

Heilen mit Worten

S. Leder

Worte sind das mächtigste Werkzeug, über das ein Arzt verfügt. Worte können allerdings – wie ein zweischneidiges Schwert – sowohl tief verletzen, als auch heilen (Bernard Lown: Die verlorene Kunst des Heilens)

Dieser kurze Artikel ist mir ein persönliches Anliegen. Sensibilisiert durch Gespräche mit Hunderten von Patienten, die mich im Laufe der Jahre wegen Kopf-, Kiefer- Gesichtsschmerzen aufgesucht haben, wende ich mich an die hypnotisch tätigen oder interessierten Leser.

Mein Curriculum bei der DGZH ist nun schon einige Jahre her, aber unauslöschlich hat sich die Erfahrung eingegraben, wie stark Worte wirken können. Da ich nicht mehr allgemein-zahnärztlich sondern ausschließlich schmerz-therapeutisch tätig bin, werden die meisten Patienten wegen chronifizierter orofazialer /kraniofazialer Schmerzen in meine Praxis überwiesen. Bis die Patienten allerdings zu demjenigen Arzt / Zahnarzt kommen, der erkennt, welche Fachrichtung zuständig ist, dauert es unter Umständen mehrere Jahre.

Auf dieser Therapeutenodyssee werden die Schmerzgepeinigten mit einer Fülle von medizinisch und menschlich äußerst bedenklichen Aussagen traktiert:

„Ihre Schmerzen sind nur eingebildet!“

„Stellen sie sich nicht so an!“

„Sie sind austherapiert!“

„Damit müssen sie leben!“

„Sie stehlen mir meine Zeit!“

usw.

Dabei ist das ärztliche Gespräch wahrscheinlich das wirksamste diagnostische und therapeutische Mittel (Türp und Schindler 2008) und dies dürfte auch dem nicht hypnotisch tätigen Zahnarzt bekannt sein. Die kranio-mandibuläre Dysfunktion (CMD) insbesondere scheint allerorten sehr in Mode gekommen zu sein, und obwohl anerkannte Wissenschaftler seit mehreren Jahren die gute Prognose bei myoarthropathischen Schmerzen betonen (Palla 2003), wird diese Erkrankung oft maßlos überschätzt und dramatisiert. Patienten werden damit verunsichert und lassen sich nicht selten zu teuren und irreversiblen Eingriffen verleiten. In einer neu-

eren klinischen Querschnittsstudie mit 454 Patienten konnte beispielsweise kein Zusammenhang zwischen Schmerzen im Kiefergelenk und Kiefergelenkknacken gefunden werden (Reißmann und John 2007). Gleichwohl werden aber bei Kiefergelenkknacken weiterhin Patientenängste geschürt, und wissenschaftlich völlig unhaltbare Zusammenhänge konstruiert. Sicherlich ist das Medizinrecht in Deutschland nicht förderlich, die Patienten zu beruhigen, da jeder Patient, schon aus forensischen Gründen, über seine medizinischen Befunde und Diagnosen informiert werden muss. Allerdings wird auch eine schonende und der Situation angemessene Aufklärung gefordert. Außerdem muss bei unzureichend gesicherten Verdachtsdiagnosen die Möglichkeit eines pathologischen Prozesses von vorneherein infrage gestellt werden, um einen psychischen Schock zu vermeiden (OLG Köln, NJW 1987, 2936) (v Harder 2007).

Ein kranker Mensch, der einen Zahnarzt aufsucht, hat nicht die Möglichkeit rationale Überlegungen anzustellen, sondern ist emotional ungeheuer

zerbrechlich. Wer als Zahnarzt die wissenschaftliche Erkenntnis außer Acht lässt, dass die emotionalen Zustände sowohl für die Krankheitsanfälligkeit als auch für die Genesung von erheblicher Bedeutung sein können (Goleman 2008), dessen medizinisches Wissen ist nicht mehr up to date.

Besonders wichtig ist die Wortwahl bei chronifizierten Schmerzphänomenen, denn in dieser Situation ist der Therapeut stark auf die Mitarbeit des Patienten angewiesen. Ohne aktive Maßnahmen (Leder 2008) des Patienten, ohne Veränderungsbereitschaft ist die Chance auf eine Verbesserung der Lebenssituation des Schmerzpatienten gleich Null. Eine Steigerung der schmerzbezogenen Selbstwirksamkeit (Patient kann seine Schmerzen verändern, er ist ihnen nicht mehr hilflos ausgeliefert) ist enorm wichtig. Die Überzeugung etwas grundsätzlich verändern zu können, ist eine wichtige Motivationsquelle, und damit eine notwendige Voraussetzung für einen veränderten Umgang mit den Schmerzen (Rau und Petermann 2008). Wie aber sollte vom Patienten

Compliance eingefordert werden, wenn ihm die Hoffnung genommen wurde?

Sprache als Therapeutikum zu nutzen habe ich bei der DGZH gelernt. Danke.

Literatur:

Goleman D: Seele und Medizin. In: Goleman D: Emotionale Intelligenz. Carl Hanser Verlag München 20. Auflage 2008 S 210-235

Harder Yv: Schmerztherapie. Rechtliche Eckpunkte und Stolpersteine. Schmerz 2007 21:462-466

Leder S: Aktive Maßnahmen. In: Leder S: Funktionsstörungen erkennen und behandeln. 2. Auflage 2008 Spitta Verlag S144-147

Lown B: Worte die vernichtend sein können. In: Lown B: Die verlorene Kunst des Heilens. Anstiftung zum Umdenken. 2. Auflage, Schattauer GmbH 2004 S63-77

Rau J, Petermann F: Motivationsförderung bei chronischen Schmerzpatienten. Schmerz 2008 22:209-219

Reißmann DR, John MT: Ist Kiefergelenknackn ein Risikofaktor für Schmerzen im Kiefergelenk? Schmerz 2007 21:131-138

Türp JC, Schindler HJ: Myoarthropathien des Kausystems: XXI – Rückblick und

Ausblick. ZAHN PRAX 11, 3, 190-192 (2008)

Palla S: Myoarthropathischer Schmerz: oft verkannt. Schmerz 2003 17:425-431



Siegfried Leder
Rauschbergweg 10d
85435 Erding
Leder.Siegfried@t-online.de