisierung von Annäherungszielen erreicht. (Grawe, 2004, S. 278f)

Am Beginn jeder Therapie in Medizin und Psychotherapie stehen in der Regel Leiden und gesundheitliche Probleme von einem Ausmaß, das alleine nicht bewältigt werden konnte. Dadurch ist davon auszugehen, dass das Vermeidungssystem so stark aktiviert ist, dass fremde Hilfe gesucht wurde bzw. in Anspruch genommen werden muss. Bei Millionen Patienten, die lange bestehende, chronische Probleme leidvoll erleben und viele Behandlungskontakte brauchen, ist dies die Regel. In vielen dieser Fälle hat ein medizinisch-naturwissenschaftlich geprägtes Reparatur-Modell, d.h. Vermeidungsziele und entsprechende Bekämpfungsmaßnahmen, in eine Negativspirale mit frustrierenden Erfahrungen bis desaströsen Behandlungsergebnissen geführt.

Spätestens dann braucht es eine sorgfältige gemeinsame Recherche der Experten für Krankheit und Kranksein nach möglichen Annäherungszielen (Ebell, 2001, 2010, 2015). Wenn es dadurch gelingt, Schritt für Schritt voran zu kommen und kleine oder auch mal größere Selbstkompetenz- und Selbstwirksamkeitserfahrungen (Bandura, 1977) machen zu können, führt dies zu einer Aktivierung des Belohnungssystems. Dadurch wiederum kann die Zuversicht ansteigen, dass Ziele oder auch Zwischenziele erreicht werden können (s. Fallgeschichte: „Resonanz“ - Bei langjährig chronifizierten Schmerzen braucht es einen Wechsel der Perspektive; Ebell, 2016).

Wie in den psychoonkologischen Leitlinien für eine patientenzentrierte Kommunikation definiert, heißt dies:

Hoffnung auf wichtige Veränderungen wecken und kleine oder große Erfolgserlebnisse fördern – einen Perspektivenwechsel initiieren. Den Fokus der Aufmerksamkeit auf das Bekämpfen einer aversiven Symptomatik zu richten, verstärkt diese in der Regel. Die Konzentration auf alle möglichen Qualitäten einer gewünschten Erfahrung ("Was stattdessen?") führt dagegen grundsätzlich besser und näher an die dringend benötigten alternativen Erfahrungen von Wohlbefinden, verbesserter Lebensqualität und Selbstkompetenz (Copingfähigkeiten) heran. Diese veränderte Perspektive ist möglichst auch im Alltag fest zu etablieren. (Ebell, 2009, S. 678)

Antonovsky (1990; Antonovsky & Franke, 1997; Bengel et al., 2001) hat diesen Wechsel der Perspektive auf ein „Was stattdessen“ als Erster radikal durchdacht, konzeptualisiert und umfassend erforscht. Er verwendet dafür den Begriff Salutogenese als Gegensatz bzw. Ergänzung zu der in der Medizin vorherrschenden Orientierung auf die *Pathogenese* (s. 3.5).

2.1.4 Kooperation der Experten für Krankheit und Kranksein: Gesamt-Therapiekonzept

Bei vielen medizinischen Maßnahmen erscheinen und/oder sind einfache Ursache-Wirkungsmodelle zielführend und ausreichend. Bei komplexen Störungen (z.B. chronischer Schmerz) führen diese nicht nur nicht weiter, sondern immer tiefer hinein in eine fatale Spirale der Chronifizierung, wenn sie die leidvollen Erfahrungen der Betroffenen intensivieren, anstatt sie zu bessern (geschweige denn, dass sie per se Gesundung oder gar Heilung fördern können). Bei Millionen Patienten sind Motivation zu Verhaltensänderungen und aktive Mitarbeit unbedingt erforderlich, damit es vorwärts gehen kann in Richtung zufriedenstellender Therapieergebnisse. Oft müssen die Voraussetzungen dafür erst erarbeitet bzw. die Motivation geschaffen werden (Rollnick, 2012; Keller et al., 2001). Nur intersubjektiver Austausch und kommunikative Kompetenz können hier weiterführen. Sie sind Ausschlag gebend dafür, ob relevante Veränderungen zum Besseren erreichbar sind oder ob Verschlechterungen eintreten. Selbstverständlich gibt es auch einen Zwischenbereich, in dem eine kundige Mi-

Resonance Based Medicine

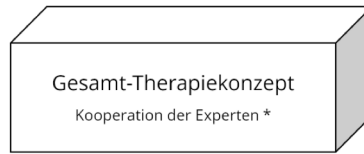


Abb. 4: Dritte Stufe der "Pyramide hypno-therapeutischer Kommunikation"

schung aus geeigneten Interventionen und patientenzentrierter Kommunikation erforderlich ist, um für den Krankheitsprozess wie auch für die Lebensqualität und Zufriedenheit der Patienten entscheidende Fortschritte erzielen zu können (z.B. bei Krebserkrankungen, chronischen Entzündungen u.a.).

Für die Kooperation der jeweiligen Experten für *Kranksein* und *Krankheit* (Sauerbruch 1936, s. 1.1) braucht es eine optimale Resonanzatmosphäre. Je besser die Qualität des Austauschs ist, umso höher wird die Wahrscheinlichkeit, dass ein objektiv angemessenes Therapiekonzept auch subjektiv als zufriedenstellend wahrgenommen wird und gemeinsam vereinbarte Therapieziele (SDM/PEF, s. 2) erreicht werden können (s. Abb. 4).

2.1.5 „Patientenzentrierte Kommunikation“ = *Therapeutische Kommunikation*

In Psychotherapie und Medizin ist die hypnotherapeutische Verwendung von Kommunikation bzw. einer patientenzentrierten Kommunikation bis zur dritten Stufe der

Abb. 5: "Therapeutische Kommunikation"



Pyramide (2.1.4) weitgehend deckungsgleich mit einer allgemeinen therapeutischen Verwendung von Kommunikation. Je mehr eine aktive Beteiligung der Betroffenen erforderlich ist, desto eher wird das Erreichen ausgehandelter Annäherungsziele davon abhängen, dass individuelle Ressourcen der Patienten mit einbezogen werden können. Beide Experten – die Behandelnden als Experten für die zu diagnostizierende und behandelnde Krankheit einerseits und die Betroffenen als Experten für die Erfahrung ihres Krankseins und/oder ihre Fähigkeiten und Möglichkeiten zu Gesundung/Heilung andererseits – können und müssen zusammenarbeiten. In einer auf Resonanz basierten Medizin (s. 3) liegt der Fokus darauf, diese Art von Experten-Kooperation durch ein Arbeitsbündnis auf der Basis gegenseitigen Vertrauens und kontinuierlichen Austauschs zu verwirklichen (s. Abb. 5).

2.2 Hypnose

Hypnosis isn't something done to someone, rather therapist and client together enter a relational field, where the conscious awareness and the unconscious of two persons are connected. (Milton H. Erickson, zit. von Tochter Betty Alice Erickson, 2013)

The flesh and blood of hypnosis – its multidimensional clinical richness and variation – only appears when hypnosis is viewed in terms of the dynamic interrelationships between real people. (Shor, 1959, S. 594)

Auch in der wissenschaftlichen Hypnose-Fachdiskussion kann man heute – wie in der Psychoanalyse – von einer intersubjektiven und relationalen Wende sprechen. Diamond (1987, S. 95) beruft sich in seiner Arbeit „The interactional basis of hypnotic experience: On the relational dimensions of hypnosis“ auf Shor (1959) mit dessen vorangestelltem Zitat und beklagt, dass “die ständig vorhandene interaktionelle Basis der Hypnose immer noch vernachlässigt und schlecht verstanden” werde. Der von Haley bereits 1958, im ersten Jahrgang des American Journal of Clinical Hypnosis veröffentlichte Artikel „An interactional explanation of Hypnosis“ wurde kürzlich im International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis erneut abgedruckt (2015). Haley betont darin die Bedeutung von Kommunikation und therapeutischer Beziehung. Bonshtein, Präsident der Israelischen Hypnosegesellschaft, wählt sogar “Relational Hypnosis” als Titel einer Publikation:

We can consider hypnosis an interpersonal process – that is, ‘two-person hypnosis’ [...], the two participants affect each other consciously and unconsciously, and sensitive hypnotists can gain an advantage by paying attention to their inner mental life during hypnosis. (Bonshtein, 2012, S. 408)

Auch er verwendet den Begriff Resonanz (resonance) für die Gegenübertragung

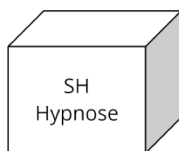


Abb. 6: Pberste Stufe der "Pyramide hypno-therapeutischer Kommunikation"

des Therapeuten (Bonshtein, 2012, S. 407). Die Darstellungen der Hypnose „als Werkzeug therapeutischer Nähe“ von Zindel (1994, 2009) liegen ebenfalls auf dieser Linie.

Den meisten Untersuchungen, die die therapeutische Wirksamkeit von Hypnose in Medizin und Psychotherapie belegen, liegt jedoch das historisch-traditionelle Suggestions- bzw. Interventionsverständnis zu Grunde (z.B. Revenstorf & Peter, 2015; Häuser et al., 2016). Dieses wird durch die zitierten Beziehungsmodelle nicht ersetzt oder überflüssig. Beide Modelle schließen sich nicht aus, sondern existieren nebeneinander. Pro und Contra der Indikationsstellung und Durchführung von Hypnose – sowohl als suggestive Intervention wie auch im Kontext komplexer hypnotherapeutischer Kommunikation – sollten grundsätzlich mit hoher Fachkompetenz im Anwendungsfeld verbunden sein und kritisch-professionell reflektiert werden (s. Abb.6).

2.3 SH: Selbsthypnose (Selbstheilung)

Selbstkompetenz- und Selbstwirksamkeitserfahrungen in und durch Selbsthypnose können als oberste Spitze der Pyramide bzw. als „Punkt auf dem i“ angesehen werden. Aber: Trotz erstaunlicher Fallberichte und Studienergebnisse in manchen Fachgebieten sind Hypnose und Selbsthypnose keine Methoden, um regelmäßig Außergewöhnliches oder gar Wunder versprechen oder bewirken zu können. Definitionsgemäß sind diese äußerst selten. Zweifellos gibt es objektive und subjektive Grenzen; es lohnt jedoch, im Rahmen eines angemessenen Gesamt-Therapiekonzepts zu recherchieren, ob sie dort verlaufen, wo sie vermutet werden. Ein „es geschieht“ in Hypnose und Selbsthypnose kann weiter führen, als man mit der besten Bekämpfungstechnik je gekommen wäre (Ebell, 2013). Hypnotherapeutisch vertraut man auf Synergien, die eine Systememergenz im gewünschten Sinne ermöglichen und setzt auf die Möglichkeiten der homöostatischen Regulation (Brown, 1991). Erickson und Rossi (1981, S. 13) „betrachten die Hypnotherapie als einen Prozess, durch den wir den Menschen helfen, ihre eigenen Assoziationen, Erinnerungen und Lebenspotentiale für die Erreichung ihrer eigenen therapeutischen Ziele nutzbar zu machen. [...] Der Therapeut erleichtert ihm dann den Zugang zu Trance-Erfahrungen, in denen der Patient seine ganz persönlichen inneren Reaktionen dazu benutzen kann, seine therapeutischen Ziele zu erreichen.“ Diese Herangehensweise, bekannt als „Utilisation“ (Verwendung, Nutzbarma-

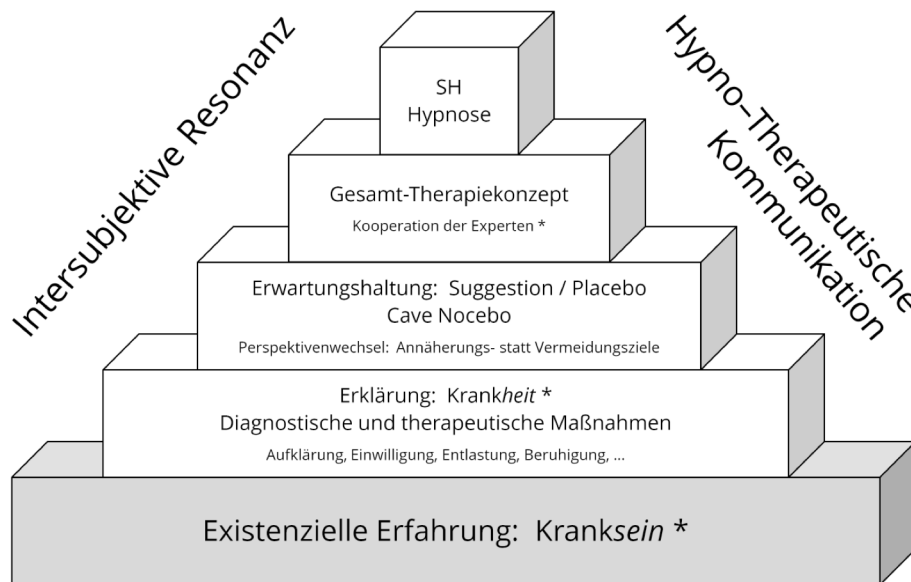


Abb. 7: "Hypno-therapeutische Kommunikation"

chung), könnte man auch so zusammenfassen, dass es im Wesentlichen darum geht, die Menschen in Resonanz mit ihren eigenen Ressourcen zu bringen. Bei einer hypnotherapeutischen „Begleitung ein Stück des Weges“ (Ebell, 2010) besteht genau darin die Herausforderung. Die letzte Pyramidenstufe soll diese spezifisch hypnotherapeutischen Aspekte veranschaulichen.

2.4 Hypno-Therapeutische Kommunikation

Die Spitze der Pyramide ergänzt die vorigen Stufen. Die ersten drei aufeinander aufbauenden Stufen entsprechen einer allgemeinen therapeutischen Verwendung von Kommunikation, d.h. verständliche und entlastende Erklärungen und Aufklärung zu geben, sowie den Perspektivenwechsel weg von Vermeidungszielen hin auf Annäherungsziele zu fördern und die Zusammenarbeit der Experten mit salutogenetischer Perspektive zu gestalten. Die Gestaltung ist weitgehend deckungsgleich mit einer hypnotherapeutischen Kommunikation. Über Erfahrungen in Hypnose und Selbsthypnose können jedoch noch zusätzliche individuelle Ressourcen erschlossen werden (s. Abb. 7).

3 Vorschlag für eine auf Resonanz basierte Medizin: Resonance Based Medicine (RBM)

Die Autorin möchte hiermit einen Diskurs eröffnen über eine ‚resonance based medicine‘ [...]. 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 [...] .Resonanz bedeutet das Mitschwingen, Mitklingen von Klangkörpern mit je eigener Bauart.“ (Glawischnig-Goschnik, 2010, S. 201)

Dem Vorschlag von Glawischnig-Goschnik (2010) folgend und analog zum physikalischen Phänomen, dass jeder Körper auf seine eigene, charakteristische Art schwingt und sich die Schwingungen verschiedener Körper gegenseitig beeinflussen, soll der Begriff „Resonanz“ darauf verweisen, dass in der Medizin in jeder professionellen Rollenbeziehung eine zwischenmenschliche Ebene mitschwingt. Die gezielte therapeutische Verwendung von Kommunikation beinhaltet damit nicht nur Techniken der Gesprächsführung, sondern vor allem die Fähigkeit und Bereitschaft zur Resonanz im intersubjektiven Austausch. Dies wird besonders wichtig, wenn bezüglich der kommunikativen Fähigkeiten und Möglichkeiten Einschränkungen, Defizite oder Besonderheiten vorliegen. Durch Resonanz können optimale Bedingungen geschaffen werden, um angemessene Therapieziele zu ermitteln und zu verfolgen. Die unterschiedlichen Perspektiven von Erfahrung (*Kranksein*) und diagnostischer Zuordnung (*Krankheit*) können in einer Atmosphäre gegenseitiger Aufmerksamkeit und eines „sich aufeinander Einlassens“ am ehesten respektvoll beachtet und einbezogen werden.

3.1 „Resonanz“

Im Kontext von Naturwissenschaften, Medizin, Psychotherapie und Geisteswissenschaften wird der Begriff Resonanz unterschiedlich verwendet. In der hiermit vorgelegten ersten Skizze einer „Resonance Based Medicine“ geschieht dies in zweifacher Hinsicht: Wie von Rosa (2016) vorgeschlagen, kann Resonanz positiv bewertend stehen für das Gelingen der Kommunikation und der Beziehungsgestaltung zwischen Arzt (stellvertretend für alle Behandelnden, ganz gleich welcher Profession und Fachrichtung) und Patient. Resonanz wird systemtheoretisch aber auch als neutral beschreibender Terminus *technicus* verwendet für die Interdependenz und die Interaktionen verschiedener Elemente und Ebenen in komplexen, selbstorganisierenden Systemen sowie zwischen mehreren solchen Systemen. Beide Interpretationen sind wichtig und dazu geeignet, Aspekte der therapeutischen Kommunikation zu beschrei-

ben. Beide schließen sich nicht aus, sondern stehen für verschiedene Perspektiven.

In seinem Praxisleitfaden „Der achtsame Therapeut“ definiert Siegel (2012) Resonanz als „Neurobiologie des Wir“ (S. 100).

Resonanz ist „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. Bei Resonanz ‚fühlen wir uns‘ vom anderen ‚gefühl‘. Diese Verbindung hat tief greifende transformative Auswirkungen auf beide Beteiligten. 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 verletzbaren Beziehung zu anderen haben wir als Menschen unser Leben lang. (Siegel, 2012, S. 20)

Präsenz versteht Siegel dabei als Voraussetzung für Resonanz sowie als „zentral für Beziehungen, in denen andere wachsen“ (S. 19).

3.2 „Resonanzdreieck“ vs. „Entfremdungsdreieck“

In ihrem Interview zu einer „Resonanzpädagogik“ wird von Rosa und Endres (2016) anschaulich geschildert, warum und wie „sich der Resonanzbegriff als Metapher zur Beschreibung von Beziehungsqualitäten in hohem Maße eignet“ (s. 2.1). Schule sollte als „Resonanzraum“ gestaltet werden, statt als „Entfremdungszone“. Dabei werden als typische Gegenpole in Form eines Tafelbildes eine misslungene Stunde („Der Unterricht wird zum Kampf, es kommt nichts zurück. Es steigen Widerwille und Erschöpfung. Die Resonanzachsen sind stumm, blockiert“ S. 45) und eine gelungene Stunde („Es ‚knistert‘ im Klassenzimmer, die Aufmerksamkeit ist ohne Anstrengung fokussiert. Die Resonanzachsen ‚vibrieren‘“ S. 46) gegenübergestellt. Das Dreiecksverhältnis von Lehrern, Schülern und Unterrichtsstoff wird mit jeweiligen Resonanzachsen qualitativ beschrieben. Dieser Vergleich eignet sich gut zur analogen Anwendung auf das Kommunikationsdreieck von Ärzten, Patienten und der Klärung, was den geklagten Sorgen und berichteten Beschwerden und Störungen zu Grunde liegt und ob dies einer Behandlung bedarf und wenn ja, welcher.

Ein Beispiel aus dem medizinischen Alltag soll dies veranschaulichen:

Herr M., Mitte vierzig, alleinstehend, beruflich Verantwortungsträger, wendet sich an einen Arzt wegen seiner seit Jahren bestehenden Kopfschmerzen. Er leidet inzwischen sehr darunter, da die Schmerzen kaum noch auf die Eigenmedikation mit frei verkäuflichen Schmerztabletten ansprechen, trotz steigender Dosis. Das ängstigt ihn und er befürchtet, dass dies Anzeichen für einen Hirntumor sein könnten. Er erhofft sich beruhigende Auskunft und wirksame Therapiemaßnahmen. (Existenzielle Erfahrung: *Kranksein* / Basis der Pyramide.)

Resonance Based Medicine

Ob und wie es gelingt oder misslingt, die benötigten oder gewünschten Informationen zu erfragen und welche Schlussfolgerungen daraus gezogen werden, ist geprägt von der hohen Komplexität aller beteiligten Einflussfaktoren und der intersubjektiven Resonanz bzw. Kommunikation. Es ist nicht vorhersagbar, was sich aus allen Interaktionen ergeben wird, und es ist auch nicht vollständig kontrollierbar. Es muss eine Arbeitshypothese erstellt werden, wie die Schmerzen zu erklären sind, um aus allen zur Verfügung stehenden Informationen eine Diagnose (höchstwahrscheinlich liegt ein typischer schmerzmittelinduzierter Kopfschmerz vor, d.h. immer mehr Schmerzen durch immer häufigere Schmerzmitteleinnahme) sowie eine Empfehlung für konkretes therapeutisches Handeln (in diesem Falle, der weitest gehende Verzicht auf die Einnahme von Schmerzmitteln bzw. Entzug) zu generieren. Intersubjektive Resonanzfaktoren, wie die Atmosphäre der Begegnung und die Qualität der Kommunikation werden darüber entscheiden, welche Informationen zu welchen Schlussfolgerungen führen werden. (Erklärungen: Krankheit – Diagnostische und therapeutische Maßnahmen / erste Stufe der Pyramide.)

Zwei mögliche Szenarien mit höchst unterschiedlichen Konsequenzen seien im Folgenden dargestellt:

Die Ängste und die Sorgen, dass die Kopfschmerzen Folge eines fortgeschrittenen Hirntumors sein könnten, können im Gespräch durch eine wohlwollend aufmerksame und verständnisvoll akzeptierende Haltung des Arztes aufgefangen werden. Die Erklärung der Verschlechterung und krisenhaften Zuspitzung wird überzeugend vermittelt und die Konsequenzen, die sich therapeutisch daraus ergeben, werden akzeptiert. Eine gründliche Untersuchung (mit oder ohne apparative Diagnostik) erfolgt und bestätigt die entlastenden Erklärungen. (Suggestiv-therapeutisch induzierter Perspektivenwechsel / zweite Stufe der Pyramide.)

Herr M. ist beruhigt und zufrieden mit dem Austausch. Eine Behandlung (Akupunktur), die von beiden als angemessen und wirksam erachtet wird, wird durchgeführt. Der Patient akzeptiert auch die ärztlichen Vorschläge zu Verhaltensveränderungen (Medikamentenverzicht, sportliche Aktivitäten, Entspannungsübungen u.a.). In der Folge werden die Schmerzen leichter und treten seltener auf – ob durch den Medikamentenentzug, die Zuwendung, die Beruhigung und Zuversicht des Patienten, die Akupunkturbehandlung, die Verhaltensänderungen und/oder „spontan“ sei dahingestellt. (Gesamt-Therapiekonzept der Experten / dritte Stufe der Pyramide.)

Dieses Beispiel einer gelungenen patientenzentrierten, therapeutischen Kommunikation könnte man im Sinne von Rosa als *Resonanz-Dreieck* beschreiben und bewerten. Das gegenteilige *Entfremdungs-Dreieck* misslingender Kommunikation läge vor, wenn der aufgesuchte Arzt primär abwehrend und streng reagiert, z.B. weil er Herrn M. für einen Simulanten hält, ihm Schmerzmittelabusus zum Vorwurf macht und/oder eine gründliche Untersuchung für unnötig hält und erklärt. Der Patient fühlt sich unverstanden und reagiert enttäuscht („Resonanz“ im beschreibend systemtheoretischen Sinn) und lehnt die vorgeschlagene Behandlung (Akupunktur) ab. Sollte er we-

gen seines Leidensdrucks irgendwann dann doch noch einwilligen, würde er vielleicht die Erfahrung machen und berichten, dass die Akupunktur nicht nur nicht geholfen, sondern die Kopfschmerzen sogar noch verschlimmert habe. Diese Entwicklung würde seinen Leidensdruck weiter erhöhen und dazu führen, dass er weitere Ärzte aufsucht. Bei mehrfachen, ähnlichen Interaktionen bzw. misslingender Verständigung wird er das Problem sicherlich nicht bei sich selbst verorten, sondern sich eher in seinen Erfahrungen und kritischen Haltung bestärkt fühlen. Er ist durch seine misstrauisch-aggressive Haltung zu einem „schwierigen Fall“ geworden. Spätestens wenn ihm dann abwertend ein sog. „Koryphäen-Killer-Syndrom“ bescheinigt wird, kann er nur noch bei wohlwollend-aufmerksamem Engagement und hoher kommunikativer Kompetenz eines ärztlichen Gegenübers wirksame Unterstützung bekommen bzw. genügend Vertrauen entwickeln, um als Ausgleich für die bisherige Misere eine „positive“ Resonanz und Erleichterung erleben zu können. Nur dadurch bekäme er eine Chance, aus dem Teufelskreis seiner Chronifizierungsspirale wieder aussteigen zu können. Solche Patienten-„Karrieren“ sind keine Einzelfälle.

Um die klinische Relevanz dieser Unterscheidung einer gelungenen Kommunikation in einem Resonanzdreieck im Gegensatz zu einer misslungenen in einem Entfremdungsdreieck noch zu betonen, sei für beide Ausgangsszenarien angenommen, dass irgendwann doch noch die Diagnose eines Hirntumors gestellt werden muss, nachdem neurologische Ausfallserscheinungen aufgetreten sind. Mit höchster Wahrscheinlichkeit würden die Aufklärung, die Behandlungsplanung und der Verlauf, die Lebensqualität und das Therapieergebnis (z.B. nach Operation und Strahlentherapie) in Folge dieser dramatischen Wende und Entwicklung komplett unterschiedlich ausfallen. Diese gravierenden Unterschiede könnten durch die objektiven Befunde (Gewebeklassifikation, Lokalisation, Stadieneinteilung u.a. Charakteristika des Hirntumors) nicht erklärt werden, sondern wären insgesamt Folge und Ausdruck gelungener oder misslungener Kommunikation.

3.3 „Resonance Based Medicine“

Unter der Voraussetzung, dass die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen und Leitlinien gemäß den Kriterien der sog. Evidence Based Medicine zur Anwendung kommen, entscheiden Resonanz-Fähigkeit und Resonanz-Bereitschaft sowie kommunikative Kompetenz der Behandelnden darüber, ob und wie der aktuelle Stand des medizinischen Fachwissens Patienten zu Gute kommt. Für eine Praxis der Medizin, in der intersubjektive Kommunikations- und Beziehungsfaktoren als Kernelemente aller diagnostischen Überlegungen und jeglichen therapeutischen Handelns aufgefasst werden, wird Resonance Based Medicine (RBM) als Oberbegriff vorgeschlagen. Das gesamte Spektrum der Medizin hat unter diesem Dach Platz – unabhängig davon, ob es sich im ärztlichen Bereich z.B. um chirurgische oder internistisch-onkologische Behandlungen, um hausärztliche Betreuung oder psychosomatische Gesprächsführung handelt. Der Vorschlag einer auf Resonanz basierten Medizin zielt weit über die

Resonance Based Medicine

Diskussion hinaus, ob für eine gegebene Symptomatik körperliche und/oder seelische und/oder weitere Faktoren Ausschlag gebend seien. Die Unterscheidung körperlich oder seelisch prägt alle Beschreibungs- und Entscheidungsebenen in der Medizin, ohne dass im menschlichen Individuum selbst eine Trennung vorliegt. Systemtheoretisch können körperlich messbare Vorgänge (z.B. der Adrenalin Spiegel, Blutdruck, Herzfrequenz) ebenso wie Gefühle von Wut oder Trauer als Emergenz eines Systems verstanden werden. Die Unvereinbarkeit beruht auf verschiedenen Sichtweisen auf das Selbe und erwächst aus der Suche nach therapeutischen Interventionen auf Grund berechen- und manipulierbarer Kausalitätsbeziehungen, d.h. den Erklärungs-„Ursachen“ für Krankheiten oder Störungen im Kontext eines naturwissenschaftlich geprägten Weltbildes (s. 1.2). Intersubjektive Resonanz bietet die Möglichkeit, die unvereinbar scheinenden Perspektiven in einer patientenzentrierten Kommunikation konstruktiv zusammen zu führen. Sie bedarf einer aktiven, professionell-kompetenten Gestaltung mittels (hypno-) therapeutischer Kommunikation.

3.4 „Resonance Based Medicine“ (RBM) und „Evidence Based Medicine“ (EBM)

Die lautmalersche Ähnlichkeit von „Resonance Based Medicine“ (RBM) zur „Evidence Based Medicine“ (EBM) ist beabsichtigt. Beide Konzeptualisierungen, EBM und RBM, können und sollten sich ergänzen. Beide thematisieren wesentliche Voraussetzungen für eine angemessene zeitgenössische Praxis der Medizin, in der die vielfach geforderte patientenzentrierte Kommunikation auch praktiziert wird. Je komplexer die Ausgangsbedingungen sind (z.B. bei chronischen Erkrankungen), umso eher kann eine Behandlung nur unter Berücksichtigung beider Aspekte optimal gestaltet werden.

3.5 „Möglichkeitsräume“ schaffen und gestalten: Milton H. Erickson trifft Aaron Antonovsky

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 offen stehenden 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. (Milton H. Erickson in seinem Vorwort zu Watzlawick et al., 1974, S. 7)

We seek to advance a scientific understanding of the bodily and emotional suffering of human beings associated with illness. (S. 3) [...] The real mystery is to understand how some people, some of the time, suffer less than others, move toward health. (S. 4) [...] The salutogenic approach, seeing the struggle to move toward health as permanent and never fully successful, focuses our concentration on those salutary factors which will help people to cope as successfully as possible throughout their lives. (Antonovsky, 1990, S. 6)

Zehn Jahre nach Ericksons Tod und vier Jahre vor seinem eigenen bilanziert Antonovsky in einem Vortrag sein Konzept der Salutogenese und begründet zusammenfassend seine Vorschläge, die Bedingungen von Gesundheit zu erforschen – als Alternative zur vorherrschenden Ausrichtung von Forschung und Praxis auf Krankheiten und deren Bekämpfung. Er verweist darin auf die fundamentalen Unterschiede beider Paradigmen und betont, dass Risiken und Herausforderungen immer zum Leben gehören (Leiden mit eingeschlossen), und dass es wichtig ist, die Resilienz-faktoren herauszufinden, die es vielen Menschen ermöglichen, optimal damit umzugehen (s. das voran gestellte Zitat von Antonovsky).

Nach Petzold (2015) wird durch Präsenz und Resonanz ein *intentionaler Resonanzraum* geschaffen, der erlaubt, die therapeutische Beziehung optimal zu gestalten. Er ist hausärztlich tätiger Allgemeinarzt und Leiter eines „Zentrums für Salutogenese“ nach Antonovsky. Auf Grundlage der Forschung von Tomasello (2010, 2014) verwendet er für den vorgeschlagenen und beschriebenen „Was stattdessen“-Wechsel der Perspektive (s. 2.1.3) die Begriffe *Zuwendungsmodus* und *Abwendungsmodus*.

Petzold schreibt in der Zusammenfassung seines Artikels „Für eine gute Arzt-Patient-Kooperation ist die gemeinsame Intentionalität entscheidend“:

Mit Hilfe von Erkenntnissen des neuropsychologischen Zusammenwirkens von Annäherungs- und Abwendungsmotivation können wir jetzt besser verstehen, wie und warum die Arzt-Patienten-Kooperation schlecht oder gut funktioniert. Wenn ein Arzt oder Patient in einem überwiegenden Abwendungsmodus ist oder beide unterschiedliche, attraktive Ziele haben, ist eine schlechte Kooperation absehbar. Für eine erfolgreiche Kooperation ist eine gemeinsame Intentionalität zur Annäherung an Gesundheit Ausschlag gebend. Die Intention steuert auch unser implizites Verhalten sowie viele vegetative Funktionen. Eine gemeinsame Intentionalität ist sozusagen der Ursprung und die Basis von lebendiger kreativer Kooperation. Wenn diese stimmig ist, kann die Kooperation als Selbstregulation ablaufen. So erscheint es von Bedeutung für eine salutogene Arzt-Patient-Kommunikation, Sensibilität und Achtsamkeit sowohl für die eigene als auch für die Intentionalität des Patienten wie auch für die gemeinsame zu kultivieren. (Petzold, 2015, S. 400)

Resonance Based Medicine

Chochinov et al. (2013) sprechen in diesem Zusammenhang ebenfalls von therapeutischer Präsenz (therapeutic presence), die einen sicheren/gesicherten Raum (safe space) zur Verfügung stellen soll. Für Health Care Provider listen sie detailliert Anregungen und Formulierungen zur therapeutischen Kommunikation auf, die sich nach wissenschaftlicher Evaluation eines methodenübergreifenden empirischen Modells als wirksame Faktoren bewährt haben (Chochinov et al., 2013).

McClintock (1999) reflektiert in ihrem Buch „Room for Change. Empowering Possibilities for Therapists and Clients“ faszinierend, fundiert und anschaulich, an Hand von Fallgeschichten wesentliche Komponenten eines optimalen Nährbodens für eine Psychotherapie. Maßgeblich beeinflusst von Milton H. Erickson und Stephen Gilligan, schildert sie ihren eigenen Lernprozess und voller Hochachtung, Respekt und Bewunderung die Entwicklungen ihrer Heldinnen und Helden (heroes) der Veränderung. Präsenz (presence) und zur Verfügung stehender Raum (room) und Spielraum (space) spielen dafür eine zentrale Rolle.

Es sollte also Wachstumsatmosphäre herrschen im intersubjektiven Möglichkeitsraum – wie in einem ökologischen Treibhaus mit optimalen Bedingungen zum Gedeihen. Hier kann patientenzentrierte Kommunikation als *Resonanzdreieck* (im Sinne von Rosa, 2016; Rosa & Endres, 2016) statt eines *Entfremdungsdreiecks* (s. 3.2.) gestaltet werden.

Der Verfasser konnte keine Informationen dazu finden, ob Erickson und Antonovsky voneinander wussten. In diesem Vorschlag für eine „Resonance Based Medicine“ wird implizit und explizit immer wieder auf das Werk von beiden verwiesen. Beider geniale Gedanken fokussieren auf Möglichkeiten, für Menschen „Raum“ für notwendige Veränderungen zu schaffen und deren Entwicklung individuell zu fördern. Für die Behandelnden gilt es, diesen intersubjektiven „Resonanzraum“ mittels einer patientenzentrierten Kommunikation so als Möglichkeitsraum zu gestalten, dass sowohl Ressourcen „utilisiert“ (Erickson) als auch ein Perspektivenwechsel auf die Salutogenese (Antonovsky) umgesetzt werden können. Hypno-Therapeutische Kommunikation ist dafür ein geeignetes Kernelement.

Literatur

- Altmeyer, M. (2016). Auf der Suche nach Resonanz. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Antonovsky, A. (1990). Salutogenesis - Studying Health vs. Studying Disease. Vortrag auf Kongress für klinische Psychologie und Psychotherapie in Berlin. <http://www.angelfire.com/ok/soc/aberlim.html>
- Antonovsky, A., Franke, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt.
- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften): S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“, Version 1.1 – Januar 2014, Registernummer: 032-051OL. <http://www.awmf.org/leitlinien>
- Baethge, Ch. (2103). Nocebo: Die dunkle Seite der menschlichen Einbildungskraft. Deutsches Ärzteblatt, 110(41), 1904-05.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191-215.

- Barry, M., Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making – The Pinnacle of Patient-Centered Care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780-81.
- Bengel, J., Strittmatter, R., & Willmann, H. (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Band 6 der Reihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“. Köln: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Böckmann, M.B.F. (2000). *Systemtheoretische Grundlagen der Psychosomatik und Psychotherapie*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Böse, R., & Schiepek, G. (1989). *Systemische Theorie und Therapie*. Ein Handwörterbuch. Heidelberg: Asanger.
- Bonshtein, U. (2012). Relational Hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60(4), 397-415.
- Brown, P. (1991). *The Hypnotic Brain - Hypnotherapy and Social Communication*. New Haven, London: Yale University Press.
- Brunner, J. (2017). *Psychotherapie und Neurobiologie*. Neurowissenschaftliche Erkenntnisse für die psychotherapeutische Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Caspari, C. (2007). Shared Decision Making zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Eine qualitative Studie zur Entscheidungsfindung von Patient und Arzt bei Brustkrebs. Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.
- Chochinov, H.M., McClement, S.E., Hack, T.F., McKeen, N.A., Rach, A.M., Gagnon, P., Sinclair, S., & Taylor-Brown, J. (2013). Health Care Provider Communication: An Empirical Model of Therapeutic Effectiveness. *Cancer*. Doi:10.1002/cncr.27949. (Upload: www.dignityincare)
- Cyna, A., Andrew, M., Tan, S., & Smith, A. (2011). *Handbook of Communication in Anaesthesia and Critical Care – a Practical Guide to Exploring the Art*. Oxford University Press.
- Diamond, M.J. (1993). Die interaktionelle Basis der hypnotischen Erfahrung: Über die Beziehungsdimensionen der Hypnose. *Imagination*, 2, 5-32. Deutsche Übersetzung des Originalartikels von Marianne Martin und Helga Reiter: Diamond, M.J. (1987). The interactional basis of hypnotic experience: On the relational dimensions of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35, 95-115.
- Ebell, H. (2001). Psychotherapeutische Aspekte (Kapitel 26), Patientenführung bei chronisch Schmerzkranken (Kapitel 27). In K. Brune, A. Beyer & M. Schäfer (Hrsg.), *Schmerz – Pathophysiologie, Pharmakologie, Therapie* (S. 162-172). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Ebell H. (2009). *Krebserkrankungen*. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin* (S. 673-91). Heidelberg: Springer. PDF auf www.doktorebell.de
- Ebell, H. (2010). Hypnose und Selbsthypnose als wesentliche Elemente der therapeutischen Kommunikation mit chronisch Kranken. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 199-216. PDF auf www.doktorebell.de
- Ebell, H. (2013). Achtsamkeit und Selbstheilung. Zum Verhältnis von "Handeln und Nichthandeln" - Von Interventionen und achtsamer Haltung in der ärztlich therapeutischen Beziehung. *Zeitschrift für Komplementärmedizin*, 2, 19-23. PDF auf www.doktorebell.de
- Ebell, H. (2015). Wenn Patient und Arzt zusammenwirken. In H.P. Bilek & H. Mori (Hrsg.), *Synoptische Psychotherapie* (S. 145-152). Wien: Facultas. Identisch mit: Ebell, H. (2014). "Resonance Based Medicine". Wenn Patient und Arzt zusammenwirken. Chronisch krank - Begleitung auf einem Stück des Weges. *NATUR & HEILEN* 01, 22-29. PDF auf www.doktorebell.de
- Ebell, H. (2016). "Resonanz" - Bei langjährig chronifizierten Schmerzen braucht es einen Wechsel der Perspektive. *Hypnose-ZHH*, 11(1+2), 233-245. PDF auf www.doktorebell.de
- Egger, J. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16(2), 3-12.
- Eichler, M., Pokora, R., Schwentner, & L., Blettner, M. (2015). Evidenzbasierte Medizin. Möglichkeiten und Grenzen. *Deutsches Ärzteblatt*, 112(51-52), 2190-92.

Resonance Based Medicine

- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-36.
- Erickson, M.H. (1980) *The Collected Papers of Milton Erickson on Hypnosis* – Edited by E.L. Rossi. Vol I-IV. New York: Irvington Publishers. Deutsch: Rossi, E. (1997). *Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson*. Heidelberg: Carl Auer.
- Erickson, B.A. (2013). Zitat aus einem Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie in Bad Lippspringe; mitgeschrieben von H. Ebell.
- 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*. Springer Verlag. Vortrag in Paris 1965. Deutsch: Die Veränderung sensorisch-perzeptiver Funktionen – Das Problem von Schmerz und Wohlbefinden. In M.H. Erickson & E. Rossi (1981), *Hypnotherapie. Aufbau - Beispiele – Forschungen* (S. 128-38, 5. Kapitel). München: Pfeiffer. Original: Rossi, E. (1979). *Hypnotherapy – An Exploratory Casebook*. New York: Irvington Publishers)
- Erickson, M.H., & Rossi, E.L. (1981). Das Prinzip der „Utilisation“ in der Hypnotherapie. In M.H. Erickson & E. Rossi (1981), *Hypnotherapie. Aufbau - Beispiele – Forschungen* (S. 13-33, 1. Kapitel). München: Pfeiffer Verlag.
- Frölich, Th., Bevier, F., Babakhani, A., Chisholm, H., Henningsen, P., Miall, D., Sandberg, S., & Schmitt, A. (2016a). Updating the biopsychosocial approach to fit into a formal person-centered dynamic coherence model – Part I: Some few basics. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 4(3), 548-556.
- Frölich, Th., Bevier, F., Babakhani, A., Chisholm, H., Henningsen, P., Miall, D., Sandberg, S., & Schmitt, A. (2016b). Updating the biopsychosocial approach to fit into a formal person-centered dynamic coherence model – Part II: Applications and some more basics. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 4(3), 557-566.
- Frölich, Th., Bevier, F., Babakhani, A., Chisholm, H., Henningsen, P., Miall, D., Sandberg, S., & Schmitt, A. (2016c). Updating the biopsychosocial approach – Part III: Personhood, salutogenesis and further topics. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 4(3), 567-578.
- Fuchs, Th. (2017). *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption* (5. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Glawischnig-Goschnik, M. (2010). „Glaube, Liebe, Hoffnung“. *Verbales, Nonverbales und Musikalisches in Grenzbereichen der CL-Versorgung. Psychiatrie & Psychotherapie*, 6(4), 197-201.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Häuser, W., Hansen, E., & Enck, P. (2012). Nocebophänomene in der Medizin. Bedeutung im klinischen Alltag. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(26), 459-65.
- Häuser, W., Hagl, M., Schmierer, A., & Hansen, E. (2016). Wirksamkeit, Sicherheit und Anwendungsmöglichkeiten medizinischer Hypnose. Eine systematische Übersicht von Metaanalysen. *Deutsches Ärzteblatt*, 113(17), 289-96.
- Haley, J. (2015). An interactional Explanation of Hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 63(4), 422-443. (Erstveröffentlichung 1958 im *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1(2), 41-57.
- Hansen, E. (2010). Hypnotische Kommunikation - Eine Bereicherung im Umgang mit Patienten. *Hypnose-Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 5(1+2), 51-67.
- Hansen, E., & Bejenke, C. (2010). Negative und positive Suggestionen in der Anästhesie – Ein Beitrag zu einer verbesserten Kommunikation mit ängstlichen Patienten bei Operationen. *Der Anästhesist*, 59, 199-209.
- Hansen, E., & Hansen, M. (2011). Worte wie Medizin. Kommunikation mit ängstlichen Patienten. *Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose*, 2, 20-25.

- Hauser, K., Koerfer, A., Kuhr, K., Albus, Ch., Herzig, S., & Matthes, J. (2015). Endpunkt-relevante Effekte durch partizipative Entscheidungsfindung. *Deutsches Ärzteblatt*, 112 (40), 665-79.
- Keller, S., Kaluza, G., & Basler, HD. (2001). Motivierung zur Verhaltensänderung. Prozessorientierte Patientenedukation nach dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung. *Psychomed*, 13(2), 101-111.
- Klemperer, D. (2003). Arzt-Patient-Beziehung. Entscheidung über Therapie muss gemeinsam getroffen werden. *Deutsches Ärzteblatt*, 100(12), A753-55.
- Klemperer, D. (2015). Patientenbeteiligung zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Editorial zu Hauser et al. *Deutsches Ärzteblatt*, 112(40), 663-64.
- McClintock, E. (1999). *Room for Change. Empowering Possibilities for Therapists and Clients*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Mühlhauser, I., & Meyer, G. (2016). Evidenzbasierte Medizin. Klarstellung und Perspektiven. *Deutsches Ärzteblatt*, 113(11), 486-88.
- Orange, D.M., Atwood, G.E., & Stolorow, R.D. (2001). *Intersubjektivität in der Psychoanalyse – Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis*. Frankfurt/Main: Brandes & Apsel.
- Petzold, Th. (2014). Resonanzebenen. Die Evolution der Selbst-Organisation. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Petzold, Th. (2015). Für eine gute Arzt-Patienten-Kooperation ist die gemeinsame Intentionalität entscheidend. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 91(10), 400-404.
- Revenstorf, D., & Peter, B. (Hrsg) (2015). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Heidelberg: Springer. (3. überarbeitete Auflage)
- Rollnick, S., Miller, W., & Butler, C. (2012). *Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen. Core-Skills für Helfer*. Lichtenau: G.P. Probst Verlag.
- Rosa, H. (2016). *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*. Berlin: Suhrkamp.
- Rosa, H., & Endres, W. (2016). *Resonanzpädagogik. Wenn es im Klassenzimmer knistert*. Weinheim: Beltz.
- Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, M., Haynes, B., Richardson, S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Sauerbruch, F., & Wenke, H. (1936). *Wesen und Bedeutung des Schmerzes*. Berlin: Junker und Dünnhaupt.
- Seemann, M., Zech, N., & Hansen, E. (2014). „Worte wie Medizin“ bei Schmerz. *Zeitschrift für Komplementärmedizin*, 2, 42–47.
- Shor, R.E. (1959). Hypnosis and the concept of the generalized reality-orientation. *American Journal of Psychotherapy*, 13, 582-602 (p.594) zitiert nach Diamond (1987), S.6.
- Siegel, D. (2012). *Der achtsame Therapeut. Ein Leitfaden für die Praxis*. München: Kösel.
- Schwarz, O. (1929). *Medizinische Anthropologie. Eine wissenschaftstheoretische Grundlegung der Medizin*. Leipzig, S. 291f (zit. nach Sauerbruch, F., & Wenke, H. 1936).
- Spranger, E. (1935). Das ethische Moment im Gesundsein und Kranksein. Vortrag in „Einheitsbestrebungen der Medizin“ Bd. II. Dresden (zit. nach Sauerbruch & Wenke 1936).
- Stumm, G., & Pritz, A. (Hrg) (2009). *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien, New York, S. 593f. (zit. nach Fußnote S. 286 in Rosa, H. 2016).
- Tomasello, M. (2010). *Warum wir kooperieren*. Berlin: Suhrkamp.
- Tomasello, M. (2014). *Eine Naturgeschichte des menschlichen Denkens*. Berlin: Suhrkamp.
- Virost, C. (2016). Interview. *International Society of Hypnosis – Newsletter*, 40(1), 12.
- Varga, K. (2011). *Beyond the Words: Communication & Suggestion in Medical Practice*. Nova Science Publishers.
- Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. (1974). *Lösungen – zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels*. Bern: Hans Huber.

Resonance Based Medicine

- Welter-Enderlin, R., & Hildenbrand, B. (2004). *Systemische Therapie als Begegnung*. Stuttgart: Klett Cotta. (4. Auflage)
- Willke, H. (2005). *Systemtheorie II: Interventionstheorie. Grundzüge der Intervention in komplexen Systemen*. Suttgart: Lucius & Lucius. (4. Auflage)
- Zech, N., Seemann, M., & Hansen, E. (2014). Nozeboeffekte und Negativsuggestionen in der Anästhesie. *Der Anaesthesist*, 63, 816–824.
- Zech, N., Seemann, M., Graf, BM., & Hansen, E. (2015). Nozeboeffekte – Negativwirkungen der Aufklärung. *Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie*, 50, 64–69.
- Zindel, J. P. (1994). Hypnose als Werkzeug therapeutischer Nähe. *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 10(1), 23-34.
- Zindel, J. P. (2009). Hypnose – eine ganz besondere therapeutische Beziehung. *Hypnose-ZHH*, 4(1+2), 107-125.