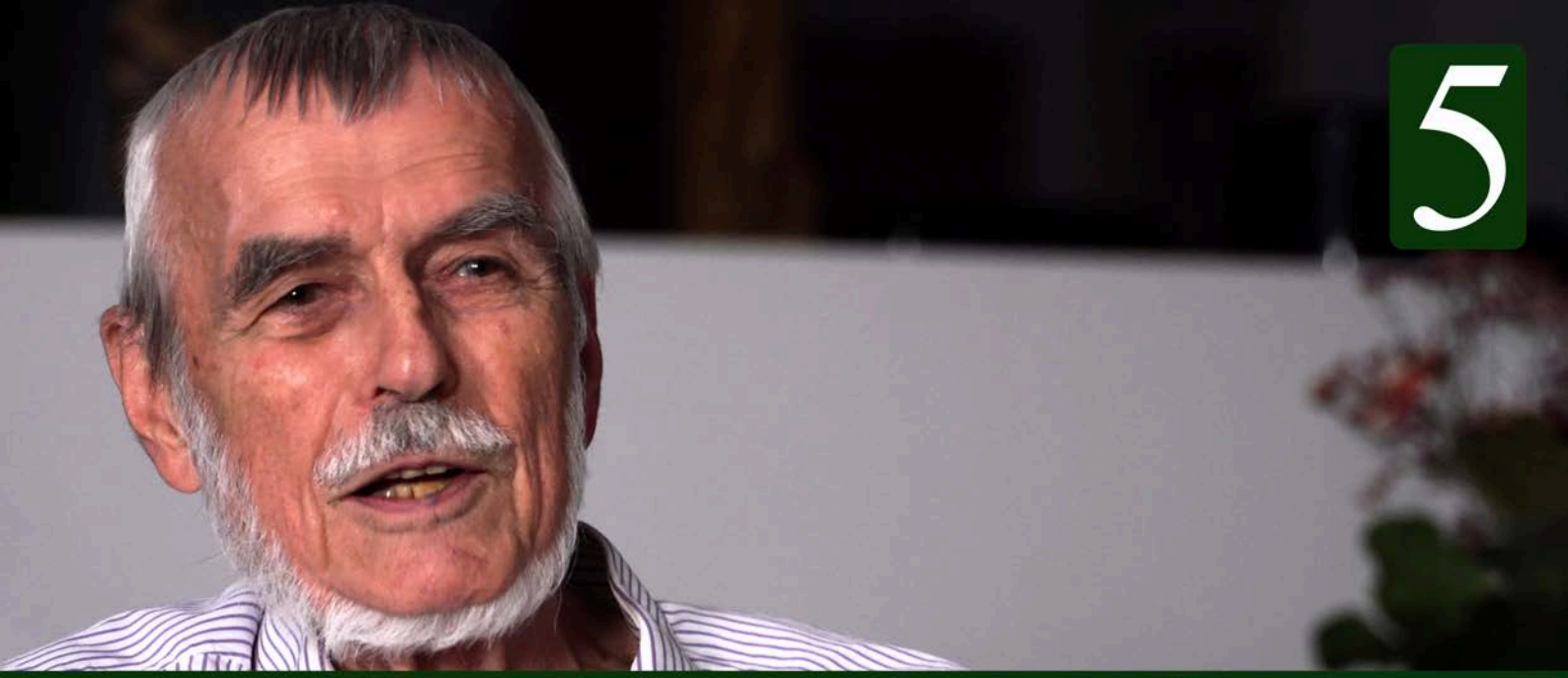


DER PATIENT WEIß DINGE, DIE ICH NICHT WEIß.

PETER WOLF - EPILEPTOLOGE - FRAGENDER - NETZWERKER

Folge 5/8

DAS GESPRÄCH

Der Patient weiß Dinge, die ich nicht weiß.

Peter Wolf

Das Wichtige am Gespräch ist, sich klarzumachen, dass der Patient Dinge weiß, die ich nicht weiß, die aber enorm wichtig sind, wenn man seine Krankheit verstehen will. Die ganze subjektive Seite.

Der Patient weiß die, versteht sie aber nicht, weil ihm das Wissen über die Epilepsie fehlt. Oder versteht sie natürlich schon ein stückweit, aber versteht sie nicht zur Gänze. Das ist eine Zusammenarbeit, die passiert in dem Gespräch. Man muss die richtigen Fragen stellen, damit er seine eigenen Erlebnisse reflektieren kann und lernt, was sie eigentlich bedeuten.

Und dadurch auch neue Lebensmöglichkeiten für den Patienten plötzlich erkennbar werden, indem er seine Anfälle besser versteht, besser einschätzen lernt und indem man ihm auch etwas sagen kann, was ihn beruhigt in dieser und jener Hinsicht.

Patienten haben unter Umständen eine enorme Angst, die aber gar nicht begründet ist, die man ihnen dann nehmen kann. Wenn Patienten irgendwelche ganz absurden Symptome haben, wo sie Angst haben: Ich werde verrückt, das bedeutet, dass es verrückt werde. Wo ich sage: Nein. Sie werden nicht verrückt. Das ist ein Symptom ihres Anfalls, das kann ich Ihnen genau erklären, wo im Gehirn das entsteht. Das ist ein Teil ihrer Epilepsie, das können wir behandeln, sie werden nicht verrückt.

Von Zeit zu Zeit bekamen wir einen Patienten, der Medikamente vollkommen ablehnte, das gibt es ja. Vor 30 Jahren mal eine Arbeit geschrieben, darüber. Da hatte ich immerhin, glaube ich, 24 oder 25 solcher Patienten, die eine Behandlung mit Medikamenten ablehnten, für die wir einen anderen Weg gesucht haben. Viele von denen wurden anfallsfrei mit anderen Methoden, Methoden der Anfallsvorbeugung, Anfallsunterbrechung.

Ich weiß noch gut, dass wir mal einen Patienten hatten in Heidelberg, der erzählte: Ja, und dann kann ich den Anfall abschmettern. Es gibt verschiedene Untersuchungen darüber, dass viele Patienten mit Epilepsie diese Erfahrung gemacht haben. Wir wissen inzwischen auch, dass die Mehrzahl das tatsächlich probiert. Und viele von denen auch zumindest manchmal Erfolg damit haben. Ich bin überzeugt davon, dass es Patienten gibt, die das können, die sich selbst behandeln durch solche Methoden, die vielleicht sich überhaupt nicht drüber klar sind, dass sie eine Epilepsie haben.

Wenn wir mal so ein bisschen das nachzeichnen, was Patienten tun, dann ist es häufig etwas, was so direkt ihrem Anfall entgegen wirkt. Und das wusste man schon zur Zeit der alten Griechen vor 2000 Jahren, dass man zum Beispiel einen Anfall, der in den Fingern beginnt und langsam aufsteigt über den Arm, dass man den abbinden kann.

Auch im 19. Jahrhundert, die großen Epileptologen Jackson oder Gowers, wenn du ihre Fallgeschichten liest, die erzählen immer in diesen Geschichten, was die Patienten selber gemacht haben, um die Anfalle zu unterbrechen. Das gehörte mal richtig dazu zu dem Umgang mit der Epilepsie. Das hat man später dann nicht mehr gemacht, weil wir viel bessere Medikamente hatten. Da hat man ein Medikament verordnet und darauf gezählt, dass es damit gut wird. Das ist dann auch eine Verarmung irgendwie. Wenn ein Patient das Problem anders lösen kann, warum soll das nicht anders lösen?

Selbstkontrolle ist unter Umständen für den Patienten anstrengend und anspruchsvoller als nur zweimal am Tag eine Pille zu schlucken. Die erfordert mehr. Aber gerade diese Patienten, die keine Medizin wollen, die machen das dann auch mit. Weil die einfach eine andere Einstellung haben.

Sprecherin:

Selten ist der erste Anfall wirklich der Erste, sagt Peter Wolf. Und sieht auch hier wieder das Gespräch als bestes Mittel,

dem auf die Schliche zu kommen

Peter Wolf

Das ist ganz selten, dass der erste Anfall wirklich aus heiterem Himmel kommt. Wenn du mit dem Patienten genau die Situation durchgehst, in der der Anfall passiert ist, was in den Tagen und Wochen vorher passiert ist, dann ist in der großen Mehrzahl der Fälle, herauszufinden, dass der Anfall begünstigt worden ist. durch Umstände, durch eine Stresssituation, durch einen Schlafentzug, durch einen Lichtreiz. Das bekommt man heraus, indem man die Patienten einfach danach fragt. Man muss mit ihnen genau durchgehen, was vorher passiert ist.

Daraus ergab sich für mich damals zunächst einmal, jemand nach einem ersten Anfall nicht mit Medikamenten zu behandeln, sondern erst mal ihm zu sagen, sie sollten lernen, mit solchen Situationen anders umzugehen. Es gab natürlich einige, bei denen man keine auslösenden Bedingungen feststellen konnte, da hat man vielleicht dann auch schon mal schnell angefangen zu behandeln. Aber mit den meisten konnte man besprechen, wie vermeide ich ein Anfall. Und es ist denen in der großen Mehrzahl der Fälle auch gelungen.

Heute macht man ein EEG, wenn im EEG irgendwas zu sehen ist, sagt man: Aha, der muss behandelt werden. Ich weiß nicht, ob das wirklich richtig ist. Ein auffälliges EEG, sagen wir Spike wave-Gruppen-EEG kann unter Umständen besagen, das war gar nicht der erste Anfall, sondern der Mensch hatte bereits eine Epilepsie mit Absencen, die nicht beobachtet worden sind, dann haben wir eine andere Situation.

Ich bin immer auf dem Standpunkt gestanden, man soll Medikamente ungeniert einsetzen, da, wo es nicht anders geht. Aber, wo es anders geht, soll man sehen, ob man nicht anders zu Rande kommt. Ob man nicht jemanden dazu bringen kann, sich von seiner Anfallsneigung zu emanzipieren, seinen Lebensstil zu ändern, bestimmte Auslöse-Situationen zu vermeiden, mit Alkohol anders umzugehen, vielleicht sich keine Nächte mehr um die Ohren zu schlagen, solche Dinge.

Ich beschäftige mich gerade mit Epilepsie bei Hippokrates und bei Galen. Das ist ja spannend, dass die vor zweitausend oder zweieinhalbtausend Jahren haben ja Epilepsie für eine heilbare Krankheit gehalten. Die haben den Patienten beigebracht, ein ganz diszipliniertes Leben zu führen. Da gibt es von Galen einen Tagesplan für einen Patienten mit Epilepsie, der genau einteilt, was er zu tun hat. Und diese Disziplinierung des Lebens hat wahrscheinlich gereicht bei Patienten mit leichten Epilepsien, bei denen die Anfäl-

le ausgelöst wurden dadurch, dass ihnen vielleicht eine Nacht Schlaf gefehlt hat, oder so eine halbe Nacht. Wenn die eine Lebenshygiene eingehalten haben, dann waren sie ihre Epilepsie los. Und so haben wir das damals behandelt, erfolgreich.

Sprecherin

Die Aura, also der Teil des Anfalls, den nur die Patientin oder der Patient selbst kennt, beschäftigt Peter Wolf eigentlich schon immer. Was ist das Faszinierende daran?

Peter Wolf

Das sind einfach Wahrnehmungen, die sind so unnatürlich, so anders als das, was im Leben ständig vorkommt, dass uns schlicht und einfach die Worte dafür fehlen.

Schon bei der allerersten Geschichte einer Aura, die ist 2000 Jahre alt. Das ist eine Anekdote von Galen, wo ein Junge genau beschreibt, wie ein Gefühl, welchen Weg es nimmt, vom Fuß über das Bein über die Seite, bis zum Kopf, dann verliert er das Bewusstsein. Das beschreibt er minutiös und dann fragen sie, was ist das für ein Gefühl Gefühl? Dann hat er gesagt: Das kann ich nicht sagen.

Die Aura ist ja genau dieser Teil der Anfälle, den nur der Patient kennt. Und den der Patient aber nur zum Teil versteht, oder indem der Patient vielleicht von bestimmten Symptomen ganz beeindruckt ist, die stark sind oder unangenehm oder angenehm, aber intensiv sind, aber die für uns als Ärzte, die aus der Aura verstehen wollen, wo der Anfall im Gehirn entsteht und wie er sich durchs Gehirn bewegt, die sind vielleicht für uns ganz nebensächlich. Wir müssen dann den Patient dahin lenken, dass er sagt: Das Allerallererste was war… Und dann ist es vielleicht irgendeine Kleinigkeit. Und dann kommt man aber dahin. Es gibt dann ein intensives Gespräch. Das ist aber auch für die Patienten dann eine Erfahrung, die für viele dann neu ist, dass ein Arzt sich überhaupt dafür interessiert, was sie erleben. Aber das freut sie natürlich dann auch und dadurch entsteht dann eine therapeutische Beziehung draus.

Ich kann da mal ein Beispiel nennen. Es wird eine junge Frau zu mir geschickt, die kommt mit ihrer Mutter. Sie ist 16 oder 17 Jahre alt, hat ihren ersten großen epileptischen Anfall gehabt.

Sie war schon beim Neurologen, der etwas verordnet hat, sie hatten aber gehört, der Professor Wolf behandelt manchmal ohne Medikamente, das möchten sie lieber. Dann sind sie zu mir gekommen. Es stellt sich heraus beim Nachbohren, das war nicht der erste Anfall, sondern sie hat eine lange Geschichte, zehn Jahre oder noch länger, von isolierten Auren.

Das ist ja häufig so, dass ein Patient erst mal einige Jahre dann ganz kleine Anfälle hat, nur subjektive Wahrnehmungen, ohne über-

haupt sich darüber klarzuwerden, was das ist, überhaupt etwas pathologisch drin zu sehen, und dann auf einmal entwickelt sich das weiter zu einem großen epileptischen Anfall, dann liegen die Dinge offen.

Gut, hab ich gesagt, das, was sie da jetzt die ganze Zeit hatten, das sind bereits epileptische Anfälle gewesen, das war nicht der erste Anfall, da werden wir wahrscheinlich doch Medikamente geben müssen. Dann sagte sie: Da bin ich jetzt aber enttäuscht, ich hab doch gehört, dass sie manchmal ohne Medikamente behandeln. Das ist natürlich eine Herausforderung, die habe ich natürlich aufgenommen. Da hab ich gesagt: Dann erzählen Sie mir noch ein bisschen mehr über die Auren. Dann stellte sie sich heraus, diese Auren, die entwickelten sind sich langsam und sie spielte mit denen. Sie konnte zulassen, dass sie sich entwickeln und sie konnte die aber auch zurückhalten, zu einem gewissen Maße. Und da hab ich gesagt: Gut, da haben wir einen anderen Ansatzpunkt.

Dann hat sie gelernt, dieses Spielen aufzugeben, sondern in dem Moment, wo sie den Beginn der Aura spürte, sofort gegenzusteuern.

Das war dann die Behandlung.

Das ist mehrere Jahre gut gegangen. Dann hat es nicht mehr so gut gewirkt, sie hat dann doch auch wieder meinen Anfall bekommen. Dann hat sie mal einige Zeit Medikamente bekommen, die konnten wieder aufgegeben werden. Es war eine ganz erfolgreiche Behandlung im Wesentlichen ohne Medikamente. Sie hat einfach nur gelernt, das besser zu machen, was sie sowieso schon wusste.

> Ulrich Stephani
>
> Dir sind die subjektiven Aspekte von Menschen mit Epilepsie sehr wichtig. Das zu objektivieren, ist ja sehr schwierig.

Peter Wolf

Warum willst du Subjektives objektivieren? Subjektives ist subjektiv. Du sollst es nicht objektivieren, sondern du sollst dich in die Subjektivität einlassen. Du sollst dich mit deiner eigenen Subjektivität in die Subjektivität des Patienten einlassen. Das ist das, worum es geht. Der Patient soll nicht ein Objekt sein, sondern das muss ein Zusammenarbeiten sein, ein Dialog, der da entstehen muss.

> Ulrich Stephani
>
> Wissenschaftliche Medizin, wenn ich da kurz einwenden darf, bedeutet eine Untersucherunabhängigkeit, bedeutet Objektivität.

Peter Wolf

Es gibt hervorragende Wissenschaftler, wie Heisenberg zum Beispiel, die dir da nicht zustimmen würden, sondern die sagen, die Beobachtung ist immer etwas Subjektives. Dadurch, dass du beobachtest, veränderst du schon das Objekt, das du untersuchst. Es gibt gar keine losgelöste Objektivität. Du bist immer als Untersucher und mit einbezogen, mit dem was du tust.

Ulrich Stephan

Wenn du es persönlich nimmst, ja, wenn du natürlich Messgeräte hast, nicht.

Peter Wolf

Die Messgeräte, die sind natürlich außerordentlich hilfreich. Wir könnten ohne sie überhaupt nicht auskommen. Aber wir müssen die Frage stellen an das Messgerät. Und dann gibt uns das Messgerät eine Antwort, die wir brauchen können. Oder auch nicht. Geht ja nicht immer. Aber um die richtige Frage zu stellen, müssen wir erstmal die Epilepsie verstanden haben. Wir müssen ermittelt haben, wo der Anfall genau entsteht im Gehirn. Und das ermitteln wir nur, indem wir ganz genau mit den Patienten durchgehen: Was ist das Erste, was sie spüren? Kommt davor noch irgendetwas? Wie ist die Sequenz der Symptome, die sie wahrnehmen? Dann entsteht bei uns ein Bild, wo im Gehirn der Anfall anfängt und wie im Gehirn er sich ausbreitet. Und wenn wir das haben, dann gucken wir uns das EEG an und sagen: Unterstützt das unsere Hypothese? Aber zuerst muss eine klinische Hypothese da sein. Die ergibt sich aus der Auseinandersetzung, aus dem Gespräch mit dem Patienten und natürlich aus der neurologischen Untersuchung, klar.

Ulrich Stephani

Es ist immer ein Stück weit Subjektivität, darauf hast du hingewiesen. Aber die Frage ist schon nach den objektiven Dingen.

Peter Wolf

Natürlich. Ich habe ja gesagt, dass sich die Subjektivität des Arztes, die sich mit der des Patienten begegnet. Zur Subjektivität des Arztes gehört natürlich, dass er das, was der Patient ihm erzählt, sofort alles anatomisch interpretieren kann. Das ist unser Beitrag zu diesem Gespräch, dass wir wissen, worauf es hinauslaufen soll. Dann kann aber beim Patienten etwas in Gang kommen, was ihn plötzlich auf neue Erkenntnisse führt, die dann außerordentlich wertvoll werden können.

Ulrich Stephani

Ich verstehe das als objektiven Zugang zur Subjektivität des Patienten.

Peter Wolf

Wenn du Objektivität in dieser offenen Weise definieren willst, dann kann ich da schon mitmachen. Aber der Patient wird nicht zum Objekt.

Ulrich Stephani

Der Patient ist grundsätzlich kein Objekt.

Peter Wolf

Genau. Ein Subjekt.

Sounds in diesem Kapitel

Celloeinspielungen: Bea Müller, Berlin

processed cello.wav by zinzan_101 -- https://freesound.org/s/91783/ -- License: Creative Commons 0

House Organ F0.wav by johnthewizar -- https://freesound.org/s/261043/ -- License: Creative Commons 0

House Organ C#0.wav by johnthewizar -- https://freesound.org/s/261041/ -- License: Creative Commons 0

Viola Section - pizzicato - F#3 (ViolaEns_pizz_G2_v1_rr1.wav) by sgossner -- https://freesound.org/s/374355/ -- License: Creative Commons 0

Viola Section - pizzicato - F#5 (ViolaEns_pizz_G4_v2_rr2.wav) by sgossner -- https://freesound.org/s/374390/ -- License: Creative Commons 0

Viola Section - pizzicato - E5 (ViolaEns_pizz_E4_v1_rr1.wav) by sgossner -- https://freesound.org/s/374353/ -- License: Creative Commons 0

Viola Section - pizzicato - E3 (ViolaEns_pizz_E2_v1_rr1.wav) by sgossner -- https://freesound.org/s/374352/ -- License: Creative Commons 0

Viola Section - pizzicato - D6 (ViolaEns_pizz_D5_v1_rr1.wav) by sgossner -- https://freesound.org/s/374351/ -- License: Creative Commons 0

Viola Section - pizzicato - D4 (ViolaEns_pizz_D3_v1_rr1.wav) by sgossner -- https://freesound.org/s/374350/ -- License: Creative Commons 0

strings oscillating by PhonosUPF -- https://freesound.org/s/492985/ -- License: Creative Commons 0

Minimalist vibraphone ambience by xkeril -- https://freesound.org/s/706092/ -- License: Creative Commons 0

Minimalist vibraphone ambience by xkeril -- https://freesound.org/s/706092/ -- License: Creative Commons 0

cello_mixdown 2.wav by smacks999 -- https://freesound.org/s/387579/ -- License: Creative Commons 0