

Der Patient und die Balintgruppe als Spiegel gesellschaftlichen Wandels DZW 44 u. 45/07

Balint- Gruppenarbeit ist auch für die meisten Zahnärzte inzwischen kein Fremdwort mehr. Schon gar nicht für jenes Duzend engagierter und erfahrener Kollegen, die seit mehr als einem Jahrzehnt in 's Allgäu fahren, um sich hier über schwierige Patienten oder Mitarbeiter auszutauschen, ihre kommunikativen Fähigkeiten auszubauen und dabei immer wieder neue, oft unerwartete Perspektiven aus der Kompetenz der Gruppe mit nach Hause zu nehmen.

In den letzten Jahren brachten jedoch die Themen: „Existenzangst“ und „Ohnmacht“ immer wieder schon in der Vorbesprechung soviel allgemeinen Konfliktstoff in die Gruppe, dass ein gemeinsames „Brainstorming“ erst einmal wieder Raum schaffen musste für die konkrete Fallarbeit.

Und es sind nicht alles „Newcomer“ in ihrem Beruf. Unterschiedlich groß sind die Erwartungen an die Berufs- Lebenszeit, unterschiedlich hoch der Berg an Schuldenlast, unterschiedlich stark der Wunsch, wenigstens die Dinge zu retten, die „früher“ gut waren: gediegene Zahnheilkunde, gründlich, alles selbst und in Ruhe gemacht, mit viel sozialem Engagement gegenüber Patienten und Mitarbeitern.

Doch dann ein neuer Bema, GOZ- Novellierungen, Mac. sowieso und Auslandszahnersatz ... „Globalisierung“ und „Neoliberalismus“, das sind nur die sterilen Überschriften, hinter denen sich ein immer menschenfeindlicheres zunehmend totalitäres Gesellschaftssystem neu zu etablieren beginnt, in welchem die Kapitalrendite weniger vor echter produktiver und sozialer Wertschöpfung einer Mehrheit geht - mit noch weithin nicht erkannten oder auch nur absehbaren Folgen. Einer Mehrheit geht

Jedem in der Runde aber wird klar, dass er bald mit seiner Arbeitsweise und in der vormals „heilen Welt“ seiner Praxis am Ende sein könnte...

1 Stunde trägt die Gruppe im „brain storming“ zusammen, was man vielleicht noch versuchen könnte, was aber auch zu lassen sei, um den Kopf wieder aus der Schlinge zu bekommen: Delegation, Ausbau der Prophylaxe und Zurückfahren von Leistungen, die zu den neuen Bema- Sätzen nicht mehr selbst erbracht werden können verbunden mit Personal- Reduktion sind am Ende ein ernüchterndes und wenig befriedigendes Fazit.

„Das ist wie Durchsieben von Wüstensand nach verlorenen Cent- Stücken, während die Euro- Scheine gerade aus der eigenen Tasche gezogen werden!“

Ja, das ist dann wohl die Konsequenz, das Gefühl, selbst ohnmächtig ausgeliefert im Hamsterrad zu sitzen, das sich bei allen Bemühungen nur umso schneller dem „burn out“ entgegen dreht.

Für das Berufs- Ende zu jung, für einen Neu- Anfang zu alt, gegen schneller arbeiten steht Ethik und drohende Mängelrüge aber auch die eigene Gesundheit, und die steht auch gegen länger oder mehr arbeiten, und hier greifen dann auch alle Richtlinien, Budgets...auf der einen, die stetig sinkende Nachfrage verunsicherter Patienten auf der anderen Seite – „Nicht jeder kann überall eine „Praxis aurea“ mit immer mehr Privat- Leistungen aufbauen – da genügt Können allein nicht, schon eher Charisma“.

Und einmal mehr wird deutlich, dass bei jeder Erkrankung der Seele des Einzelnen – auch seinem „burn out“ durch die Gefühle der Hilflosigkeit – immer auch sein soziales und kulturelles Umfeld kritisch gewürdigt werden muss – Ein traditionell „analytisches“ wie akademisches Anliegen.

Exemplarisch dazu ein

Bericht über die konsiliardienstliche bio-psycho-soziale Befunderhebung, Diagnostik und Therapie- Einleitung (anonymisiert, *Einzelheiten* zur unkenntlich Machung *verändert*)

Frau K.N. stellte sich am 18.04.07 in unserer Praxis vor, nach selbstständiger telefonischer Ankündigung (: „man könnte glauben, ich bin meschucke“) und meiner telefonischen Nachfrage beim jetzigen Hauszahnarzt.

Der HZA berichtete, dass er die schmerzhaften Zähne 16, 17 und 46,47 übergeprüft habe, die Zähne seien kariesfrei, röntgenologisch o.B. und vital, ohne okklusale Interferenzen (FAM o.B., Pat. trägt weiche Schiene wegen Bruxismus), nicht klopfempfindlich und auch ohne Loslass- Schmerz. Die geringfügigen Taschen habe er bereits kürettiert – er (und auch schon sein Vorgänger) habe mit CHX- Chips und Lacken jeweils etwa 3 Tage Beschwerdefreiheit erzielen können.

Die Nachfrage beim Vorbehandler bestätigt dies – dort war die Patientin längere Zeit in Behandlung, wobei anhaltende unklare und in wechselnden Kieferbereichen auftretende Schmerzen zuletzt auf Anraten eines befragten Kieferchirurgen zu mehreren Resektionen geführt hatten.

Hintergrund des Konsilauftrags des jetzigen Behandlers war dessen Vermutung, dass hinter dem Beschwerdebild der Patientin eine psychische Ursache stehen könne, was er indirekt auch der Patientin mitteilte mit dem umschreibenden Auftrag, sich einen Konsil- Termin bei einem für solche Schmerzen spezialisierten Kollegen zu besorgen.

Zur Erstvorstellung in unserer Praxis:

Die 32 jährige Patientin eröffnet das Gespräch mit: „Ich brauche Hilfe!“ (bewusst meint sie für ihre Zahnbeschwerden) – später spricht sie mehrmals von einem „Hilfeschrei“. Sie wirkt dabei ebenso temperamentvoll, zuweilen auch agitiert, andererseits aber auch angespannt und bedrückt.

Zur Vorgeschichte:

Sie berichtet sehr orientiert und sachlich mit nur wenigen dramatischen Durchbrüchen von etwa seit 2 Jahren bestehenden anhaltenden Schmerzen („Ich bin ein Dauerpatient“), die sie vor kurzem dann veranlasst hätten, den Zahnarzt zu wechseln – den bisherigen ZA hatte sie zunehmend als hilflos und ihre Beschwerden herunterspielend erlebt. Noch im vergangenen Jahr seien 3 WSR im linken OK und rechten UK durchgeführt worden.

Die Schmerzen schildert sie „wie wenn man mir mit einer Nadel zwischen die Zähne (wechselnd: rechte OK und UK-Molaren) stechen würde“. Die bisher unterschiedlichsten Behandlungsversuche der beiden behandelnden ZÄ erzeugten zunächst meist Beschwerdefreiheit, die dann aber sukzessive von sich langsam steigenden Beschwerden abgelöst worden seien: „Ich warte (immer) schon auf den Schmerz!“.

Schmerzlindernd wirke sich aus, wenn sie beschäftigt sei – sie arbeitet neben ihrem eigenen Haushalt mit Ehemann (*sozialer Beruf*) und zwei *Kindern* (3 und 6 Jahre) als gelernte *Hauswirtschafterin* jetzt als Haushaltshilfe in einer anderen Familie, gerade dort sei sie am ehesten beschwerdefrei – die Schiene bringe dagegen keine Erleichterung.

Bei der Vorstellung, ohne Schmerzen zu sein sagt sie, ihr „würde ein Stein vom Herzen fallen“.

Zahnärztlich-Klinische Befunde

Die Patientin präsentiert ein auch röntgenologisch (OPT) kariesfreies Gebiss mit zahlreichen Füllungen und einer Brücke im li. UK, wobei im Beschwerdegebiet jeweils buccal Demineralisierungen festzustellen sind. Die Interdentalpapillen sind leicht gerötet und bluten bei stumpfer Sondierung (PSI=04), zwischen 46 und 47 ist ein etwas ausgeprägter Knocheneinbruch zu sehen, Rezessionen sind keine feststellbar. KG und NNH erscheinen o.B. Die Zähne 14-17 sind leicht beweglich. Deutliche Abrasionen und Schmelzrisse im Frontzahnbereich und (in der Folge?) geringfügige Latero- und Mediotrusionskontakte im Seitenzahnbereich und ein sichtbares wie hörbares Gleiten aus TKP in IOP von 1mm (habituell = 0), sowie eine röntgenologisch feststellbare Verdickung der Kieferwinkel weisen auf jenen Bruxismus hin, den die Patientin selbst berichtet – die vorliegende (wiederholte) weiche Schiene zeigt deutliche Gebrauchspuren als Beweis zu deren konsequenter Nutzung.

Laienmodell

Die Patientin ist überzeugt, dass ihre Beschwerden eine zahnmedizinische Ursache haben müssen, wobei sie durchaus einen Zusammenhang zu Zähneknirschen und dem zugrunde liegenden Stress einräumt. Der Schmerz allerdings müsse doch eine Ursache haben.

Der aktuelle psychische Befund

Die Patientin erscheint wach, orientiert und zugewandt mit rascher Auffassungsgabe, der Kontakt und Rapport sind dementsprechend gut, es zeigt sich vermehrte Innenanspannung, die sich im Laufe des Gespräches nach kurzer Ankündigung: „Ich könnte gerade losheulen“ auch auf meine Weg bereitende Geste hin entsprechend entlädt.

Die intellektuellen Funktionen erscheinen nicht beeinträchtigt.

Suizidgefahr ist nicht wahrzunehmen.

Testergebnisse

Der HADS-D-Angst- und Depressivitätswert ist eher unterschwellig.

Von der Patientin wird in weiteren Fragebogen ferner schlechter Schlaf, Lustlosigkeit, Ausgelaugt sein, Gereiztheit, innerer Druck und ein „wie unter Strom stehen“, Stimmungsschwankungen, Traurigkeit, überdurchschnittliches beunruhigt Sein und alles als anstrengend empfinden angegeben, verbunden mit der körperlichen Symptomatik wie verminderter Appetit verbunden mit Gewichtsabnahme, morgendliche Verspannungen und „fester Biss“ (In Gegenwart des Ehemannes und der Kinder) berichtet. Dabei habe sie sich stets sorgenvoll gefragt: „Warum ich?“, Was kann ich tun?, Was ist es?“ Gefühle habe sie dabei „Verdrängt“ und „sich abgelenkt“.

Wenn sie wütend sei, mache sie „nichts, staut sich alles an, bis der Knoten platzt“.

Indirekt sind damit alle Kernsymptome und 2 Zusatzsymptome für eine (leichte) Depression gegeben.

Im Schmerz- Evaluationsbogen liegen alle Angaben im mittleren Bereich.

Die Schmerzqualität wird mit stechend, wellenförmig, unangenehm, störend und lästig wenig emotional getönt beschrieben.

Bio-psycho-soziale Anamnese und aktueller Hintergrund

Prima vista ergeben sich aus der Schilderung der Patientin, die sie ohne emotionale Beteiligung vorträgt (Abspaltung?) keine Anzeichen auf größere Traumata. Insbesondere habe sie die klassischen Schwellensituationen ohne Probleme bewältigt.

Mit 2 Jahren sei sie an einer Knochenhautentzündung erkrankt, die sie als bedrohlich erinnert, da die Gefahr bestanden habe, den Fuß durch Amputation zu verlieren.

Der Vater verließ die Familie als sie 6 Jahre alt war, Mutter und Tochter bleiben bis heute intensiv verbunden.

Vor 8 Jahren verlässt sie die (X) Heimat und die Mutter (schweren Herzens), weil ihr Mann nur *in Bayern* Arbeit findet – „zu Hause“ bleibt für sie weiterhin die Mutter in (Y), es bekümmert sie (sicht- und spürbar), die Mutter alleine zurückgelassen zu haben.

Als sie im Dezember 2003 der Geburt ihres zweiten *Kindes* entgegenseht, erkrankt *das* ältere *Kind* an einer – inzwischen chronischen – Tonsillitis mit als bedrohlich empfundener Vergrößerung der Tonsillen – eine weitere OP des jetzt 6-jährigen ist im Mai 07 geplant, der sie wegen möglicher Komplikationen ängstlich entgegenseht.

Im Dezember vergangenen Jahres bringt sie nach Umbau einen Umzug innerhalb der gleichen Strasse hinter sich.

Die eheliche Situation beschreibt sie als problemlos, wenngleich der Ehemann auf ihre Schmerzen mit wenig Verständnis und hilflos reagiere und die Beschwerden durch Belustigung herunterzuspielen versuche. Selbst stehe er an seinem

Arbeitsplatz in einem sozialen Beruf unter großer Anspannung – Zeit- Qualitäts- und Finanzdruck mit drohendem Arbeitsplatzverlust erzeugten ein anhaltendes Klima unter Stress und Mobbing
Der Ehemann würde sich jedoch bemühen, ihr auch zuhause zu helfen, da sie die Situation – alleine mit 2 Kindern (davon eines krank) und ohne andere hilfreiche Personen als sehr belastend empfindet – „ach, wenn wir doch nur hier eine Oma hätten!“

Der Ehemann allerdings meine, dass sie das schon alleine (zusammen) schaffen würden und irgendwann stolz darauf sein könnten.

Eine vor 2 Jahren vermittelte Mütter-Kind-Kur erinnert die Patientin in diesem Zusammenhang als eher „stressig“.

In der letzten Phase der Anamneseerhebung beklagt sie: „Ich muss den ganzen Tag funktionieren – mein Mann will (soll) auf mich stolz sein! – ich kann ihn nicht auch noch belasten“.

Weiterer Verlauf

Am Tag nach diesem Gespräch rief die Patientin an und fragt meine Mitarbeiterin nach organisatorischen Details zu den mitgegebenen Fragebögen. Dabei berichtet sie: „Heute geht es mir richtig gut, ich habe keine Beschwerden, ich glaube, das Gespräch gestern hat mit gut getan.“

Bewertung bisheriger Befunde und Arbeitshypothese

Bei der Untersuchung zeigten sich objektiv geringfügige aber immerhin denkbare Auslöser im Sinne eines organischen Kerns für den geschilderten Schmerz: ältere, möglicherweise unmerklich undichte Füllungen, Entmineralisierungen im buccalen Schmelz- und zervikalen Zahnhalsbereich, chronisch infizierte parodontale Läsionen und unphysiologische Belastungen der Molaren durch Bruxismus und Verlust einer sicheren Front- Eckzahnführung

Es mischen sich also in diesem Fall somatische und psychische Befunde in einer Weise, dass sowohl von psychosomatischen wie umgekehrt auch von somato-psychischen Vorgängen bzw. einem gegenseitigen Aufschaukeln gesprochen werden kann.

Allerdings können diese Befunde das „Befinden“ der Patientin nicht hinreichend erklären.

Dagegen gibt es schon zu diesem Zeitpunkt zahlreiche Hinweise auf seelische Belastungen schon weit im Vorfeld. Dazu gehören:

1. Die sicher schmerzhafte Knochenhauterkrankung der 2-jährigen, die – auch im ZNS als organisches Korrelat – eine entsprechende Prägung hinterlassen haben muss
2. Der Verlust des Vaters, der üblicherweise mit Trauer und Gefühlen von Schuld, Abwertung und Scham begleitet wird, was ebenso – auch im ZNS – prägend gewirkt haben dürfte
3. Das eigene Verlassen der Mutter, was nun Gefühle von Schuld und Trauer aus früheren Erfahrungen wieder aufleben lässt.

Und es sprechen viele **Positivkriterien für eine psychosomatische Erkrankung:**

Ex non iuvantibus

Kürretagen, CHX- Chips und Lacke sowie der Aufbissbehelf hätten bei einer rein somatischen Erkrankung zumindest weit bessere Erfolge erzielen müssen.

Dagegen konnte mit einem einmaligen diagnostisch-therapeutisch orientierten Gespräch eine spontane Schmerzfreiheit erreicht werden, was bei somatischen Ursachen kaum zu erwarten wäre.

Koinzidenz von biographisch- situativem Ereignis und Beginn der Beschwerden

- die Erkrankung des ersten Kindes kurz vor der Niederkunft mit dem zweiten Kind, der Umbau und Umzug sowie die Angst vor der anstehenden OP des erkrankten Sohnes macht eine körperliche Mitverarbeitung wahrscheinlich.

Sozialer Hintergrund

Der mit Schuldgefühlen begleitete Verlust der Heimat, die jetzige Isolation und der wachsende existenziell als bedrohlich wirkende Druck in der neuen (Arbeits-) Welt bilden zusammen einen „kränkenden“ Rahmen

Fehlen hinreichend erklärender organischer Befunde und Befund ungleich Befinden

- Zwar gibt es durchaus auch zahnärztliche Befunde, die auch wiederholt Schmerz ausgelöst haben können, die Dramatik ununterbrochener umfassender Beschwerden lässt sich dadurch aber nicht erklären.

Organisch betonte Schmerzschilderung

- Erfahrungen in der Psychosomatik zeigen, dass die Betonung der organischen Ursache durch den Patienten sehr häufig eine unbewusste Schutzmaßnahme ist, um nicht auch selbst auf die seelisch eben nicht verarbeitbaren und deshalb auf die körperliche Ebene verschobenen Konflikte zurückgeworfen zu werden.

Arztwechsel und Hilflosigkeit bei Behandlern

- Hier spricht die Kette aller bisherigen Maßnahmen für sich, dass es eben nicht an zahnmedizinischen Ursachen liegt aber eben doch, quasi symbolisch, wie es auch die Patientin tut, etwas geschehen musste.

Beziehungskonflikt und Krankheitsfixierung zur Konfliktvermeidung

- Die Patientin fühlt sich in ihrer überfordernden Situation alleine gelassen und nicht ernst genommen, will aber die Beziehung zum Ehemann nicht gefährden und muss deshalb den Konflikt verdrängen. Die Fixierung auf den jetzt ins Körperliche verschobene Schmerz bindet die Energie aus der Konfliktspannung.

Krankheitsgewinne

- Über die Konfliktvermeidung und Bindung von deren Energie hinaus hofft die Patientin unbewusst, durch einen solchen Leidensweg jenes erhöhte Maß an Zuwendung (auch der Zahnärzte) und Schonung, sowie die Erfüllung aller bewussten und unbewussten Wünsche (Unterstützung) zu erreichen. Schmerz dient dabei auch als Selbstbestrafung und damit Minderung jener Schuldgefühle, wie sie aus dem Verlassen der Mutter und Entzug der Zuwendung zum – zudem gerade dann erkrankenden – ersten Kind während der Schwangerschaft mit dem zweiten Kind resultieren. Auch die Angst vor der möglicherweise als mitverschuldet erlebten und jetzt anstehenden zweiten OP des Sohnes wird so abgeführt.

Psychopathologische Befunde – Depression

Anhand der Fragensammlungen und im strukturierten Interview ergab die symptombezogene Befragung nach Depressivitätsmarkern Hinweise auf eine leichte depressive Verstimmung,

Gegenübertragung

- Einerseits stelle ich den Wunsch fest, der Patientin unbedingt helfen zu wollen, was deren unbewussten Aufruf nach Zuwendung (die Rückkehr des Vaters(*)), ihrer depressiven Grundstimmung entsprechend, folgen dürfte. Andererseits erlebe ich mich unter großem Leistungs- und Zeitdruck, was als Reaktion auf das agitativ Fordernde in der Beziehungsgestaltung durch die Patientin aber auch deren eigenem Leistungsdruck zu verstehen ist und der allseitigen Bemühung um Abwehr von Hilflosigkeit einerseits und Konfliktbereinigung andererseits entspricht.

Supervisionsergebnis in der Balintgruppe (5.5.07)

Die Gruppe fokussiert primär die aktuelle Lebenssituation der Patientin, insbesondere wird in der Gruppe die Hilflosigkeit und Aggressivität in Verbindung mit der Situation der Patientin deutlich.

Aber auch die Ressourcen und die schon im Ansatz heilsame Arzt- Patienten- Beziehung zu mir werden deutlich.

Die darüber hinausgehenden Detailergebnisse sind im Text eingearbeitet und mit (*) gekennzeichnet.

Hypothese zur Krankheitsdynamik

Von frühester Kindheit an ist Krankheit mit unberechenbarer vitaler Bedrohung verbunden. So, wie eine (schmerzhaft!) Knochenhautentzündung aus dem Narrativ der Familie hätte leicht zu einer Amputation des Fußes der 2- Jährigen führen können, so sind auch jetzt mögliche Komplikationen der anstehenden Tonsillektomie beim Sohn nicht berechenbar und deshalb besonders bedrohlich.

Der Weggang des Vaters, gerade in einem Alter, indem jedes Mädchen versucht, sich gerade an diesem zu erproben, muss nicht nur den Schmerz der Trennung, sondern auch jenes Gefühl der Abwertung nach sich gezogen haben, wie es aus der unbeantworteten Frage entstehen muss: „was fehlt mir, was ist an mir nicht in Ordnung, was habe ich falsch gemacht ... , dass Papa weg gegangen ist? – Und was schulde ich mein Leben lang jetzt meiner Mutter?

Und was schulde ich meinem ersten Sohn, der (wegen meiner mangelnden Zuwendung durch die Schwangerschaft mit einem anderen Kind) bleibend erkrankt ist?

Wie soll ich das alles jetzt ohne Omas (ohne meine Mutter) schaffen, damit mein Mann auf mich stolz sein (mich lieben) kann?

Stress, uneingestandene und nicht eingestehbare Aggressionen, die sie, mangels Fluchtmöglichkeit jetzt zunehmend als Depression gegen sich selbst wendet (*), Minderwertigkeitsgefühle auch durch die indirekte Degradierung im Beruf, die hohe Leistungsanforderungen (*) und an sich und Perfektionismus nach sich ziehen, Schuldgefühle, mangelndes Durchsetzungsvermögen, Gefühle von Hilflosigkeit(*) und Ausweglosigkeit, symbolisches Durchbeißen(*) und Verdauen wollen, erhalten im Bruxismus zunächst eine Abfuhr der resultierenden Affekte wie überdurchschnittliche Ängste, geringe Ich- Stärke, starkes Über-Ich, Verleugnung eigener Impulse und Aggressionshemmungen(*).

Mit der Erkrankung des Sohnes, der Schwangerschaft und Geburt des zweiten Kindes und dem belastenden Umbau und Umzug (*), sozialer Isolation und Ver- Einzelung sowie der anstehenden OP des Sohnes ist die Plastizität des inneren Systems erschöpft und dekompensiert zum chronischen Schmerz- Syndrom, da auch das durch die Vorgeschichte sensibilisierte ZNS zwischen körperlichem Schmerz und seelischem Schmerz (Stress, Trauer, Angst ...) nicht unterscheiden kann.

Auch durften die schmerzhaften Gefühle, wie sie aus der Haltung des Ehemannes zu erwarten wären zum Schutz der Familie nicht wahrgenommen werden was eine Abspaltung dieser Affekte und Verschiebung von der Energie des verdrängten Konflikts ins Körperliche erforderte.

Dabei übernahm der körperlich erlebte Schmerz auch nach dem Prinzip sozialer Erwünschtheit die Funktion des seelischen Schmerzes, die Hilflosigkeit der ZÄ trat an die Stelle der eigenen Hilflosigkeit.

Natürlich musste es so auch den ZÄ letztlich unmöglich bleiben, durch ihre Maßnahmen solche unbewusst damit verknüpften Vorgänge zu beenden und unbewusste Wünsche zu erfüllen. Einmal werden anhaltende Beschwerden doch auch hier zu einer beständigen Quelle beschriebener sekundärer Krankheitsgewinne. Andererseits müssen alle zur Verdrängung eigener Ohnmachtgefühle auch unbewusst „gerächt“ werden, um wieder ein Gefühl für Selbstbestimmtheit und eigener Wertigkeit zu ermöglichen.

So wurden unvermeidliche Missempfindungen durch teilweise auch nachweisbare somatische Befunde zum Kristallisationspunkt und organischen Kern für die Verschiebung genannter anderer Konflikte auf die auch sozial akzeptiertere organische Ebene – womöglich kommen auch derzeit noch nicht heraus gearbeitete andere Lebensthemen hinzu.

Unterstützt – im Sinne einer Aggravierung und Chronifizierung – wurde der Vorgang durch die vorgängigen zä. Behandlungsversuche, die der Patientin dieses unbewusste Verschieben zusätzlich legalisierte. Glücklicherweise erahnte der HZA aber zuletzt eine psychogene Ursache und stellte die Weichen neu, ohne seinerseits zu einer weiteren Aggravierung und Chronifizierung beizutragen. So konnte jetzt im Rahmen der konsiliardienstlichen psychosomatischen Grundversorgung ein neuer Blickwinkel eröffnet werden.

Vorl. Diagnose

Somatoforme Störung (F45.x) mit sekundärer leichter depressiver Episode (F32.0) im Sinne einer reaktiven bzw. lavierten, agitierten Depression (*).

Differentialdiagnose

Somatoforme Schmerz- Störung (F45.4) – Genese s.o. (*)

Therapie

a. Bisheriges Vorgehen

Neben der beschriebenen zä Befundung wurden der Patientin, soweit möglich die zuvor beschriebenen somatische wie psycho-sozialen Zusammenhänge ausführlich erklärt und therapeutische Optionen eröffnet. Insbesondere wurden ihr auch jene ihrer Beobachtungen erklärt, die durchaus stimmig aber Folge beschriebener Ursachen sein könnten.

Dementsprechend wurde ihr Laienmodell einer stressbedingten Schmerzentstehung erklärt und bestätigt.

Gestützt wurde die Patientin durch mehrmaliges Ansprechen jener Ressourcen, die sie bis heute durchs Leben getragen hatten:

Die bemerkenswerte Energie, die sie bisher hauptsächlich für andere eingesetzt hatte. Damit verbunden war die „Erlaubnis“, diese Energie jetzt zunächst einmal zu eigenen Regeneration zu nutzen, um auch dann wieder etwas für andere tun zu können.

Besonders als hilfreich herausgestellt wurden die temperamentvoll extrovertierten Wesenszüge der Patientin, die ihr helfen könnten, ihren Beziehungsrahmen zu erweitern

b. Vorschlag zur weiteren Therapie (vorbehaltlich fachärztlicher Bestätigung) (*)

Eine zä Behandlung kann - parallel zu guter medikamentöser (z.B. Neuroplant®) und psychotherapeutischer Führung bis zur Auflösung der psychosomatischen Verquickung und Beschwerdefreiheit oder zumindest bis zu deren Linderung oder Änderung – erfolgreich sein.

Dazu zählen neben der Schientherapie die Beseitigung von Interferenzen (wenn möglich durch Wiederherstellung der Front- Eckzahnführung), parodontale Sanierung nach IP- Programm und evtl. zuletzt die Überkronung der Molaren im rechten OK und UK.

Da sich schon nach dem ersten Gespräch mit mir ein spontaner Erfolg feststellen ließ, stehe ich selbstverständlich der Patientin für weitere therapeutische Gespräche zu Verfügung(*).

Sinnvoll erscheint darüber hinaus eine Ehe- Familien- und Lebensberatung, um den Ehepartner einzubinden und diesem seinen Anteil am Geschehen zu verdeutlichen, aber evtl. auch eine stützende Einzeltherapie -

Natürlich bleibt die Entscheidung darüber bei der Patientin und beim behandelnden ZA.

Prognose (*)

Vorraussetzung für einen Erfolg ist die Einsicht der Patientin wie aber auch von deren Umfeld in die Notwendigkeit einer zumindest beratenden oder stützenden psychotherapeutischen und evtl. durch moderne Antidepressiva gestützten Intervention.

Bei diesem noch nicht allzu langen Leidensweg einer noch im Leben fest verankerten Patientin mit hinreichender Einsichtsfähigkeit erscheinen die Heilungschancen noch vergleichsweise günstig.

Die Gruppe und der Fall

– Was beide miteinander verbindet

Immer mehr Menschen werden in den Sog eines gesellschaftlichen Umbruchs gezogen, in dem eine wachsende Mehrheit von Ver- Einzelten mit immer geringeren wirtschaftlichen Ressourcen einem globalisierten und nach neoliberalen Prinzipien funktionierenden anonymen System totalitär in der Hand weniger immer mächtigerer Profiteure gegenübersteht.

Wachsende Hilflosigkeit gegenüber der Undurchschaubarkeit eines nicht zu greifenden Gegenübers, Gefühle von Wertlosigkeit durch berufliche Degradierungen, Arbeitslosigkeit und Verlust von sozialem Status und Einbindung, die Unmöglichkeit, sich dieser unmenschlichen, ja menschenfeindlichen Entwicklung entziehen zu können machen krank an Körper, Geist und Seele.

Denn Menschen sind – und das sieht die moderne Neuro- Wissenschaft ganz anders als es Sozialdarwinisten behaupten – nicht auf Konkurrenz, nicht auf „survival of the fittest“ angelegt, sondern auf förderliche Beziehungen und auf ein kreatives Miteinander. Angst erzeugenden Druck, Isolation und die permanente Infragestellung der Existenz ohne Möglichkeit zu Flucht oder Angriff halten Menschen nicht aus, ohne zu erkranken.

Angreifen! - Im Fall der Patientin bedeutete dies, den Partner nicht länger zu schonen, ihn einzubeziehen in gemeinsame Beratung und Therapie, und es bedeutete, für sich sorgen zu dürfen, die eigenen Ressourcen zu entdecken, wieder an die eigene Wertigkeit glauben zu können, integriert in einen neuen Lebens- und Arbeitsrahmen ...

Angreifen ! - das beschäftigte über die Fallarbeit hinaus auch die Gruppe.

Ob es dann das eigene gesellschaftliche oder (standes-) politische Engagement ist, ob wir zur Feder greifen und uns über Medien Luft machen und Einfluss zu nehmen versuchen, ob wir uns immer wieder mit Behinderungen auseinandersetzen, wenn es bei unseren Planungen und erbrachten Leistungen um unsere Patienten aber auch um uns selbst - nicht nur um unsere wirtschaftliche Sicherheit sondern auch um unsere Selbstachtung - geht ... oder ob wir uns immer wieder auch "nur" im sicheren Schutz der Gruppe Luft machen, in der wir heilsam erfahren können, dass wir nicht alleine stehen mit unseren Sorgen und Nöten.

Aufgestautem eine Abfuhr ermöglichen, das darf, ja muss jeder für sich selbst entscheiden.

Zu wissen aber, besser noch: auch zu spüren, dass all das Sinn stiftender ist, als in ohnmächtiger Frustration resignierend zu versinken und so alle Aggression aus deren zunächst besten Wortsinn letztlich destruktiv gegen sich selbst zu wenden, der Realität in pseudoreligiösen Entrückungen zu entfliehen, die eigenen Ängste in Alkohol oder Antidepressiva auflösen zu wollen oder im Gegenteil den "Kick" eines sich lebendig Fühlens in extremen Sportarten zu suchen - das ist, was die Gruppe an diesem Tag und auch in Zukunft für sich und andere schaffen will –ein Weg, unser Weg in der Balint- Gruppe zur Mitgestaltung gesellschaftlicher Veränderungen gegen Ohnmacht und "burn out" als eine solidarische und akademische Aufgabe im Wiederaufbau kultureller wie sozialer Werte.

Dr. Joachim Stoffel
www.balint-stoffel.de