

Krebserkrankungen

Hansjörg Ebell

- 56.1 Störungsbild – 674**
- 56.2 Hypnotische Interventionen – 675**
- 56.3 Hausaufgaben – 678**
- 56.4 Fallbeschreibungen – 680**
- 56.5 Indikationen/Kontraindikationen – 682**
- 56.6 Integration mit anderen Verfahren – 684**
- 56.7 Empirische Belege – 685**
- 56.8 Zusammenfassung – 690**

56.1 Störungsbild

Krebserkrankungen bedeuten für die Betroffenen und ihre Angehörigen einen Absturz aus der Alltagsrealität und sind Auslöser für eine tiefe Krise (Gerdes 1986). Damit einhergehendes körperliches und seelisches Leiden macht oft eine psychotherapeutische Unterstützung erforderlich. Da es weder **die** Krebserkrankung noch **die** Krebspatientin oder **den** Krebspatienten gibt, ist individuelles Vorgehen erforderlich. Die Bedürfnisse der Patienten z. B. unmittelbar nach der Eröffnung einer Krebsdiagnose, während einer belastenden Chemotherapie oder bei fortgeschrittener Metastasierung bzw. in der Sterbephase sind sehr unterschiedlich. Zwischenmenschliche Zuwendung ist hilfreich und Voraussetzung jeder Art psychosozialer Betreuung in der Onkologie.

Klinische Konzepte und wissenschaftliche Untersuchungen der letzten 30 Jahre wurden in einer eigenständigen, interdisziplinären Fachdiskussion zusammengeführt, der Psychoonkologie (Sellschopp et al. 2005) oder »psychosozialen Onkologie« (Herschbach et al. 2006; Strittmatter 1994). Hospizbewegung und Palliativmedizin (Aulbert et al. 2007) haben für den letzten Lebensabschnitt weitere wichtige Impulse gegeben. Wissenschaftliche Publikationen und Tagungen sowie spezielle Weiterbildungsangebote (z. B. der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie, dapo) bemühen sich um Entwicklung und Einhaltung professioneller und ethischer Standards für Klinik und Forschung. Gemeinsames Ziel aller Ansätze ist heute die Förderung von »Lebensqualität« angesichts meist überwältigender praktischer Probleme: z. B. Schmerzen, Übelkeit, Erschöpfung, Stress, Ängste, Belastungen und Konflikte. Im Mittelpunkt stehen dabei alle Maßnahmen, die Leiden lindern und »Coping« fördern.

Was für eine gegebene Person und die jeweilige klinische Ausgangssituation das richtige Vorgehen ist, kann am Anfang nur vermutet werden; gemeinsam mit dem Patienten muss es im Kontext einer therapeutischen Beziehung ermittelt werden. Hypnose und Selbsthypnose sind für die Herausforderungen dieser Arbeit qualitativ besonders interessant.

Psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität bei Krebserkrankung durch:

- Linderung des Leidens, insbesondere an krankheits- und behandlungsbedingten Symptomen,
- Förderung von Coping im Umgang mit Erschöpfung, Belastungen und Konflikten,
- Unterstützung bei individuellen Entwicklungsschritten zur erforderlichen Anpassung und Neuorientierung.

Sehr viel Information bzw. aktive und geduldige Aufklärung sind in der Regel erforderlich, um »Krebs« zu demystifizieren (Kappauf u. Gallmeier 1995). Obwohl jeder Zweite mit der Diagnose einer »bösartigen« Erkrankung auf eine dauerhafte Heilung hoffen kann bzw. an einer normalen Todesursache (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankung) sterben wird, ist die psychische Belastung generell hoch. Auf der Grundlage einer älteren Arbeit (Derogatis et al. 1983) wird meist davon ausgegangen, dass nach den Kriterien der »International Classification of Diseases« (ICD-10; Dilling et al. 2000) bei ca. 50% aller onkologischen Patienten psychische Störungen diagnostizierbar sind: z. B. verschiedenartige Angststörungen (F40 und F41) und Schmerzen. »Depressive Episoden« (F32) und »rezidivierende depressive Störungen« (F33) sind ebenfalls häufig. Vor einer »Psychiatisierung« von Krebspatienten wird jedoch gewarnt und die Reliabilität dieser Zahlen angezweifelt (Herschbach et al. 2006, Kappauf u. Dietz 1996), da etwa 80% der Störungen seelische und körperliche **Reaktionen** auf die Krise bzw. auf die Belastungen durch Erkrankung und Behandlung sind (Pouget-Schors u. Degner 2005): Am häufigsten sind »Anpassungsstörungen« (F43.2), aber auch Erschöpfungszustände bzw. Fatigue sind ein großes, meist unterschätztes Problem. Letzteres wird sicherlich noch zu selten diagnostisch erfasst (Heußner 2005). An der Entwicklung spezifischerer Instrumente für eine »psychoonkologische Basisdokumentation« wird gearbeitet (Herschbach et al. 2004).

56.2 Hypnotische Interventionen

Da für die Betroffenen ihr Kranksein, d. h. die **Erfahrungsdimension** ihres Leidens, Ausschlag gebend ist, ist es für sie wesentlich, dass sich ihr Erleben bzw. ihre Empfindungen hin zu mehr Wohlbefinden und mehr Lebensqualität verändern. Für die Behandelnden ist es erforderlich, die geschilderten Erfahrungen in das **Bild** einer bekannten **Krankheit** einzuordnen, um prüfen und entscheiden zu können, welche bewährten Mittel Linderung der Symptome ihrer Patienten schaffen können. Um sowohl ein subjektiv zufriedenstellendes als auch ein objektiv angemessenes Gesamttherapiekonzept zu ermitteln, bedarf es **beider** Perspektiven bzw. der engen Zusammenarbeit beider »Experten«: einerseits die der Patienten für die subjektive Dimension des Leidens und andererseits die der Therapeuten für die objektiv angemessenen Behandlungsmöglichkeiten von Ursachen bzw. Wirkungszusammenhängen.

Würde Erfahrungswissen aus der Arbeit mit Hypnose beachtet, könnte sich alleine dadurch die Kommunikation in Krankenhäusern und Praxen sehr zum Positiven verändern: Knappe Mitteilungen aus dem Munde ärztlicher Autorität wie z. B. »Sie haben höchstens noch zwei Monate!« im Hinblick auf die statistisch wahrscheinliche Überlebenszeit oder Aussagen, dass »die Chemotherapie gesetzmäßig starke Übelkeit und Erbrechen zur Folge haben wird« sind starke Negativsuggestionen – ohne weitere Möglichkeit für die Patienten, die Bedeutung des Gesagten besprechen zu können. Diese Aussagen muten zwar an wie Karikaturen, werden aber häufig berichtet – zumindest wird es von Patienten so wahrgenommen, und das ist ausschlaggebend. Werden solche Ankündigungen wie Suggestionen befolgt bzw. werden dadurch starke Ängste und Stressreaktionen ausgelöst, wird die Behandlung erschwert (Sardell u. Trierweiler 1993). In einem Aufklärungsgespräch im Rapport mit dem Patienten könnten Formulierungen verwendet werden wie:

»Die Situation ist ernst (entspricht: »pacing«). Wir werden alles, was möglich ist, tun und das wird sein: erstens, zweitens, drittens ... Statistisch müssen wir mit »X« rechnen, aber im Einzelfall haben wir auch ganz erstaunliche Erfahrungen gemacht, z. B. ...

(entspricht: »leading«; unauffällige positive Suggestion)« (Zur allgemeinen Gestaltung der Kommunikation s. auch unten Übersicht »Arbeitsbündnis«.)

Mit Patienten in emotionalen Ausnahmezuständen – und dies ist bei einer Krebserkrankung überwiegend der Fall – sollte immer so umgegangen werden, als seien sie »in Hypnose« und damit hochsuggestibel.

Die Bedeutung kongruenter Kommunikation – was man sagt und wie man es sagt – als wirksame Positivsuggestion bzw. effektives therapeutisches Instrument wird sicherlich unterschätzt (Bejenke 1996a,b). Aus Lehrbüchern und Fallschilderungen lassen sich bewährte Hypnosetechniken entnehmen und in die eigene Praxis übertragen. Erfahrungsgemäß bewährt sich, vor allem die Kreativität und Einzigartigkeit der Erlebenswelt der Patienten zu nutzen (Ebell 1994, 2008a). Entstammen die Suggestionen dem Erfahrungsbereich der Betroffenen bzw. wurden sie von beiden »Experten« gemeinsam ermittelt, dann sind sie maßgeschneidert und am wirksamsten (Ebell et al. 1992, Ebell 2002). In 25 Jahren psychoonkologischer Arbeit des Verfassers haben sich Hypnose und Selbsthypnose in diesem Sinne immer wieder als erstaunlich wirksam erwiesen.

Milton Erickson schrieb in seinem grundlegenden Artikel über »Veränderung sensorisch-perzeptiver Funktionen – das Problem von Schmerz und Wohlbefinden«:

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 und somit motiviert ist, seine eigenen körperlichen Potentiale für die Kontrolle seiner psychischen und physischen Reaktionen und Verhaltensweisen zu explorieren (Erickson u. Rossi 1981, S. 128).

Gesprächsführung und Zusammenarbeit sollten sich zu Beginn der Arbeit mit Hypnose darauf konzentrieren, intensive und nachhaltig wirksame **Erfahrungen** zu ermöglichen. Optimal ist, wenn dies für die Patienten mit einem Gefühl von Selbstkompetenz und Selbstwirksamkeit verbunden ist (Selbsthypnose). **Generelles Ziel** ist dabei die Symp-

■ Tab. 56.1. Hypnose als Anleitung zur Selbsthypnose (z. B. zur »Symptomkontrolle«)	
Vorgespräch	Ermittlung von »Was stattdessen?« und Fokussierung darauf
Induktionssuggestionen	Dissoziative Erfahrung von Schwere und Leichtigkeit (z. B. der Hände), unwillkürlicher Lidschluss (insbes. bei visueller Fixation), Fokus auf Körperwahrnehmung (z. B. angenehme Schwere)
Vertiefung	Z. B. über Atmung, Zählen (0–10, Treppenstufen o. Ä.)
Utilisation	<ul style="list-style-type: none"> ■ An einem Ort (im Empfinden) von Ruhe, Wohlbefinden und Gelassenheit und »Was stattdessen?« in Hypnose ein Maximum an »Was stattdessen?« erleben: direkte und indirekte Suggestionen – möglichst auf allen Sinneskanälen (VAKOG) ■ Ideomotorische Bestätigung für eine unwillkürlich stattfindende, derzeit optimale Umsetzung der (Auto-) Suggestionen ■ Ggf. »Ankern« (nur bei gelungener und ideomotorisch bestätigter »Was stattdessen – Erfahrung«), um sie in Alltagssituationen einfacher zugänglich zu machen (z. B. Finger aneinander drücken) ■ Posthypnotischer Auftrag (z. B. formelhafte Vorsatzbildung wie im autogenen Training, Gegenstand des alltäglichen Lebens zur Erinnerung o. Ä.)
Reorientierung	(Selbst) zurückzählen
Nachgespräch	Individuelle Erfahrungen (Utilisation für das nächste Mal)

tomkontrolle (z. B. »angenehme Kühle« zu spüren statt »einen Kaktus mit 1000 Stacheln berühren«, s. Fallbeispiel 1). Im Sinne eines »Was stattdessen?« wird auf Empfindungen hingearbeitet, die besser wären als das Symptom (z. B. Schmerz, Übelkeit, Ängste). Die **Beziehungsgestaltung** dient vor allem der Vermittlung entsprechender Erfahrungen mittels einfacher Hypnosetechniken. Fähigkeiten und Motivation der Patienten vorausgesetzt, können diese Hypnosetechniken zu einem persönlichen Selbsthypnoseritual gestaltet werden, das vom Patienten selbstständig weiter verwendet wird (■ Tab. 56.1). Durch kollegiales »Fachsimpeln beider Experten« über Erfolge und Fortschritte, aber auch Schwierigkeiten und Rückschläge kann ein

solches Ritual aktiv weiter entwickelt bzw. subjektiv zufriedenstellend modifiziert werden. Der Therapeut hat dabei auf objektiv angemessene Therapieziele zu achten.

Zur Gestaltung des Arbeitsbündnisses der »Experten«. Natürlich gelten für jeden Einzelfall einer therapeutischen Begleitung »ein Stück des Weges« unzählige objektive und subjektive Grenzen, die eine fortwährende Reflexion und Revision der Vorgehensweise erfordern. Im Folgenden wird aus der Therapeutenperspektive beschrieben, wie das Arbeitsbündnis gestaltet werden kann, um mit Hypnose/Selbsthypnose Erleben und Symptomatik zu verändern:

Arbeitsbündnis

- a) Den **Patienten da abholen, wo er ist**. Ausgangspunkt ist das, was der Patient anbietet bzw. wie er es erlebt und versteht (Kranksein: Schmerz, Leiden, Verzweiflung, Aussichtslosigkeit, Probleme). Wissenschaftlich objektivierbare Erklärungen (Krankheitsbild) dienen der

eigenen Orientierung. Das geschilderte Problem (Symptom) als die »gegenwärtig und unter den gegebenen Umständen ökologisch optimale Lösung im ‚System‘ des Betroffenen« sehen. ▼

- b) Die **Suche nach Alternativen/Lösungen** (»Was stattdessen?«) auf Voraussetzungen und Fähigkeiten des Patienten gründen, aber auch gegebene (objektive) Einschränkungen mit einbeziehen. Besonders auf bisherige »Ausnahmen« und Erfolge bei der Auseinandersetzung mit dem Problem oder auf andere Herausforderungen in der Vorgeschichte achten. Vorstellungen anregen, wie es ist, wenn das Problem in Zukunft gelöst sein wird (z. B. »Woran würden Sie merken, dass das Wunder geschehen ist?«).
- c) **Auf nonverbale Kommunikation achten – insbesondere nicht bewusste Mitteilungen von Zustimmung, Ablehnung oder Ambivalenz.** Auf eigene Assoziationen und Einfälle (z. B. eigene Erfahrungen, Geschichten) als wesentliche Beiträge zu dem intersubjektiven Austausch (»Resonanz«) vertrauen und mit der Aufmerksamkeit konzentriert beim Gegenüber bleiben. Spontane Trancephänomene registrieren, begleiten und vertiefen, Rückmeldungen geben und/oder diese gezielt induzieren (insbesondere Ideomotorik). Laufend die eigene Wahrnehmung überprüfen (ggf. Super-vision!).
- d) **Der Empfänger bestimmt die Botschaft und nicht der Sender.** Das Gespür für »Miss«-Verständnisse (»Dissonanz«) entwickeln und schärfen. Wenn dies geschieht, wird es wichtige Gründe dafür geben, die vermutlich einer Klärung bedürfen, bevor es weiter vorangehen kann (z. B. Konflikte, abgespaltene Erfahrungen).
- e) Erfindertisch und nachdrücklich sein in Bezug auf die **Ratifizierung und Verstärkung von guten Erfahrungen, insbesondere im Sinne des vereinbarten »Was stattdessen?«** (■ Tab. 56.1). Entsprechende Einsichten und veränderte Verhaltensweisen fokussieren (b). Hausaufgaben (inkl. Selbsthypnose) geben, die gewünschte Veränderungen wahrscheinlich machen und fördern.
- f) **Sorgfältig darauf achten, ob und wie sich die Symptomatik verändert (bzw. welche Erfahrungen geschildert werden).** Selbstkritisch prüfen, ob es »vorwärts« geht und ggf. nachfragen (wesentlich: d, e). Dabei nie die eigenen »Landkarten« (Überlegungen, Therapie-modelle, Konzeptionalisierungen) mit dem »Gelände« (Erleben und Verhalten etc. des Klienten) verwechseln.
- g) Die eigene **Flexibilität** (z. B. Durchatmen, Loslassenkönnen, Humor) selbst nutzen – auch während der Sitzungen. Dies kann zu einem Modell für den Umgang mit »engen« Situationen (Überforderung, Ohnmacht, Hilflosigkeit) werden.

Im Verlauf einer längerfristigen psychotherapeutischen Begleitung muss oft erneut bei a) begonnen bzw. das Arbeitsbündnis erneuert werden.

Um in der Zusammenarbeit über die Symptomebene hinaus den gemeinsamen Lernprozess der beiden »Experten« zur Copingförderung und Unterstützung bei persönlichen Entwicklungsschritten erfolgreich gestalten zu können, sind aus der **Therapeutenperspektive** folgende Punkte zu beachten:

Auftragsklärung. Handelt es sich bei dem Patienten um jemand, der auf seiner Suche nach Therapie weiterzieht oder um jemanden, mit dem man verbindlich zusammenarbeiten kann? Je größer Leiden und Verzweiflung sind (= Indikation für psychosoziale Unterstützung), desto größer lastet

der Druck auf allen Beteiligten, sofort Linderung oder Änderungen schaffen zu müssen. Meist laufen viele Behandlungsmaßnahmen gleichzeitig, oft auch unabhängig voneinander, evtl. sogar mit gegenseitiger Abwertung (z. B. gegen die »Schulmedizin« oder Chemotherapie als »Vergiftung« o. Ä.). Für die psychosoziale Unterstützung ist ein Mindestmaß an Koordination, Kooperation und Vertrauen in die Beziehung erforderlich, um stabilisierend oder gar verändernd wirksam werden zu können. Ob dies erreichbar ist, muss geprüft bzw. erarbeitet werden.

Hoffnung auf wichtige Veränderungen wecken und kleine oder große Erfolgserlebnisse fördern – einen Perspektivenwechsel initiieren. Den Fokus der Aufmerksamkeit auf das Bekämpfen einer aver-siven Symptomatik zu richten, verstärkt diese in der Regel. Die Konzentration auf alle möglichen Quali-täten einer gewünschten Erfahrung («Was stattdes-sen?«, s. Übersicht »Arbeitsbündnis«) führt dage-gen grundsätzlich besser und näher an die drin-gend benötigten alternativen Erfahrungen von Wohlbefinden, verbesserter Lebensqualität und Selbstkompetenz (Copingfähigkeiten) heran. Die-se veränderte Perspektive ist möglichst auch im Alltag fest zu etablieren. So kann man Patienten durch Besprechung von Aufzeichnungen (Achtung: Wichtig ist auch hier ein Perspektivenwechsel zu einem »Wohlbefinden-Tagebuch« in der Therapie-phase statt eines »Schmerz-Tagebuchs«, das in der Diagnostikphase angemessen ist) dabei unterstüt-zen, ihre Aufmerksamkeit auf gewünschte Erfah-rungen zu richten (z. B. im Arm ein Gefühl von »angenehmer Kühle« statt »wie mit tausend Kak-tusstacheln«, s. Fallbeispiel 1). Im Gespräch bzw. beim »Fachsimpeln« über den Stand der Coping-fähigkeiten wird fokussiert, wie oft und wie lange die Patienten dies geschafft haben bzw. unter wel-chen Bedingungen es leichter fiel. Auch wenn über-raschende Ausnahmen bemerkt werden, z. B. dass es mal ohne eigenes Zutun (Selbsthypnose mit ein-geschlossen) deutlich besser war, ist dies als wich-tiges Zeichen wirksamer Stressreduktion und als Erfolgserlebnis intensiv zu würdigen. Dies kann z. B. mit anerkennendem Lob verstärkt werden bzw. für die Betroffenen Anlass zur Selbstbelohnung sein. Auch die andere Seite der Medaille erfordert natürlich Zuwendung und Anteilnahme: Entmuti-gung oder andere Reaktionen auf das Scheitern von Bemühungen können durch respektvolle Anerken-nung der schwierigen Voraussetzungen oft wesent-lich modifiziert werden.

56

Therapeutische Beziehung. Sowohl **Ressourcen** (z. B. Fähigkeiten zum Entspannen und Loslassen, hilfreiche Erfahrungen eigener Kompetenz und Kreativität etc.), aber auch »**Hindernisse**« für anste-hende, notwendige Entwicklungsschritte (z. B. ver-stärkende Bedingungen für bestimmte Verhaltens-weisen, Konflikte, verdrängte oder abgespaltene Erfahrungen etc.) sollten ermittelt werden (s. Fall-

beispiel 2). Zu beachten ist dabei, dass in Krisen-situationen prägende Bindungsmuster der Kind-heit reaktiviert werden (Petersen u. Köhler 2005). Deshalb sind Geduld und häufige Erneuerung des Angebotes einer verlässlichen und belastbaren Beziehung unabdingbar.

Die angestrebte Förderung von Copingfähigkeiten (Stärkung »von innen«) gelingt am ehesten, wenn kleine und große Erfolge identifiziert und bestätigt werden und damit auch die Erwartung von Selbstwirksamkeit erhöht wird. Allerdings gilt für beide »Experten« gleichermaßen, dass auch Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit als ange-messen akzeptiert und integriert werden müssen.

56.3 Hausaufgaben

Krebserkrankungen sind chronische Erkrankun-gen: Wenn die Zusammenarbeit kleine und große Erfolge beschert, wenn gute Nachrichten bzw. Therapieerfolge sich einstellen, wenn ein Ende der Behandlung bzw. die Rückkehr in ein »normales« Leben absehbar ist, regelt sich vieles von alleine. In der Regel verstärkt sich damit auch die Zuversicht aller Beteiligten. Fehler, Versäumnisse und Kon-flikte sind im Verlauf einer Behandlung jedoch lei-der häufig und in einem gewissen Ausmaß wohl unvermeidbar; oft stellen sich Maßnahmen auch als unwirksam heraus – Hypnose und Selbsthypnose selbstverständlich mit eingeschlossen – bzw. es wird deutlich, dass die Probleme und die Krebser-krankung nicht endgültig überwunden werden können. Ängste und Gefühle von Hilflosigkeit und Ärger werden dann zu mächtigen Verstärkern jeg-licher Symptomatik bzw. des Leidens (Chapman u. Gavrin 1995). Fühlt sich ein Patient nicht als han-delndes Subjekt, sondern als hilfloses Objekt in einer Maschinerie, die er nicht beeinflussen kann, wird die Kommunikation zusätzlich erschwert. Die vielfältigen Probleme und Herausforderungen von Diagnostik und Therapie im Verlauf einer Krebser-krankung können am besten bewältigt werden (Coping), wenn mit den zur Verfügung stehenden Kräften äußerst sorgsam umgegangen wird: Wich-tig ist darum, gemeinsam herauszufinden, wann es zu kämpfen lohnt und wann es sinnvoller ist, nach-zugeben.

Hausaufgaben sollen bei chronischen Erkrankungen individuelles Coping und therapeutisch wesentliche Veränderungen fördern durch:

- bessere Symptomkontrolle (z. B. Selbsthypnose),
- Optimieren der Kommunikation im Behandlungssystem,
- Herstellen und Fördern unterstützender Beziehungen (insbes. Partner-/Familiensystem),
- Überwinden von Krisen, Überprüfen und Neuordnen von Prioritäten im Leben,
- Auseinandersetzen mit Ängsten (insbesondere vor Sterben und Tod).

Bei Hausaufgaben sollte das Augenmerk darauf gerichtet werden, einen kontinuierlichen Lernprozess zu gestalten: Copingerfahrungen anregen, sie zur Motivationssteigerung mit Erfolgserlebnissen verbinden und dies möglichst lange aufrechterhalten (Kanfer et al. 2000; Schüssler 1993; Beutel 1988). Zeit und Wiederholungen sind nötig, um erreichte Veränderungen zu stabilisieren (Ebell 2001). Forschungsergebnisse zum »Schmerzgedächtnis« (Flor u. Stolle 2006; Tölle u. Flor 2006) sind vermutlich übertragbar auf andere vergleichbar gravierende Erfahrungen, die im Zentralnervensystem subjektiv als leidvoll abgespeichert werden. Sowohl physiologisch vermittelte Anteile der Erfahrung (über Nervenfasern vermittelte Informationen) wie auch deren emotional-affektive und kognitive Bewertungen hinterlassen komplexe Spuren in Form von vielfältigen, neuronalen Verknüpfungen, d. h., sie formen unser Gedächtnis. Diese »Repräsentationen« sind Grundlage aktuellen Verhaltens und lassen sich nur durch eine vergleichbare komplexe Abspeicherung alternativer Erfahrungen verändern (»Neuroplastizität«). Quantitative und qualitative Veränderungen bedürfen daher einer geduldrigen Zusammenarbeit, um nachhaltige Veränderungen der subjektiven Wahrnehmung erzielen zu können (»kortikale Reorganisation«). Hypnose und Selbsthypnose bieten durch ihre Qualität und Intensität für solche Lernprozesse günstige Voraussetzungen (Halsband et al. 2003), weil sie als überzeugende Erfahrungen von »Wirklichkeit im Hier-

und-Jetzt« wahrgenommen werden und auch so abgespeichert werden können.

Oft ist die Erschöpfung bei Krebskranken so ausgeprägt, dass jegliche Art von Hausaufgabe bzw. Anforderung zu einer Überforderung wird. Wenn z. B. auch die aktive Verwendung von Selbsthypnoseübungen nicht (mehr) möglich ist, kann es hilfreich sein, für den Patienten einen Text auf Band zu sprechen. In einer prospektiven, randomisierten Studie, 1988–1991 im Klinikum Großhadern der Universität München durchgeführt und von der Deutschen Krebshilfe gefördert (Ebell et al. 1992; Ebell 1992; Ebell u. Beyer 1993; Ebell 1994, 2008a,b; Ebell et al. 1994), hat sich der folgende Text (s. unten »Hypnose als Anleitung zur Selbsthypnose«) bewährt. Allen Patienten, deren Schmerzen aufgrund einer Krebserkrankung mit einer medikamentösen Therapie nach WHO-Stufenleiter behandelt wurden, wurde eine Tonbandaufnahme (plus Wiedergabegerät mit Kopfhörer/Walkman) als Unterstützung angeboten, um Selbsthypnose zu erlernen. Inhalt und Länge des Textes waren das Ergebnis einer langen klinischen Erprobungsphase. Entsprechend den Rückmeldungen der Patienten wurden vor allem Suggestionen gewählt, die für die geschäftige Atmosphäre einer Klinik geeignet sind. Sicherlich ist jegliche Art von Modifikation denkbar bzw. sind andere Suggestionen potenziell ebenso wirksam. Neben der vertrauten Stimme der Therapeutin bzw. des Therapeuten ist es wichtig, genügend Raum zu geben für individuelle und situationsbezogene Variationen, die sich im Verlauf einer Selbsthypnoseerfahrung ergeben werden und nicht vorhersehbar sind (d. h. indirekte Formulierungen, langsames Sprechtempo, mal nichts sagen etc.).

Hypnose als Anleitung zur Selbsthypnose

(Tonbandaufnahme der Studie – langsam, mit vielen Pausen gesprochen; Gesamtdauer ca. 20 min)

»Sie hören meine Stimme. Sie klingt so vertraut wie andere Stimmen, die Sie kennen oder gekannt haben. Sie kann auch als ein Gemurmel im Hintergrund wirken. Nehmen Sie meine Stimme so wahr, wie es im Moment für Sie richtig ist. Erlauben Sie sich, alles eine Weile so wahrzunehmen, wie es Ihnen gut tut. Wenn Sie etwas von Ihrer Umgebung hören, nehmen Sie es ruhig auf. Es erlaubt Ihnen, sich ganz Ihrem eigenen Erleben zu widmen.

Schauen Sie geradeaus und lassen Sie Ihren Blick auf irgendetwas ruhen. Vielleicht sehen Sie einen Gegenstand in Sichtweite, auf dem es Hell und Dunkel gibt oder eine Farbe. Je länger Sie hinschauen, um so eher werden Sie merken, dass Sie Ihre Augenlider spüren. Sie werden ganz schwer und wollen sich schließen. Schließen Sie die Augen, wenn Sie so weit sind.

Spüren Sie, wie bequem Sie liegen oder sitzen. Atmen Sie ein und aus. Nehmen Sie sich Zeit zu spüren, wie sich bei jedem Atemzug Ruhe und Entspannung in Ihrem Körper ausbreiten. Nehmen Sie wahr, wie Ihr Körper so viel Muskelanspannung beibehält, wie er braucht und sich so viel Entspannung ausbreitet, wie möglich ist.

Ich werde nun einige Anweisungen geben und Vorschläge machen. Vorschläge für Ihren eigenen inneren Weg zu innerer Ausgeglichenheit. Ein Weg, der schmal oder breit sein kann und hinauf oder hinab führen mag, der durch freie Landschaft und durch bekannte oder unbekannte Räume führt, die Ihnen irgendwie vertraut erscheinen.

Atmen Sie nun tief ein und aus.

Mit diesem und den weiteren Atemzügen kann Wärme und Wohlbefinden durch Ihren Körper strömen: bis in beide Beine und dann vom rechten und linken Fuß wieder aufwärts über die Knie bis zu den Hüften.

Bei jedem Atemzug haben Sie Zeit, dem nachzuspüren.

Nun setzen sich die feinen Atembewegungen im ganzen Oberkörper fort und breiten sich nach und nach entspannend über Schultern und Nacken bis zum Kopf hin aus.

Jeder Atemzug wirkt so im ganzen Körper nach – von den Füßen bis zum Kopf.

Es entwickelt sich nun irgendeine Vorstellung. Vielleicht die Vorstellung von einer vertrauten Tätigkeit aus Ihrem Alltag, die Sie in den letzten Tagen und Wochen gerne gemacht haben. Es kann auch etwas sein, was Sie vor Monaten oder Jahren gemacht haben.

Vielleicht möchten Sie auch einfach nur den Ausblick in eine Landschaft genießen und Ihren Gedanken und Erinnerungen nachgehen. Oder Sie ruhen sich einfach aus – beim Nichtstun.

Ich werde nun eine Weile schweigen. Bleiben Sie ganz in Ihrer Vorstellung. Was Sie dabei erleben und wahrnehmen, ist im Moment das Wichtigste.

– Pause (nach ca. 3 min Rauschen als Signal für baldigen Sprechbeginn) –

Sie werden gleich am Ziel dieses Abschnittes Ihrer inneren Reise angelangt sein. Im Wachzustand oder in einem erholsamen Schlaf kann irgendetwas von dem eben Erlebten für Sie wichtig sein.

Es braucht keinen Sinn zu machen oder gar von großer Bedeutung sein. Wenn Ihnen etwas eingefallen ist, dann ist es das Richtige für Sie.

Vielleicht ist es angemessen, dass Sie gleich mit einem, zuerst kaum wahrnehmbaren Lächeln erwachen – oder Ihre Erinnerung wird Sie in einen erholsamen Schlaf begleiten.«

56.4 Fallbeschreibungen

Fallbeispiel 1

Selbsthypnose zur Symptomkontrolle und Copingunterstützung

Brustkrebsgewebe hat die Nerven der Patientin im Schulterarmbereich umwachsen: Ziel der Selbsthypnose war Linderung von neuropathischen Schmerzen, von Atemnot (Lungenmetastasen) und Nebenwirkungen der Chemotherapie.

Frau L., 45 Jahre, schildert ihre Wahrnehmung anfangs so: »Das ist, als ob ich mit dem linken Arm dauernd über einen Kaktus mit Tausenden von Stacheln streiche.« Sie empfindet dies als extrem unangenehm und schmerzhaft. Hoch dosiertes Morphin, das alle übrigen Schmerzen gut lindert, und andere Medikamente bringen diesbezüglich keine Veränderung. Die Patientin nimmt trotz Skepsis bzw. Vorurteilen gegenüber Hypnose an der oben erwähnten Selbsthypnosestudie teil. Die gemeinsame Suche danach, wie sie »stattdessen« lieber ihren Arm spüren möchte bzw. was ihr Linderung verschaffen könnte, führt zu der Vorstellung bzw. Autosuggestion, ihn mit Eiswürfeln von genau der richtigen Größe und der richtigen Temperatur vollständig zu umhüllen. Zu ihrem Erstaunen (ein wenig verlegen lachend, als sie von ihrer ersten Erfahrung berichtet: »Das gibt's doch net, tut ja immer noch nicht weh!«) erzielt sie damit Schmerzfreiheit, die über mehrere Stunden anhält – auch über die Trance selbst hinaus. Bei starker Erschöpfung gelingt ihr dies manchmal auch nicht. Nach mehreren Wochen konsequenten Übens, z. T. mit Unterstützung des Tonbandes (Text s. oben) hat sich das Gefühl der Oberflächen-sensibilität weitgehend normalisiert, trotz Fortschrei-

56.4 Fallbeschreibungen

tens der Krebserkrankung mit zunehmender Lähmung und Schwellung (Lymphabflussstörung) des Arms. Das erlernte Selbsthypnoseprinzip (»Was stattdessen?«) bzw. ihre besonderen Imaginationsfähigkeiten verwendet Frau L. selbstständig auch für ein weiteres Problem, ihre Atemnot. Angeregt durch Bilder aus einem Film, den sie im Fernsehen gesehen hatte, vertieft sie sich in ihrer Vorstellung in den Anblick von Kornfeldern in Kanada: »Ich wollte schon immer gerne mal nach Kanada. Ich hab mir dann diese Weite vorgestellt – von Horizont zu Horizont – und da hab ich richtig gemerkt, dass sich mein Brustkorb hebt und meine Lungen richtig weiten. Und da hab ich viel besser Luft bekommen, und die Atemnot ist deutlich besser geworden.« Als Drittes verwendet sie die Selbsthypnose bei der Chemotherapie. Sie verspürt keine Nebenwirkungen, da sie diese als wesentliche Unterstützung erlebt, um ihr Leben für einige Monate zu verlängern, damit sie möglichst lange bei ihrer Familie (Ehemann und Sohn) bleiben kann: »Während die Infusionen liefen, hab ich mir die ganze Zeit vorgestellt, wie das Mittel nur die Krebszellen erwischt, die daraufhin absterben und entsorgt werden. Die eigenen Zellen, die gegen den Krebs kämpfen, begrüßen diese Unterstützung, auch wenn sie selbst darunter zu leiden haben.«

Fallbeispiel 2

Hypnose und Selbsthypnose im Kontext einer Psychotherapie – Krisenintervention, Copingunterstützung und Zusammenarbeit für verschiedene Therapieziele und Themen

Die Diagnose »Eierstockkrebs« macht bei der Patientin nach komplizierter Schwangerschaft und Geburt eines gesunden Kindes Operationen und Chemotherapie erforderlich. Der mehrmonatige Krankenhausaufenthalt wird als stark traumatisierend erlebt. Wegen vorzeitiger Wehen musste Frau S., 35 Jahre, 3 Monate strikte Bettruhe einhalten. Eine Medikamentenunverträglichkeit auf das Wehen hemmende Mittel hatte zu einer schweren Leberbelastung geführt. In dieser Zeit wurde eine wachsende Eierstockzyste fortlaufend mit Ultraschall kontrolliert. Insbesondere die impliziten (häufige Kontrollen) und nonverbalen Botschaften (z. B. besorgter Gesichtsausdruck des Arztes) ließen Ängste und Anspannung stark anwachsen. Unmittelbar nach der Entbindung wurde die Eierstockzyste operativ entfernt. Im Feingewebeschnitt wurden Krebszellen gefunden und es folgte eine ausgedehnte Nachoperation. Da es versehentlich zu einer Öffnung

der Zyste gekommen und deren Inhalt in den Bauchraum gelangt war, schloss sich eine Chemotherapie an. Der erste Zyklus führte zu so starken Nebenwirkungen (Fatigue, Übelkeit und Erbrechen), dass für die Patientin eine Fortsetzung der Therapie unvorstellbar wurde. Vom psychoonkologischen Dienst der Klinik wurde daraufhin eine psychotherapeutische Unterstützung dringend empfohlen.

Beim ersten Kontakt war wesentlich, ihrer subjektiven Tragik und Dramatik viel Raum zu geben: Anstatt ihr Baby stillen und umsorgen zu können, hatte der »Horrortrip ihres Krankenhausaufenthalts nicht nur kein Ende, sondern eine Fortsetzung mit Steigerung« gefunden. Verschiedene Aussagen hatten Frau S. sehr geängstigt aber auch wütend gemacht (z. B.: »Sie sollten dieser Chemotherapie unbedingt zustimmen, denn Sie wollen ja nicht, dass Ihr Kind in 4 Jahren nur noch ein Foto von Ihnen hat!«). Im Sinne eines **Perspektivenwechsels** fokussierten wir die gemeinsame Recherche auf »mögliche Veränderungen, die Anlass zu Optimismus bzw. Zuversicht sein könnten, sodass sie das alles heil überstehen könne, um sich so bald wie möglich um ihr Kind (das von ihren Eltern und dem Ehemann gut versorgt war) zu kümmern.« Die **Fortsetzung der Chemotherapie**, deren Notwendigkeit sie inzwischen akzeptiert hatte, **mit möglichst wenig Nebenwirkungen** kam an die erste Stelle auf ihrer Prioritätenliste. In einer angeleiteten Hypnosesitzung (Altersregression in die Zeit vor der Erkrankung zur Ressourcensuche, ideomotorische Bestätigung durch Fingersignale, wenn etwas Geeignetes gefunden wurde) kam sie in Kontakt mit vielen wohltuenden Erfahrungen bei sportlicher Betätigung (vor allem Laufen und Schwimmen). Für die **Selbsthypnose während der Chemotherapie** konzentrierte sie sich (im Sinne ihres **persönlichen, Was stattdessen?!'** als Alternative zur »aufsteigenden« Übelkeit) auf die intensive Vorstellung »gegen eine starke Strömung zu schwimmen, die vom Kopf körperabwärts deutlich zu spüren ist und das Aufsteigen von Übelkeit unmöglich macht«. Mit dieser Autosuggestion tolerierte sie den zweiten Chemotherapiezyklus deutlich besser als den ersten. Mehr noch – ganz im Gegensatz zu der im Prinzip korrekten Aufklärung (aber ungewollt negativen Suggestion) durch Ärzte und Pflegepersonal, dass die Nebenwirkungen bei jeder weiteren Chemotherapie ansteigen würden – vertrat sie mit dieser Copingstrategie die dritte noch besser als die zweite. Ein großes

Erfolgserebnis, das sie ganz ihren eigenen Fähigkeiten zuschreiben konnte.

Über den Aspekt der **Copingunterstützung zur Symptomkontrolle** und **Krisenintervention** hinaus, schloss sich eine **psychotherapeutische Zusammenarbeit zu verschiedenen Therapiezielen und Themen** an: Viele als stark traumatisierend erlebte Ereignisse des Krankenhausaufenthalts bzw. Behandlungsverlaufs wurden nachträglich kognitiv bearbeitet und mit Unterstützung von Hypnose integriert (z. B. dadurch, dass Frau S. in Imaginationen als heutige Person, mit all ihrer Kompetenz, dem neu erworbenen Wissen und ihren Fähigkeiten sich selbst in der jeweiligen Situation von damals unterstützend aufsucht, sich tröstet und hilft – ideomotorisch bestätigt durch Fingersignale, dass diese Erfahrungen nun als »Erinnerung im Gedächtnisarchiv« liegen und keine Ängste oder andere Reaktionen mehr auszulösen vermögen). Schuldgefühle gegenüber ihrem Baby, das sie für Monate nicht selbst versorgen konnte, wurden thematisiert und abgebaut. Für und Wider des Zeitpunkts der Rückkehr in ihre verantwortungsvolle Arbeit (Führungsposition im Management) wurden abgewogen, in zwei Hypnosensitzungen auch im eigentlichen Wortsinne: In einer Ersten kamen beide Alternativen symbolisch in der rechten und der linken Hand zu liegen und deren Gewicht/Bedeutung (wichtig = schwer, weniger wichtig = leichter) wurde insgesamt unwillkürlich-ideomotorisch abgewogen. In einer zweiten Sitzung wurde ähnlich mit Detailspekten verfahren. Hierdurch konnten ihre bewussten, kognitiv sehr klar begründbaren Argumente durch eine eigene »second opinion« wesentlich ergänzt werden, um optimale Entscheidungen zu treffen, die so möglichst allen bewussten und nichtbewussten Anteilen gerecht wurden. Als Therapeut war ich dabei nicht in der Rolle des Ratgebers, sondern eines aufmerksamen Förderers ihres eigenen Klärungsprozesses. In diesem Abschnitt dienten Hypnose und Selbsthypnose immer wieder dazu, die Themen der Gespräche durch eine Recherche entsprechender Ressourcen und/oder Hindernisse zu vertiefen. Innerhalb von einem Jahr (mit 30 Sitzungen) führte unsere therapeutische Zusammenarbeit zu einer »neuen und befriedigenden Alltagsnormalität«.

Zwei Jahre später schloss sich noch eine weitere kurze Zusammenarbeit an: Zu Beginn einer zweiten Schwangerschaft kam es zu starkem Erbrechen (bis zu 25-mal am Tag). Es reichten 8 Sitzungen innerhalb von 3 Monaten (mit vergleichbaren Hyp-

nose- und Selbsthypnoseerfahrungen wie im ersten Zeitabschnitt der Zusammenarbeit) aus zur **Krisenintervention** und **Copingunterstützung** bzw., um die Symptomatik sowie die verständlichen Ängste vor einer Wiederholung der »grauenhaften Erfahrungen bei der ersten Schwangerschaft« zu überwinden. Das zweite Kind wurde gesund zum Termin geboren. Frau S. geht es gut und sie meistert die doppelte Herausforderung von Mutterrolle und Berufstätigkeit (Katamnese 7 Jahre).

56.5 Indikationen/ Kontraindikationen

Situationen mit starker Überforderung (Stress) sind bei einer Krebserkrankung nicht zu vermeiden. Ein Zuviel an Stress (Distress) fördert nicht die notwendigen Anpassungsleistungen, sondern wirkt den Therapiezielen entgegen. Die einfache, orientierende Frage, wie »gestresst« sich ein Patient fühlt, ist ausreichend, um zu erfassen, wer psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen braucht bzw. wem sie nützen werden (Holland 2006). Mithilfe eines »Distress-Thermometers« (senkrecht stehende Abbildung eines Thermometers mit Strichskala; Holland 1999) bzw. einer visuellen Analogskala (waagrecht angeordnet, wie bei der Schmerzmessung) mit Werten von 0 (»gar kein Distress«) bis 10 (»extremer bzw. absolut unerträglicher Distress«) als Endpunkt einer Achse wird dies quantitativ erfasst. Bei Werten bis zu 4 auf einer solchen Skala kommen die Patienten in der Regel gut alleine zurecht; bei Angaben von 5–7 profitieren sie höchst wahrscheinlich von einem Angebot in Form von Gesprächen zur Krisenintervention und Anleitungen zum Umgang mit Schmerzen, Ängsten und Erschöpfung; ab 8 besteht eine dringliche Indikation für Unterstützungsmaßnahmen. Bei 25–30% aller Krebspatienten sind Werte von 5–10 anzunehmen. Sinnvollerweise sollten die begrenzten Ressourcen psychoonkologisch ausgebildeter Fachkräfte (Psychologen, Ärzte, Pflegepersonal) auf diese Patienten konzentriert werden. Gesprächsführung und kommunikative Kompetenz (Beziehungsmedizin) stehen dabei ganz im Vordergrund – auch wenn Medikamente, gezielt eingesetzt, sehr oft indiziert und hilfreich sind.

Vielfältige Interventionen haben sich zur psychosozialen Unterstützung von Krebskranken bewährt. Frischenschlager et al. (1992) veröffentlichten eine methodenkritische Literaturübersicht bis zum Jahr 1990, Rehse u. Pukrop (2003) eine Metaanalyse von 37 Studien zu den Auswirkungen psychosozialer Interventionen auf die Lebensqualität. Aus heutiger wissenschaftlicher Perspektive bieten die Herausgeber Larbig u. Tschuschke (2000) einen Überblick: Diskutiert werden verhaltensmedizinische Ansätze (Larbig et al. 2000), unter denen sie im Kontext von Symptomkontrolle bzw. Schmerztherapie auch die Hypnose subsumieren; Fawzy u. Fawzy (2000) referieren hier Vorgehensweise und Behandlungsergebnisse ihres psychoedukativen Ansatzes. Hartmann (1991) betonte – nach einer kritischen Diskussion gängiger Modelle und Praxis – in seiner eigenen Konzeptionalisierung (»Centering«-Modell) die Selbsthilfeaspekte bzw. Perspektive der Betroffenen in 7 verschiedenen Bereichen: von körperlicher Aktivität über Sozialkontakte bis zu Entspannungsübungen und »Visuellen Symbolisationen«. Roffe et al. (2005) untersuchen in einem systematischen Review »guided imagery« als adjuvante Therapiemaßnahme.

Hypnose und Selbsthypnose als psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen im Kontext einer vertrauensvollen und belastbaren therapeutischen Beziehung sind potenziell als sehr wirksam einzuschätzen, weil

- sie die Aufmerksamkeit von kognitiv-evaluativem Verstehen und kritischem Hinterfragen hin zu **affektiv-assoziativem Wahrnehmen** verschieben und den Wechsel von anstrengendem Bemühen um willkürliches Beeinflussen und Kämpfen hin zu unwillkürlichem, **vegetativ-autonomen Loslassen** ermöglichen: »Es geschieht«;
- viele Menschen hierdurch erstaunliche eigene **Möglichkeiten und Fähigkeiten entdecken** können, ihre Wahrnehmung (z. B. Schmerzen und andere Symptome) zu verändern;
- dadurch eine erhöhte Bereitschaft zur **Annahme und Umsetzung von Fremd- und Autosuggestionen** entsteht.

Drei **Zeitfenster** sind bei der Indikationsstellung für jegliche psychoonkologische Intervention zu beachten. Hypnose und Selbsthypnose können in allen drei Zeiträumen zu einem wertvollen Therapieinstrument werden (Ebell 2006).

Kurzfristig. Krisenintervention, Stützen und Entlasten des Patienten. Der Schwerpunkt liegt auf der aktiven Haltung des Therapeuten (z. B. positive Suggestionen, »Worte wie Medizin«).

Mittelfristig. Copingförderung, d. h. Unterstützung des Patienten für Wochen. Der Schwerpunkt liegt auf der Ermittlung eigener Fähigkeiten und Selbstwirksamkeitserfahrungen im Sinne von »Was stattdessen?« (s. Fallbeispiel 1).

Langfristig. Psychotherapeutische Zusammenarbeit im eigentlichen Sinne mit unterschiedlichen Therapiezielen und Themen (s. Fallbeispiel 2).

Auch nach klaren Vereinbarungen müssen die Therapieziele immer wieder überprüft werden (s. Übersicht »Arbeitsbündnis«). Der Therapeut ist Begleiter »für ein Stück des Weges«. Im günstigsten Fall ist er zugleich kenntnisreicher Kundschafter im Hinblick auf Linderung und mögliche Veränderungen. Die Herausforderung liegt darin, einen individuell angemessenen Weg durch die Unwägbarkeiten des Krankheitsverlaufs zurück in den Alltag oder auch bis in die Sterbephase zu finden. Auf diesem Weg sind möglichst viele gute Copingerfahrungen anzustreben. Dies ist aber nur bedingt planbar. Gute Ereignisse und Ergebnisse sollten dankbar zur Kenntnis genommen werden; Wunder (Spontanheilungen) sind definitionsgemäß selten (Hirshberg u. Barasch 1995; Fegg 2005). Für den Fall, dass Hypnose und Selbsthypnose sich als wirksam und hilfreich erwiesen haben sollten, ist selbstkritisch zu reflektieren, ob dies auf vergleichbare Situationen übertragbar ist. Der Anspruch, mittels Hypnose (oder irgendeiner anderen psychosozialen Intervention) außerordentliche Ergebnisse kausal bewirken zu können, ist unseriös und wird der Komplexität der Zusammenhänge in keiner Weise gerecht (Ebell 1996).

Indikationen und Kontraindikationen für die Arbeit mit Hypnose in der Psychoonkologie müssen in Anbetracht der hohen zwischenmenschlichen und professionellen Anforderungen auf der

Beziehungsebene zwischen Therapeut und Patient geklärt werden: **Unabdingbar ist eine persönlich-professionelle Reflexion der Beziehung** (ggf. ist Supervision erforderlich!). Patientenzentrierte Selbsterfahrungs- bzw. Balintgruppen sind unbedingt zu empfehlen.

Checkliste für eine professionelle Selbstreflexion der therapeutischen Beziehung

- Habe ich eine Vorstellung von den objektiven Bedingungen der Symptomatik und ihrer Beeinflussbarkeit durch Therapie-maßnahmen? Ist an alle Möglichkeiten gedacht worden?
- Habe ich genügend Kenntnisse über das Erleben, die Werte und Ziele des Patienten, die Quellen seines Leidens? Habe ich ihn dort abgeholt, wo er ist und nicht versucht, ihn dort hinzuschieben, wo ich ihn gerne hätte? War meine Begleitung geeignet, ihn eigene Erfahrungen machen und Entscheidungen treffen zu lassen (Förderung von Coping und Selbstwirksamkeitserwartung)?
- War ich bereit zu einer persönlichen Begegnung, inbegriffen auch das »Nichtsmehr-tun-Können«?
- Was macht es mit mir?

Praktisch-klinisch sind für die hypnotherapeutische Zusammenarbeit die jeweiligen Grenzen der beteiligten »Experten« entscheidend. Die für die Forschung wichtige Frage der Suggestibilitätsmessung durch Testverfahren kann zurückgestellt werden zugunsten eines auf die Situation abgestimmten Ausprobierens (Ebell 1994; Barber 1980, 1991). Die Wirksamkeit einer hypnotischen Intervention ist klinisch schnell und einfach überprüfbar: Verändert sich eine Symptomatik oder nicht? Können wichtige Erfahrungen gemacht werden, die zur Fortsetzung der Zusammenarbeit motivieren?

56.6 Integration mit anderen Verfahren

Als Interventionstechnik kann Hypnose in der Onkologie zu einem wichtigen Werkzeug werden und als Ergänzung des eigenen klinischen Repertoires, der vertrauten »Werkzeugkiste«, wertvolle Beiträge leisten. Im professionellen Kontext mit psychotherapeutischer Ausbildung gilt dies sowohl für verhaltenstherapeutische als auch für tiefenpsychologische Konzepte. Unter der Voraussetzung, dass wir die Vermittlung von **muskulärer Entspannung** und die Arbeit mit **Imaginationen** (im Sinne intensiver Vorstellungen mit verschiedenen Sinnesqualitäten) als wesentliche Komponenten einer therapeutischen Verwendung von Hypnose definieren, ist eine saubere Trennung von anderen gebräuchlichen Verfahren nicht möglich bzw. wäre willkürlich: Hartmann (1991) z. B. verwendet für sein »Centering-Modell« für Krebskranke als wesentliche Elemente Entspannung und visuelle Symbolisationen. Ladenbauer (1992) unterscheidet Imagination (im Kontext der Katathym Imaginativen Psychotherapie/KIP nach Leuner 1985) und Hypnose und diskutiert ihren Stellenwert im Kontext der zeitgenössischen psychoonkologischen Ansätze. Brigham et al. (1994) bietet unter dem Etikett der Verhaltensmedizin eine Fülle von Ideen und klinischen Beispielen für »Imagery for getting well« bei chronischen Erkrankungen, auch wenn sie Krebs im eigentlichen Sinn (als »Fülle vielfältiger und komplexer Krankheitsbilder«) nur streift. Larbig et al. (1999) unterscheiden bei ihrer Darstellung »verhaltensmedizinischer Interventionen bei Tumorschmerzen« Entspannungsverfahren, imaginative Verfahren, kognitive Verfahren und Hypnose, beziehen sich dabei aber eher auf die Titeletiketten der jeweiligen Publikationen als auf inhaltliche Kriterien mit Trennschärfe für diese Interventionen im Einzelnen. Letzteres gilt auch für das Lehrbuch *Psychologische Schmerztherapie* (Basler et al. 1996) mit einem Kapitel zu »Entspannung und Imagination« (Rehfishch u. Basler 1996) und einem Kapitel zu »Hypnose« (Peter 1996a). Kohl u. Ross (2004) versuchen, für interessierte Ärzte Grenzen und Gemeinsamkeiten für progressive Muskelentspannung, imaginative und hypnotherapeutische Verfahren in der Schmerztherapie knapp inhaltlich zu bestimmen; Derra

(2003) unternimmt das Gleiche für Entspannungsverfahren und Hypnose. Vermutlich werden diese Unklarheiten klinisch und wissenschaftlich erst im Kontext einer Methoden übergreifenden Psychotherapiediskussion (Grawe et al. 1994; Grawe 2004) bzw. auf der Grundlage neuropsychosomatischer Erkenntnisse (Henningsen et al. 2006) überwunden werden können.

In jedem therapeutischen Beziehungskontext werden Anweisungen verwendet, die ein Hypnoterapeut als Suggestionen ansehen bzw. einsetzen würde. Aufforderungen, die Aufmerksamkeit nach innen zu richten und diese Fokussierung im Sinne eines möglichst intensiven Erlebens zu »vertiefen«, sind nicht nur für die »therapeutische Hypnose« (Ebell u. Schuckall 2004) typisch, sondern für viele ähnliche Interventionen. Hinzu kommt, dass es mehr oder weniger zufällig ist bzw. dass es eher einer historischen Konvention entspricht, welche Vorgehensweisen der Hypnose zugeordnet wurden und werden oder ob die Hypnose als Erklärung für erstaunliche Veränderungen herangezogen und konzeptionalisiert wird. Selbst auf der Ebene der nationalen und internationalen Fachgesellschaften mit hohen professionellen Standards gibt es keine einheitliche Definition, sondern äußerst vielfältige Varianten (Lynn u. Rhue 1991; Lynn et al. und andere Beiträge im *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, »special issue« 2000). Viele Publikationen, insbesondere auch von Fallgeschichten zur Anwendung von Hypnose bei Krebserkrankungen, enthalten bedauerlicherweise auch keine oder nur unpräzise Angaben zu den Interventionen oder der Herangehensweise, die als »Hypnose« etikettiert wurden. Pragmatisch-klinisch: »Es gibt viele Wege nach Rom.«

56.7 Empirische Belege

In der deutschsprachigen Diskussion zum Thema »Hypnose bei Krebserkrankungen« sind zwei Schwerpunkte erkennbar:

- Ein postulierter Einfluss der Hypnose oder anderer psychosozialer Unterstützungsangebote auf den Verlauf der Erkrankung bzw. die Lebensdauer und
- die Beschreibung und Bewertung von Hypnose und Selbsthypnose als wertvolle klinische

Intervention zur supportiven Therapie der Folgen von Erkrankung und Behandlung.

Haben psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen (Hypnose) Einfluss auf den Verlauf von Krebserkrankungen?

Diese Diskussion wurde in Deutschland 1984 angestoßen durch die Veröffentlichung von drei Arbeiten (Newton, Meares, Finkelstein u. Greenleaf) in der Zeitschrift *Hypnose und Kognition*. Erschienen waren sie ein Jahr zuvor in der Ausgabe zum 25-jährigen Bestehen des *American Journal of Clinical Hypnosis* (1982/83), zusammen mit weiteren wesentlichen Arbeiten (H. Hall, Rosenberg, Margolis, Garder u. Lubner, M. Hall, Shapiro, Oliver, Redd et al., Hoffman) zum Thema »Hypnosis and Cancer«.

Newton (1984) hatte Hypnose im Kontext eines strukturierten Unterstützungsprogramms für Krebspatienten mit Anleitung zur Selbsthypnose verwendet. Er hob darin (S. 11) in **vier Punkten** hervor, wofür sie besonders geeignet sei:

1. für die Erfahrung eines zutiefst entspannten Zustandes,
2. für die Verbesserung von Symptomen, um Lebensenergie und Lebenswillen zu fördern,
3. für das Einüben von Selbsthypnose zur Verstärkung des Gefühls der Selbstkontrolle und aktiver Beteiligung an der Behandlung,
4. für die entscheidende Unterstützung, eine Psychotherapie durchführen zu können (in diesem Fall eine psychoanalytisch fundierte).

In den **klinischen Schlussfolgerungen** aus seinen Erfahrungen mit insgesamt 283 Patienten postulierte er Richtungweisend (S. 15), dass das wichtigste Ziel der Therapie die Verbesserung der Lebensqualität sein sollte. Bezogen auf ihre Diagnosen – auch wenn die Fälle unter einem methodenkritischen Gesichtspunkt sicher nicht genau vergleichbar waren – zeigten seine Patienten im Vergleich zur nationalen Krebsstatistik in den USA deutlich längere Überlebenszeiten.

Dies fiel bei Patienten und Therapeuten in Deutschland auf fruchtbaren Boden, die auf der Suche nach Alternativen zur »Schulmedizin« waren – wohl auch wegen der großen Popularität der ersten Veröffentlichung von Simonton et al. (1982). Dessen populärwissenschaftliche *Anleitung*

zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte für Krebspatienten und ihre Angehörigen verwies zur praktischen Umsetzung auf symbolische Imaginationen der eigenen aggressiven Immunabwehr (z. B. als Ritter mit silberner Rüstung, Haifische o. Ä.), um die Krebszellen zu zerstören. Dieses Buch wird seitdem in unveränderter Auflage mit entsprechender Tonbandanleitung verkauft. Simonton nahm auch in der Folgezeit (1993) in Anspruch, mit seinem Ansatz eine Verlängerung der Lebenszeit bewirken zu können bzw. vermittelte durch Fallbeispiele den Eindruck, dass damit auch Heilung in aussichtslosen Fällen möglich sei. Sein gruppentherapeutisches »Counseling«-Programm – kompakt vermittelt in wenigen Wochenseminaren für Patienten und ihre Angehörigen – ist zwar mit dem Psychotherapieverständnis in Deutschland überhaupt nicht vergleichbar oder kompatibel, weckte aber verständlicherweise viele Hoffnungen. Von Hypnose war explizit gar nicht die Rede, aber die Entspannungs- und Visualisierungsübungen (insbesondere das metaphorische Bebildern der eigenen Abwehrkräfte) – nur eine unter vielen weiteren Interventionen – wurden als der Hypnose ähnlich bzw. als die wesentliche Intervention rezipiert (Ebell 1996). Die »Vorschläge zur Veränderung des Simonton-Programms« von Lenk (1985) und seine auf einem eindrucksvollen Einzelfall basierende Konzeptionalisierung einer »Hypnotherapie bei Krebserkrankungen« im ersten deutschsprachigen Lehrbuch für *Klinische Hypnose* (Revenstorf 1990) folgen dieser Linie.

Auch die beeindruckenden Kasuistiken von Meares (1984) in der o. g. Ausgabe von *Hypnose und Kognition* weisen in die Richtung einer Beeinflussung des Verlaufs der Erkrankung durch Hypnose, auch wenn diese hier eher als Sonderform der Meditation präsentiert wurde. Peter (1984) kommentiert in seiner »Einführung zum Leitthema« (S. 2–4) zurückhaltend beide Aspekte (»Hypnose zur Linderung« und »hypnotherapeutische Bemühungen, die über eine bloße Symptomkontrolle hinausgehen und auch den Stillstand oder die Rückentwicklung der Krankheit zum Ziel haben«) und fügt eine Bibliografie mit knappen Inhaltsangaben (S. 73–82) an. Kraiker (1984) fühlte sich als Mitherausgeber dieser Ausgabe von *Hypnose und Kognition* zu einem vorsichtig kritischen Kommentar veranlasst, der als Nachwort angefügt wurde.

Meist wurden und werden solche Auffassungen begründet mit wissenschaftlichen Erkenntnissen der »Psychoneuroimmunologie« (Ader 1981; Ader et al. 1991), einem interdisziplinären Forschungsgebiet, das sowohl für die Entstehung als auch für den Verlauf einiger Krebserkrankungen wichtige Erkenntnisse beisteuern kann. Die Wertigkeit von Belegen, dass sich immunologische Faktoren durch Hypnose messbar verändern (Flammer u. Bongartz 2003; Bongartz 1996), ist für den klinischen Verlauf der großen Vielfalt von »Krebs«-Erkrankungen jedoch vollkommen unbekannt und eine diesbezügliche Bewertung der Bedeutung von Hypnose rein spekulativ.

Im Hinblick auf die beiden oben genannten Schwerpunkte der Diskussion in Deutschland sind die Arbeiten von Spiegel, einem renommierten Psychiater, Kliniker und Hypnoseforscher an der Stanford-Universität, ein wichtiges Bindeglied: Er berichtete (Spiegel u. Bloom 1983) über die Wirksamkeit von Selbsthypnose zur Schmerzlinderung sowie andere relevante therapeutische Effekte (Spiegel et al. 1981). Besondere Beachtung gewann seine Veröffentlichung von Katamnese-daten einer kontrollierten Studie im *Lancet* (Spiegel et al. 1989), einem Journal mit höchster wissenschaftlicher Reputation. Die Brustkrebspatientinnen der Interventionsgruppe (psychoanalytische Gruppe zur Förderung der emotionalen Ausdrucksfähigkeit) lebten im Schnitt 18 Monate länger und 3 Teilnehmerinnen waren noch am Leben, während alle Frauen aus der Vergleichsgruppe verstorben waren. Hier schien ein deutlicher Hinweis auf eine Lebensverlängerung bei Krebserkrankungen durch psychosoziale Interventionen vorzuliegen und nicht nur eine Verbesserung der Lebensqualität. Später wurde ermittelt (Fox 1995), dass die Überlebenszeit der Behandlungsgruppe in etwa der von vergleichbaren Brustkrebspatientinnen entsprach, die im regionalen und nationalen Krebsregister erfasst wurden, während die Kontrollgruppe dementsprechend eine kürzere Überlebenszeit aufwies. Spiegel selbst diskutierte seine Ergebnisse immer selbstkritisch (Spiegel 1993; Spiegel u. Kato 2000); auch wurde von ihm nie als wesentlich herausgestellt, dass einige Patientinnen Selbsthypnose zur Schmerzkontrolle erlernt hatten. Die durch seine Veröffentlichung im *Lancet* ausgelöste methodenkritische Diskussion, inkl. Replikationsstudien, schien

56.7 Empirische Belege

abgeschlossen: »When a negative result is positive« (Goodwin 2004). Die Autoren eines Reviews zur Untersuchung systematischer Reviews formulierten 2005:

Die Befunde dreier Meta-Analysen (Meyer et al. 1995, Cwikel et al. 2000, Chow et al. 2004) legten nahe, dass psychosoziale Interventionen im Allgemeinen wenig oder keinen Effekt haben auf das Überleben und den medizinischen Verlauf; da jedoch nur eine geringe Zahl methodisch anspruchsvoller Studien vorliegt, empfehlen alle Autoren ausdrücklich weitere grundlegende Forschung auf diesem Gebiet (Rogers et al. 2005, S. 18; Übersetzung des Autors).

Eine solche Studie scheint nun vorzuliegen: Eine Arbeitsgruppe an der Universität Kiel (Küchler et al. 2007) berichtet von einer randomisierten Untersuchung über 10 Jahre, bei der eine statistisch signifikant erhöhte Überlebenszeit bei chirurgischen Patienten mit bestimmten gastrointestinalen Krebserkrankungen gefunden wurde, wenn diese psychotherapeutische Unterstützung erhalten hatten. Andrykowski (2007) diskutiert dieses aufsehenerregende Ergebnis gründlich und kritisch auf dem Hintergrund der aktuellen Forschungsevidenz in einem Editorial. Auch wenn dies nur für eine ganz spezielle, kleine Gruppe von Patienten gilt, werden die aufgeworfenen Fragen ein wichtiger Impuls für Klinik und Forschung sein – wohl gemerkt, bisher ohne entsprechende Daten für eine als »Hypnose« deklarierte Intervention.

Zum Postulat eines Einflusses psychosozialer Interventionen auf den Verlauf von Krebserkrankungen diskutiert Beutel kritisch die Bedeutung der Copingforschung:

Übersichtsarbeiten kommen aufgrund einer begrenzten Zahl von Verlaufsstudien zu dem weitgehend übereinstimmenden Ergebnis, dass

- ein aktives, engagiertes, kämpferisches Verhalten (Problemanalyse und -lösung), Ausdruck von negativen Gefühlen und eine zuversichtliche, unter Umständen auflehrende Grundstimmung günstig sind,
- eine passiv-resignative Einstellung, Unterdrückung von Gefühlen, Unterwerfung und Hoffnungslosigkeit ungünstig sind,
- andere Strategien wie Verleugnung kontrovers bleiben,

- in einzelnen Studien auch belastende Lebensereignisse und mangelnde soziale Unterstützung mit kürzerer Überlebensdauer einhergehen.

Gerade die Studien mit den eindrucksvollsten Ergebnissen unterliegen jedoch gravierenden methodischen Einschränkungen bezüglich Stichprobengröße und sorgfältiger Prüfung medizinischer Prognoseindikatoren (Beutel 1994, S. 67).

Faller (2001) diskutiert eine vergleichbare Einschätzung anhand einer aktuelleren Literaturübersicht, zusammen mit den Ergebnissen seiner sehr sorgfältig entworfenen prospektiven Untersuchung von Lungenkrebspatienten.

In Deutschland haben die Arbeiten von Schwarz (1994) zu »Mythos und Realität der sogenannten Krebspersönlichkeit« einen wesentlichen Beitrag zur Demystifikation von Krebs geleistet sowie zur Konstituierung wissenschaftlich-kritischer Kriterien für die Arbeit mit Krebspatienten als chronisch Kranke (Koch u. Potreck-Rose 1990, Koch u. Weiß 1998), deren Lebensqualität es zu fördern gilt (Wasner 2005). Kappauf u. Dietz (1996, S. 8) formulieren das Aufgabengebiet der **Psychoonkologie** so: Sie untersucht **psychosomatische Aspekte** (soziale und psychische Faktoren, die Morbidität und Mortalität beeinflussen), **somatopsychische Aspekte** (Auswirkungen von Erkrankung und Therapie) und **psychosoziale Aspekte** (emotionale Auseinandersetzung der Patienten, ihrer Angehörigen und der Behandelnden mit sich selbst und miteinander, einschließlich der spirituellen Dimension).

Alle Überlegungen und Untersuchungen der klinischen Wirksamkeit von Hypnose und Selbsthypnose sollten in diesem interdisziplinären Kontext angesiedelt sein. Dazu bedarf es klarer und eindeutiger Operationalisierungen. Die Anleitung zu Entspannung und/oder Imaginationen ist Bestandteil vieler einzel- und gruppentherapeutischer Angebote (► Abschn. 56.6), um Patienten mit einer Krebserkrankung zu besserem Coping mit den körperlichen und psychosozialen Folgen ihrer Erkrankung bzw. mit Diagnostik und Behandlung anzuleiten. Als »Hypnose« definierte Interventionen könnten sowohl im verhaltenstherapeutischen Spektrum mit Fokus auf dem Umgang mit Symptomen als auch im Kontext tiefenpsychologischer Konzepte mit Schwerpunkt auf dem Umgang mit Gefühlen und Konflikten einen hohen klinischen Stellenwert haben und prospektiv untersucht wer-

den. Die für die Hypnotherapie typische Fokussierung auf die Möglichkeiten und Fähigkeiten (Ressourcen) der Patienten zur Optimierung ihres Copings liegt klar auf der Linie des von maßgeblichen Forschern und Klinikern 1995 formulierten »Konsensus von Flims« (Kiss 1995).

Können Hypnose und Selbsthypnose bei Krebserkrankungen einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität leisten, z. B. zur Schmerzkontrolle, bei Ängsten und Nebenwirkungen einer Chemotherapie?

Diese Frage ist eindeutig zu bejahen.

Die Literatur bietet diesbezüglich verschiedene Perspektiven an: Praktisch Interessierte profitieren eher von **Einzelfallberichten** bzw. von **Beschreibungen klinischer Erfahrungen** bei einigen Patienten. Diese erlauben zwar keine Verallgemeinerung, vermitteln aber viele Anregungen und sichern – zusammen mit **Ergebnissen aussagekräftiger prospektiver Untersuchungen** – die Professionalität der klinischen Tätigkeit. **Reviews** hinterfragen kritisch die Aussagen zur Wirksamkeit von Hypnose in Publikationen. Sie fokussieren dabei vor allem auf methodische Vorzüge und Mängel der jeweiligen Veröffentlichungen, um ihre klinische Wertigkeit zu bestimmen. In der Regel folgt eine Empfehlung, um Forschungsfragestellungen zu präzisieren und/oder ihre Förderungswürdigkeit zu beurteilen. Ihre Aussagekraft hängt natürlich ganz von der Qualität des untersuchten Materials ab.

Bei Schmerzen und Ängsten sowie bei Übelkeit und Erbrechen als Nebenwirkungen von Chemotherapie und Strahlenbehandlung ist für sehr unterschiedliche Techniken und Suggestionen (oft fehlen dazu auch Angaben) eine erstaunliche Wirksamkeit belegt. Diese Symptomatik ist häufig, klinisch relevant und in der Regel auch behandlungsbedürftig. In Falldarstellungen wird oft darüber hinaus davon berichtet, wie Patienten und Therapeuten durch Hypnose ein sehr kreativer Umgang mit vielfältigen Belastungen im Verlauf der Erkrankung sowie in der Sterbephase und der Auseinandersetzung mit dem Tod ermöglicht wurde.

In einer ersten Übersichtsarbeit zur Schmerzbehandlung aus psychosomatischer Sicht (Noyes 1981) sind nur zwei kleine Absätze zur Hypnose bei Krebserkrankungen enthalten. Stegglees et al. (1987) listen die Arbeiten zum Thema »Hypno-

sis and cancer« von 1960–1985 auf und unterscheiden: »26 general discussions«, »34 case reports« und »9 experimental and nonexperimental group designs«. Kaye (1987) veröffentlicht 12 informative Fallgeschichten und ihre klinischen Schlussfolgerungen. Trijsburg et al. (1992) verweisen in ihrem Review »Effects of psychological treatment on cancer patients« auf klinisch relevante Ergebnisse von Hypnose bei »Angst, Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen«. Batschkus (1994) stellte in einer Dissertation über 300 Referenzen zur Literatur über Hypnose in der Therapie von malignen Erkrankungen zusammen. Genuis (1995) bewertet die systematischen Studien seit 1980 zum Umgang mit Angst und Schmerz einerseits und Übelkeit und Erbrechen andererseits. Rajasekaran et al. (2005) haben aus Sicht der Palliativmedizin 27 Veröffentlichungen über die Arbeit mit Hypnose in der Terminalphase (davon 24 Fallberichte) analysiert. Sie konstatieren: »Weitere Forschung ist erforderlich, um die Bedeutung der Hypnotherapie für die Symptomkontrolle verstehen zu können« (Rajasekaran et al. 2005, S. 418; Übersetzung des Autors). Mansky u. Wallerstedt (2006) kommen zu der Einschätzung: »Hypnose und angeleitete Imaginationen können nützlich sein bei antizipatorischer Übelkeit und Erbrechen« (Mansky u. Wallerstedt 2006; S. 425; Übersetzung des Autors).

Fallgeschichten und klinische Untersuchungen

Milton Erickson hat beeindruckende Fallgeschichten (1959, 1966a) und ein grundlegendes systematisches Referat zur Schmerzkontrolle (1967/1998, S. 128–138) veröffentlicht, das er auf dem ersten Kongress für Hypnose und psychosomatische Medizin 1965 in Paris gehalten hat. Sacerdote (1982a,b) würdigt – neben eigenen Arbeiten (Sacerdote 1965, 1970) – vor allem Ericksons Ansätze für die Schmerzproblematik bei Krebspatienten. In der grundlegenden Darstellung von Hilgard u. Hilgard (1975) wird im Kapitel über die klinische Anwendung bei Krebserkrankungen (S. 86–102) in einer Fallgeschichte auch auf positive klinische Effekte der Hypnose über die Schmerzlinderung hinaus hingewiesen. Crasilneck u. Hall (1985, S. 109–116), Butler (1954), Cangello (1962) haben ebenfalls wichtige Beiträge dazu geliefert. Peter u. Gerl (1984) diskutieren ihre klinische Erfahrung mit Fallbeispielen, von Gerl (1985) ergänzt durch

eine Reflexion von Wesen und Bedeutung der therapeutischen Beziehung. Peter (1996a, 1998b) veröffentlichte umfassende Übersichten zur Schmerztherapie mit Hypnose und berücksichtigt dabei die Besonderheiten der Arbeit mit Krebskranken.

Die aus klinischer Erfahrung gewonnenen konzeptionellen Auffassungen von Barber u. Gitelson (1980) und Spiegel (1985) zur Verwendung von Hypnose und Selbsthypnose zur Schmerzkontrolle sind praktikabel (Ebell et al. 1992; Ebell u. Beyer 1993; Ebell 2008b) und werden durch Erfahrungen vieler Patienten bestätigt:

»Man kann Schmerzen haben, ohne darunter zu leiden; man muss nicht bis zur Erschöpfung gegen Schmerzen ankämpfen, sondern kann loslassen und Selbsthypnose verwenden; man kann die Schmerzwahrnehmung verändern und in Ausnahmefällen sogar effektiv mittels Selbsthypnose kontrollieren.«

Dieser Zugang ist entsprechend auch auf den Umgang mit vielfältigen anderen Symptomen, unter denen die Patienten leiden, übertragbar. Die Fallgeschichten von Rosen (1984) und Hoffmann (1982/83) sowie die Übersicht von Redd et al. (1982/83) geben einen Einblick in die klinische Arbeit zur Kontrolle von Übelkeit und Erbrechen als Nebenwirkungen der Chemotherapie. Sie enthalten auch weitere therapeutisch wesentliche Aspekte für die Behandlung von Krebskranken. Dass Hypnose antizipatorische Übelkeit und Erbrechen ohne Ausnahme wirksam unterbinden kann, zeigen Marchioro et al. (2000) eindrucksvoll bei allen (16) in eine Studie eingeschlossenen Patienten. Lang et al. (2000, 2006) belegen in zwei neueren, methodisch anspruchsvollen Studien die Wirksamkeit von Hypnose bzw. Selbsthypnose in der Vorbereitung und Durchführung medizinisch-diagnostischer Eingriffe, gewissermaßen im Vorfeld der Onkologie. Für die intra- und postoperative Versorgung von Brustkrebspatienten konnten Montgomery et al. (2007) erstaunliche und relevante Unterschiede einer Hypnoseintervention gegenüber einer Aufmerksamkeitskontrollintervention belegen.

Hypnose und Selbsthypnose bei Kindern und Jugendlichen

In Bezug auf die Behandlung von Ängsten und Schmerzen setzten Publikation (Hilgard u. LeBaron 1982) und Buch (Hilgard u. LeBaron 1984) Maßstäbe. Viele weitere praktisch klinisch gut verwendbare Berichte zum Umgang mit Symptomen von Erkrankung und Behandlung liegen vor (Zeltzer u. LeBaron 1982; Kellerman et al. 1983; Kuttner 1988; Zeltzer et al. 1991; Jacknow et al. 1994; Liossi u. Hatira 1999). In dem *Lehrbuch der Kinderhypnose und -hypnotherapie* (Olness u. Kohen 2001) wird ausführlich auf Besonderheiten der Arbeit mit krebskranken Kindern eingegangen, verbunden mit weiteren Literaturverweisen. Die bei Erwachsenen so intensiv diskutierte Frage einer Lebensverlängerung wird hier nur anekdotisch angedeutet. Die meisten malignen Erkrankungen im Kindesalter haben einen stark progredienten Verlauf und bei empathischer Zuwendung verbieten sich solche Allmachtsphantasien wohl in Anbetracht der vielen Schicksale. Einzelberichte geben allerdings einen faszinierenden Einblick in das erstaunlich kreative Potenzial von Kindern und Jugendlichen im Angesicht des Todes, wenn sie hypnotherapeutisch begleitet und gefördert werden.

Die Herausforderung, in der Pädiatrie Hypnose und Selbsthypnose als Intervention kreativ und gezielt zu verwenden, ist aus der Notwendigkeit erwachsen, mit wiederholten diagnostischen und therapeutischen Eingriffen umzugehen (z. B. Rückenmark- oder Knochenmarkpunktionen bei den häufigen Leukämien). Solche und ähnliche Prozeduren sind nicht nur schmerzhaft, sondern werden oft als traumatisierend erlebt, mit entsprechend gravierenden Auswirkungen (Ängste, Stress und Vermeidungsverhalten) auf die nächste Behandlung. Aus methodenkritischer Sicht wird die Studienlage nüchtern aber positiv gesehen: Milling u. Costantino (2000) halten die Wirksamkeit von Hypnose bei akutem Schmerz und Nebenwirkungen der Chemotherapie für gut belegt. Wild u. Espie (2004) kommen zwar zu dem Schluss, dass die Aufnahme der Hypnose in »best practice guidelines« (noch) nicht gerechtfertigt ist. Sie gehen aber von »sufficient evidence« aus, die »weitere kontrollierte Studien mit größeren Patientenzahlen rechtfertigt« und formulieren entsprechende Vorschläge für diese Forschung. Richardson et al. (2007)

bestätigen in ihrem Review kontrollierter Studien, dass die Hypnose sowohl für antizipatorische als auch durch Chemotherapie ausgelöste Übelkeit und Erbrechen als »klinisch wertvolle Intervention« einzuschätzen ist. Die klinische Herausforderung in der Arbeit mit Kindern, die sich mehrfachen Blasenuntersuchungen unterziehen müssen, ist sicherlich vergleichbar. Butler et al. (2005) konnten eine erstaunliche Wirksamkeit der Hypnose im Hinblick auf Stressreduktion sowie Erleichterung und Verkürzung der unangenehmen Untersuchung belegen.

Für interessierte Kliniker und Forscher

Das von Barber (1996) herausgegebene Buch *Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain – a Clinical Guide* bietet mit seinen 400 Seiten einen umfassenden Überblick zu Theorie und Praxis. Alle Beiträge sind mit vielen konkreten Beispielen außerordentlich gründlich ausgearbeitet. Neben dem grundlegenden Kapitel des erfahrenen Klinikers und Forschers (Barber 1996), enthält es auch ein Kapitel über die Arbeit mit Krebskranken von Syrjala u. Roth-Roemer (1996). Syrjala ist auch die Autorin einer kontrollierten Studie (Syrjala et al. 1992), die in allen Reviews zitiert wird, die mit strengen methodischen Kriterien die Arbeiten zu »alternativen« Therapieansätzen bei Krebserkrankungen geprüft haben (Deng u. Cassileth 2005; Bardia et al. 2006). In einem quasi experimentellen Setting (mehrwöchige Isolationsphase wegen Immunsuppression) konnte sie bei Patienten mit unerträglichen Schmerzen aufgrund starker Schleimhautentzündungen nach Knochenmarktransplantation die Überlegenheit von Hypnose (»relaxation and imagery«) zeigen – im Vergleich zu einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Copingfähigkeitstraining (ohne »imagery«) gegenüber zwei Kontrollgruppen (Therapeutenkontakt ohne Intervention und Normalbehandlung). Auch das Kapitel von Bejenke (1996a) zu schmerzhaften, medizinischen Eingriffen (► Kap. 52) bietet viele praktische Anleitungen und vermittelt anschaulich Erfahrungswerte. Sie hat Hypnose und Suggestionen (ohne formelle Induktion: »Worte wie Medizin«) über Jahrzehnte für tausende Patienten in ihrer täglichen Routine als Anästhesistin und Schmerztherapeutin – insbesondere auch bei Krebserkrankungen – seltensreich angewandt. Im Hinblick darauf, dass

viele Maßnahmen – insbesondere bei Wiederholungen wie in der Strahlenbehandlung und der Diagnostik im Magnetresonanz- oder Computertomografen – bei Patienten Stress und Ängste auslösen, sind auch die Beiträge von Patterson (1996) und Askay et al. (2007) zur Versorgung von Patienten mit Verbrennungen auf die Arbeit mit Krebskranken übertragbar.

Dieses klinische Lehrbuch (Barber 1996) ist eine wertvolle Fundgrube für alle, die das Potenzial der therapeutischen Hypnose in ihre Arbeit integrieren wollen.

56.8 Zusammenfassung

Psychoonkologische Arbeit ist immer eine »Begleitung für ein Stück des Weges« (Ebell 2008a). Die Zusammenarbeit von Patient, als Experte für sein Kranksein, und Therapeut, als Experte für die Krankheit, erfolgt in drei Zeiträumen:

- **Kurzfristige Hilfe** (Linderung, Stützen, Krisenintervention),
- **mittelfristige Unterstützung** (mit Kräften haushalten lernen, tiefere Einsichten bzw. Umorientierungen fördern, mögliche Alternativen erproben, Austausch und Halt im Partner-, Familien- und Behandlungssystem fördern) und
- **langfristige psychotherapeutische Zusammenarbeit** (verschiedene Therapieziele und Themen).

Der Stellenwert von Hypnose und Selbsthypnose kann in Einzelfällen sehr hoch sein (s. Fallbeispiele) und trägt dann erheblich dazu bei, dass ein objektiv angemessenes Gesamttherapiekonzept auch subjektiv zufriedenstellend wahrgenommen wird.

Viele Menschen haben – meist ohne davon zu wissen – besondere Fähigkeiten, ihre Wahrnehmung zu verändern und damit ihr Coping wesentlich zu verbessern. Auch wenn die therapeutische Beziehung (zwischenmenschliche Zuwendung) eine große Rolle spielt, ist es dann möglich, Veränderungen selbst zu induzieren (Selbsthypnose) und damit die Lebensqualität entscheidend zu verbessern. Dieses therapeutische Potenzial ist zu wenig bekannt und wird noch viel zu wenig genutzt. Unterschätzt wird auch, dass solche Fähigkeiten durch direkte und indirekte Suggestionen – mit

56.8 Zusammenfassung

oder ohne formelle Hypnoseinduktion und Vertiefung – umgesetzt werden können.

Kurzfristige Hilfe. Für die meisten stationär behandelten Patienten wird sich eine kurzfristige und situationsbezogene psychoonkologische Begleitung auf Kriseninterventionen beschränken bzw. einen Beitrag zur Optimierung der Symptomkontrolle leisten (z. B. bei Schmerzen, Ängsten, Nebenwirkungen von Therapiemaßnahmen). Hypnoseerfahrungen werden direktiv oder als Anleitung zu einem persönlichen Selbsthypnoseritual vermittelt. Es ist wirksamer, sich dabei auf ein gewünschtes »Was stattdessen?« zu konzentrieren, als unangenehme Symptome zu bekämpfen. Hypnose kann auch dabei helfen, die Entstehung und Bedeutung des Leidens an Symptomen (Anlass bzw. Ursache, verstärkende und biografische Faktoren) genauer zu untersuchen.

Mittelfristige Unterstützung. Bei längeren stationären Aufenthalten, z. B. zur Knochenmarktransplantation, in psychosomatischen und Rehabilitationskliniken und in der ambulanten Betreuung ermöglicht eine mittelfristige Begleitung eine komplexere und intensivere Betreuung. Hypnose (auch verwendbar als Hypnoseanleitung zur Selbsthypnose) sollte hier verbunden sein mit Anleitungen zur Entspannung und Symptomkontrolle, mit spezifischen Vorstellungen im Sinne eines »Was stattdessen?«. Die verwendeten Techniken (z. B. für den Zugang zu nicht bewusstem Erfahrungswissen und Fähigkeiten) sollten einfach und auf die Optimierung von Coping und Lebensqualität ausgerichtet sein.

Langfristige psychotherapeutische Zusammenarbeit. Über Kriseninterventionen und symptomatische Therapie hinaus ermöglicht eine langfristige Begleitung, gemeinsam Therapieziele sowie persönliche Themen zu bearbeiten, die von beiden »Experten« ermittelt wurden. Hypnose und Selbsthypnose sind in diesem Kontext sehr hilfreich, um Ressourcen und Hindernisse (z. B. Konflikte, die aus der bisherigen Lebensperspektive als unlösbar wahrgenommen wurden, unverarbeitete Erfahrungen) zu identifizieren und auf einem Weg mit mehr Lebensqualität eine Neuorientierung (z. B. darauf, gesund zu werden) zu fördern.

Fazit

In jeder kontinuierlichen psychoonkologischen Begleitung sollte darauf geachtet werden, **Synergieeffekte von kurz-, mittel- und langfristigen Unterstützungsmaßnahmen** zu erreichen:

- Zeiten ohne bzw. mit weniger Leiden führen zu einem veränderten Erleben der Patienten bzw. zu mehr Zuversicht.
- Besseres Coping, d. h. mehr Aktivität und »Selbsteffizienz«, ermöglichen die notwendige Neuorientierung.
- Persönliche Entwicklungsschritte fördern eine konstruktive Beziehungsgestaltung im therapeutischen, partnerschaftlichen und familiären Kontext.