

## Persönliche Merkmale effektiver Krebstherapeuten

Wilhelm Gerl

**Zusammenfassung:** *Ein Essay, in dem ich die Aufmerksamkeit auf übergreifende Therapeutenmerkmale richte, wie sie bei C. Simonton, B. Newton und bei A. Meares zu beobachten sind, und die für die Entwicklung einer heilungsfördernden Beziehung mit krebserkrankten Personen bedeutsam sein dürften.*

Wir können beim Betrachten von Therapieforschungsergebnissen und Berichten aus der klinischen Praxis feststellen, daß die einen Therapeuten mit Hilfe der von ihnen beschriebenen Vorgehensweisen ermutigende Ergebnisse erzielen. Sobald dann aber, in der Nachfolge, andere Forscher/Therapeuten versuchen, durch eine Replikation dieser Vorgehensweisen zu ähnlichen Ergebnissen zu gelangen, gelingt es ihnen häufig nicht. Die Enttäuschung der hochgesteckten Erwartungen in „die neue Behandlungsmöglichkeit“ (daß sie dabei hilft, in dem Rahmen, in dem man arbeitet, bei steigenden Anforderungen und zunehmendem Leistungsdruck „therapeutisch noch erfolgreicher“ zu sein) führt dann leicht zu einer, wiederum vorschnellen Verwerfung dieser Möglichkeit und zu weiterem Hoffen auf eine in den vorgegebenen Rahmen passende „Erfolgsmethode“.

Jedoch, wenn wir mit klinischer Hypnose arbeiten, gilt es zu beachten, daß hierbei ein sehr intensives und sehr subtiles Beziehungsgeschehen abläuft – und daß es sich um eine sehr persönliche Erfahrung von beiden, Patient und Therapeut, handelt, die da auf bewußten und unbewußten Ebenen miteinander interagieren. Diese Tatsache wird in den meisten Untersuchungsdesigns mit ihren „Homogenitätsmythen“ noch immer nicht berücksichtigt. Für das Ergebnis ist aber neben dem gewählten Design und der verwendeten Technik vor allem von Bedeutung, *wer* diese Therapie/Studie durchführt. Und damit: Wie sehen die wesentlichen Überzeugungen und Haltungen dieses Therapeuten/Forschers aus? Was sind seine Motive; wie sind seine spezifischen Erwartungen? Und: Was von dem, das er glaubt, realisiert er tatsächlich in seiner (Lebens-)Praxis? Wie wirklich und ehrlich erscheint er dem andern in dem, was er tut? Wie ist seine Bereitschaft, sich auf den andern und auf sich selbst einzulassen? Wie präzise kann er wahrnehmen, wie sensibel reagieren?

Diese und sicher noch einige andere Merkmale des Therapeuten bilden, zusammenwirkend mit entsprechenden Merkmalen des jeweiligen Patienten, einen wesentlichen Teil der Basis, auf der sich die spezielle Beziehung dieser beiden und ihre konkrete, gemeinsame Arbeit und therapeutische Erfahrung entwickelt.

Es ist nicht das Werkzeug, das ein Kunstwerk entstehen läßt, sondern jenes ist das Ergebnis einer Interaktion, in der das Werkzeug kunstfertig benutzt wird. Um in diesem Bild zu bleiben: Wir lesen in wissenschaftlichen Artikeln meist nur etwas über Pläne, Werkzeuge und Materialien, und nur selten etwas über die Persönlichkeit des Künstlers (oder Handwerkers), als sei dieser nicht von ausschlaggebender Bedeutung für das, was bei der Arbeit herauskommt. Und deshalb scheint es mir notwendig und lohnend zu sein, das Augenmerk einmal mehr auf diesen Part zu lenken.

Auch wenn man schon eine Vielzahl der wesentlichen Publikationen zum Thema psychologische bzw. ganzheitliche Krebsbehandlung gelesen hat, ist man ausgesprochen unterinformiert: Obwohl in zunehmend mehr Artikeln und Büchern auf die entscheidende Bedeutung der therapeutischen Beziehung hingewiesen wird, findet man kaum Schilderungen konkreter Interaktionsabläufe und nur äußerst selten Angaben über die Glaubenssysteme, das Erleben und das konkrete Handeln des Therapeuten, die der interaktionalen und multimodalen Natur des Geschehens Rechnung tragen würden. Zwar gibt es Feststellungen, wie die von Bernauer Newton (1983, p. 107), daß für die Krebstherapie „nach unserer Meinung eine Ausbildung, Erfahrung und ein hohes Kompetenzniveau als Psychotherapeut ein unbedingtes Erfordernis ist“; worin sich dieses zu zeigen hat, läßt sich aber nur zwischen den Zeilen herauslesen oder auf andere Weise erschließen. Zum Beispiel, wenn er sich anerkennend über Ainslie Meares, einen anderen effektiven Krebstherapeuten, äußert: „Er ist ein höchst ungewöhnlicher Mensch, der ein hochwirksames therapeutisches Verfahren entwickelt hat, *das mit ihm als Mensch und als Therapeut absolut übereinstimmt*. Und kein noch so häufiges Lesen seines Artikels hier wird es für einige von uns möglich machen, zu tun, was er tut. Wenn wir es versuchten, müßten *wir viel mehr in uns selbst hineinschauen*.“ (Übersetzung und Hervorhebungen durch mich.)

Wenn ich mich frage, wodurch ich meine besten Informationen über Carl Simonton als Therapeut erhalten habe, dann geschah das nicht durch das doch recht ausführliche Buch „Wieder gesund werden“, das von ihm, seiner Frau und einem Mitarbeiter verfaßt wurde, sondern anhand eines Interviews, das in der populärpsychologischen Zeitschrift WARUM! (Jan. 1981) abgedruckt wurde, und durch ein Gespräch, das wir vor einigen Jahren im Institut für Integrierte Therapie, München, im kleinen Kreis mit ihm führten. Bei diesem Treffen zeigte er sich einfach in einer überzeugenden Weise ehrlich und hilfsbereit: Auf meinen Hinweis, daß er bei seiner therapeutischen Arbeit die Focusing-Methode von E.T. Gendlin benutze, antwortete er sinngemäß: „Ja, ich kenne Gendlin und seinen Ansatz – aber ich meine nicht mit Focusing so gut vertraut zu sein, daß ich behaupten könnte, ich würde es beherrschen.“ Und als wir mit ihm beim Thema klinische Hypnose anlangten, gab er uns sogleich den Hinweis: „Da gibt es in Los Angeles eine Gruppe, die arbeitet mit Hypnose und hat bessere Ergebnisse als wir“ (es handelte sich um das Newton Center for Clinical Hypnosis).

Diese Offenheit, Hilfsbereitschaft und Akzeptanz eigener Begrenztheit kennzeichnet auch seine Interviewantworten. Ich wähle einige aus, die auch noch andere hilfreiche Therapeutenmerkmale aufscheinen lassen:

„Ich besuchte Seminare über Bewußtseinsentwicklung, Hypnose, ging in Einzeltherapie und Encountergruppen – und ich habe hier etwas Neues gelernt (. . .). Ich habe mich verändert, und so habe ich unterstellt, daß sich auch meine Patienten ändern könnten“ (S. 30).

„Wir haben kein Interesse daran, große Patientenzahlen bei uns in der Praxis zu haben – im Gegenteil. Wir möchten unsere Patientenzahl klein und unsere Behandlung persönlich halten“ (S. 33).

„Ja. Wir versuchen uns persönlich zu engagieren. Wir tun es sicher nicht mit jedem Patienten in gleichem Maße, aber wenn wir uns zu einem Patienten hingezogen fühlen und merken, daß wir einander entsprechen, dann brechen wir diese sich anbah-

nende Beziehung nicht ab. Für mich verbessert dies die Qualität unserer Beziehung und die Qualität sowohl des Lebens des Patienten als auch meines eigenen Lebens“ (S. 37).

„Wir verlangen nichts von einem Patienten, was wir nicht auch selbst tun würden“ (S. 38).

„Die meisten Menschen sind sich übrigens der Tatsache nicht bewußt, daß Ärzte in diesem Land im Durchschnitt zehn bis fünfzehn Jahre früher sterben als die meisten Menschen. ( . . ) Ich habe eigentlich nicht vor, früher zu sterben als die meisten Nicht-mediziner. ( . . ) Und so habe ich auch etwas von dem gelernt, was ich meinen Patienten nahelegen zu tun: die Gefühle offen auszudrücken“ (S. 39).

„Ich mache eine Reihe von Dingen, um meine Gesundheit zu erhalten und zu verbessern. Eines ist Meditation; das habe ich jetzt seit fast zehn Jahren gemacht. Ich bin der Überzeugung, daß Meditation ein wichtiger Ansatzpunkt ist, die eigene Gesundheit zu erhalten. Dann mache ich sehr anstrengende körperliche Übungen. Ich versuche zudem, mich unter Menschen zu bewegen, die mich persönlich unterstützen, Menschen, zu denen ich eine Beziehung aufnehmen kann, denen ich mich nahe fühle und mit denen ich ein gutes Verständnis habe. Ganz offensichtlich ist Stephanie (seine Ehefrau) ein solcher Mensch, aber es ist für mich wichtig, mir immer wieder vor Augen zu führen, daß sie nicht alle meine Bedürfnisse und daß ich nicht alle ihre Befürfnisse erfüllen kann. Die Pflege von Freundschaften mit Menschen, die diesen übrigbleibenden Bedürfnissen entsprechen, hat für mich deshalb eine hohe Priorität“ (S. 39).

Und Stephanie Matthews-Simonton im selben Gespräch:

„Ich glaube, unsere Gesellschaft trägt zu der Entstehung von Krankheiten dadurch bei, daß sie uns beibringt, unsere natürlichen Reaktionsweisen zu unterdrücken. Je mehr Menschen zusammenleben, je zivilisierter eine Kultur wird, ein desto größerer Druck besteht, nett, freundlich, höflich zu sein und die Bedürfnisse der anderen Menschen zuerst zu sehen. Das Grundgesetz des Überlebens ist aber, die eigenen Bedürfnisse an die erste Stelle zu setzen – und gegen dieses Gesetz wird überall verstoßen. Unsere Kultur bringt uns dazu, Leistung zu zeigen, erfolgreich zu sein, keine Schwäche zu zeigen, nicht zu versagen, uns ständig zusammenzureißen. ‚Sei stark!‘ heißt die Botschaft. Und sie ist viel zu stark. Es ist nicht menschenwürdig, nach solchen Standards zu leben, und es ist langfristig gesehen sehr ungesund“ (S. 38).

Es wird deutlich, daß sich derjenige Therapeut, der sich effektiv darum bemüht, Patienten zu helfen, ihre Realität so zu gestalten, daß sie darin weiter und besser leben können – daß dieser Therapeut sich selbst in einer kritischen Distanz zur vorgegebenen bzw. gesellschaftlich suggerierten Realität befindet. Dies dürfte sich insbesondere im Spannungsbereich sinnvolle Lebensgestaltung – Leistungsnormen zeigen.

In seinem Buch „Medizinische Nemesis“ (Rowohl, 1976) geht Ivan Illich mit dem technisch-wissenschaftlichen Weg der Gesundheitsfürsorge ins Gericht. Die Leistungen unserer technisierten Medizin anzuerkennen und sich behandeln zu lassen, bringt noch keine Gesundheit. Der einzelne Mensch sollte Verantwortung für seine Gesundheit selbst übernehmen und es nicht einfach darauf ankommen lassen, daß er auf die Medizintechnik angewiesen wird. Wir brauchen dazu eine (im Grunde nicht neue) Lebenseinstellung, die den Menschen in besseren Einklang bringt mit seinem Selbst, seinem Körper, seinen psychischen Vorgängen, seiner menschlichen und biologischen

Umwelt. Mit anderen Worten: Der Mensch muß mehr von seiner Zeit sich selbst widmen, eine meditative Geisteshaltung einnehmen, er muß mehr von seiner Zeit – nach den Leistungskriterien, unter denen wir heute leben – „nutzlos“ verbringen.

Ein Krebstherapeut hat, wie kaum ein anderer, das Privileg, sich sehr unmittelbar mit Fragen des Lebens und Sterbens auseinandersetzen zu können und auch für sich zu lernen, was der Tod, diese unausweichliche Grenzziehung für sein Leben, hier beitragen kann. Jemand hat einmal gesagt: „Wenn es den Tod nicht gäbe, würden wir nicht leben; wir würden die wirklich wichtigen Dinge immer nur weiter aufschieben.“

Angesichts seines, aufgrund seiner Krankheit, absehbar gewordenen Todes sieht mancher Patient klarer, was für das Leben wichtig ist: „Zeit wird um so wichtiger, je klarer das Wissen um ihre Grenze. ( . . ) Du wirst gegenüber den zahllosen Möglichkeiten des Lebens selektiver sein und nicht einfach diejenigen akzeptieren, die konventionell sind, zum Beispiel zur steileren Karriere führen, oder, wenn du schon ziemlich weit oben bist, nicht Amt auf Amt häufen, nur um überall dabeizusein. Dies ist die vertane, verlorene Zeit, nicht diejenige, die jemand bei einer Frau verbringt oder in Gesprächen mit Freunden. Auf der anderen Seite wirst du weniger Dinge, die dir wichtig sind, auf später verschieben, du wirst nicht ins System passen, nicht übereinstimmen mit dem, was von dir erwartet wird von denjenigen, die das System am Funktionieren halten. Zugleich wirst du fragen: Was habe ich vernachlässigt? Was sollte ich mehr pflegen? Was gäbe Sinn? Welche Momente habe ich zu wenig genutzt, welche sollte ich mehr nützen?“ (Noll 1984)

Ich glaube, wir können davon ausgehen, daß der krebserkrankte Mensch einen Therapeuten braucht, der selbst dieses Bewußtsein erreicht hat – und der zumindest grundsätzlich bereit dazu ist, in seiner privaten und beruflichen Lebensgestaltung entsprechend zu handeln. Diese Verwirklichung eines sinnorientierten, sinnlicheren und sinnvolleren, Lebens ist eine Aufgabe, die sich für uns immer wieder aufs Neue stellt. Gerade in der Begegnung mit seinem Patienten kann der Therapeut die zwingende Notwendigkeit erleben, für sich selbst und für den andern, klar und ehrlich zu sein, sein Bewußtsein und sein konkretes Handeln in Übereinstimmung zu bringen. Denn viele Krebspatienten haben es offensichtlich nicht gelernt zu kämpfen, *für* ihr Leben zu kämpfen. In ihrer Sicht der Dinge haben sie zwar durchaus, manche sogar „immer nur gekämpft“ in ihrem Leben – *gegen* etwas. Bei genauerem Hinsehen zeigen sich viele dieser Aktivitäten jedoch als Verlustspiele, bei denen die Rechnung nicht aufgegangen ist. Diese energiebindenden, Lebenszeit vergeudenden Aktivitäten, in die sie sich immer wieder verstrickten, hatten eben *gerade nicht* den Charakter eines entschiedenen, selbstverantwortlichen Handelns, eines „makellosen Tuns“ (Castaneda). Nun, auf diese Weise haben sie bis heute gelebt – und würden sie weiterzuleben versuchen, wenn nur „der Krebs“ dem nicht eine Grenze ziehen würde. Wenn der Krebs klein beigegeben (Wachstumsstillstand) oder verschwinden würde (Remission) oder sich beseitigen ließe, ohne wiederzukommen . . . ja, dann könnte man es nochmals aufs Neue versuchen – auf die alte Weise.

Diese Menschen haben aber in der Regel eine Ahnung davon, daß ihr Krebs nicht bereit ist, sich domestizieren zu lassen, sondern daß er eine echte Herausforderung für sie darstellt. Für sie verkörpert sich im Krebs etwas, das nicht bereit ist, sich auf irgend eine Art von Handel einzulassen, sondern das tatsächlich einen Weg eingeschlagen hat und diesen auch konsequent geht. Damit verkörpert er ein Prinzip, dem sie

selbst nicht (ausreichend) erlaubt haben, in ihrem Leben konstruktiv seine Wirksamkeit zu entfalten. Dies wäre einhergegangen mit dem Überschreiten von Grenzen – und mit den Möglichkeiten einer Erweiterung und Entfaltung. Es verwundert deshalb nicht, wenn viele Krebsserkrankte in unserer Gesellschaft angesichts des scheinbar unbeeinträchtigen Wachstums von Krebszellen oder lediglich schon bei der Diagnose „Krebs“ sich diesem hoffnungslos unterlegen fühlen. Und daß sie ihn somit kaum als endgültiges Mahnzeichen, als radikalen Stopp, der zur Kursänderung zwingt, erleben, sondern nur eine tödliche Bedrohung sehen.

Der Teil der Person, der als Ausgleich für Nichtgelebtes die Erfüllung positiver Verheißungen erwartet hat, fühlt sich total im Stich gelassen: von Gott, vom Leben, von jener Instanz oder Macht, der sie die Aufgabe eines „gerechten Ausgleichs“ zugeschrieben hat. Krebspatienten selbst formulieren diesen Zusammenbruch eines im Kalkül fein abgestimmten Verrechnungssystems, das für die Befolgung und Bestätigung aller möglichen, sozial vermittelten Normen des Wahrnehmens, Handelns und Erlebens und insbesondere für „Leistung“ dem Individuum einen schließlichen Zustand von Glück und Gesundheit verheißt, mitunter auf eine uns allen vertraute, sinnbezogene Weise: „Im Grunde fühle ich mich um mein Leben beschissen“.

„Was meint das Wort ‚Leistung‘?

Oft scheint es ein naher Verwandter des Todes zu sein.

Wir werden ermutigt, nicht zu verweilen,  
das Leben nicht zu genießen, uns zu beeilen  
und die Arbeit zu Ende zu führen,  
um dann Zeit für etwas anderes zu haben.

Etwas anderes –

Was?“

(Williams, 1983)

Da dieses Erlebensmuster nicht nur krebserkrankten Personen vorbehalten ist, dürfte jeder Psychotherapeut damit vertraut sein – und auch mit den vor diesem Hintergrund sich anbietenden Kollusionen und häufig zu beobachtenden Beziehungsmustern, die dazu angetan sind, das alte Spiel mit neuer Staffage weiterlaufen zu lassen. Die Beachtung dieser interaktionalen Aspekte ist bei Krebspatienten lediglich noch zwingender und hat noch wacher zu erfolgen angesichts der erkennbar knapp bemessenen Zeit, die für eine therapeutische Änderung noch zur Verfügung stehen mag. Zu diesem Bereich unserer Arbeit äußere ich mich eingehender an anderer Stelle (Gerl 1984). Als unbedingt erforderliches Therapeutenmerkmal zeigt sich aber auch hierbei seine Bereitschaft und Fähigkeit, in seinem Handeln sich selbst und die therapeutische Situation präzise zu definieren – und dem Patienten zur Verfügung zu stehen als die Person, die er ist. Für den Patienten bedeutet das eine persönliche Konkretion von Grenze, die nicht geleugnet werden kann. Er lernt, mit einer Grenze zu leben, und gewinnt dabei, so paradox es klingt, Zugang zum Unbegrenzten.

Ich habe eingangs bedauernd festgestellt, daß in Krebsforschungs- und -therapiebereichen in der Regel eine ganze Dimension ausgelassen wird: die Person des Therapeuten, seine Glaubenssysteme und gelebten Haltungen, seine Beziehung zu sich selbst, zum Mitmenschen, zur gesellschaftlichen und biologischen Umwelt und zum Ganzen. Mir ist dabei bewußt, daß dieser Mangel nicht nur mit dem Begriff von Wissenschaftlichkeit, der unsere zweite Sozialisation prägte, zusammenhängen mag, sondern einfach mit dem Wagnis jeder Selbstdarstellung. Interessanterweise finden sich

Beschreibungen persönlicher Erwartungen und Reaktionen am ehesten noch in jenen Fällen, in denen die Autoren erläutern, woran es ihrer Meinung nach lag, wenn es nach ermutigenden therapeutischen Entwicklungen bei einem Patienten dann doch nicht zur Heilung gereicht hat. Und wie es ihnen dann gelungen ist, die letzten Begegnungen für sich selbst und den Patienten sinnvoll zu gestalten und auch das Sterben in einem erweiterten Sinnbezug positiv zu erleben. Sicher haben auch diese Berichte einen Wert. Allerdings scheint es in unserem Wissenschaftsbetrieb eher einen Bonus für Selbstkritik zu geben, wohingegen das einfache Mitteilen durchaus relevanter persönlicher Informationen einem Tabu unterliegt – das es zu durchbrechen gilt, zum Zwecke unseres gemeinsamen Lernens.

Ein Autor, der dies in überzeugender Weise bereits getan hat, ist der schon oben zitierte Ainslie Meares, der als Therapeut in eigener Praxis gemeinsam mit einigen Mitarbeitern in Sidney, Australien, arbeitet (vgl. seinen Beitrag in diesem Heft). Und Ainslie Meares erscheint mir besonders deshalb interessant, weil er zugleich einer der immer noch wenigen Therapeuten ist, die tatsächlich zu äußerst bemerkenswerten Ergebnissen gelangen. Seine Patienten erzielen diese heilsamen Wirkungen, indem sie unter seiner Anleitung auf natürliche Weise intensiv zu meditieren lernen und dann täglich zu Hause diese Perioden tiefer innerer Ruhe erleben. Meares beschreibt nicht nur sein Vorgehen, wie er über verschiedene Stufen hinweg den Patienten mit Hilfe nichtverbaler Kommunikation (vor allem durch Berührung) in diesen Zustand umfassender geistiger Stille geleitet, in dem sich dem Patienten ein nichtsprachliches Verstehen von Leben und Tod als Facetten eines fundamentalen Geschehens erschließt. Er bemüht sich nicht nur um eine genaue Abgrenzung der Form und des Zustandes dieser Meditation von denen anderer Meditationsweisen, von bestimmten Formen der Hypnose und von der aktiven Visualisierung des Heilungsprozesses. Meares verwendet die gleiche Sorgfalt darauf, den Part zu beschreiben, den er auf subtile Weise im Kontakt mit dem Patienten ausfüllt. Und er teilt uns mit, wie er selber dafür sorgt, daß sich auch bei ihm die erforderliche seelische Gelöstheit und der freie Zugang zum meditativen Zustand ergibt.

Dies hat mich unter anderem sehr an Milton Erickson erinnert. Und dann kamen mir Erinnerungen an Prozesse in den Sinn, die ich im Zusammenhang mit Focusing kennengelernt habe (allerdings erst ab dem Punkt, wo sprachliche Kommunikation aufgegeben wird und ein tieferer meditativer oder Trancezustand eintritt).

„Focusing bietet die Möglichkeit, auf der Ebene zu arbeiten, wo der Mensch körperlich spürt, wenn sein Erlebnisprozeß – sein Leben – stockt. Und wo er spüren kann, wenn es sich wandelt und weiterfließen kann. Im Kontakt mit dieser Repräsentanz des Gesamtorganismus kann sich der Mensch Hilfe *kommen lassen*. Das ‚Ich‘, die ‚Persönlichkeit‘, das ‚Selbstkonzept‘ sind Produktionen und geben deshalb nur bestimmte Aspekte des Seins eines Menschen wieder. Mit ihnen zu arbeiten ist einseitig und unbefriedigend, wenn es ein ‚Ganzes‘ gibt, mit dem man im Kontakt sein kann. Focusing führt zu diesem Kontakt. In ihm kann der Mensch erfahren, daß sein Leben nicht dort endet, wo sein Ich-Bezugsrahmen Grenzen hat, sondern ist im Kontakt *mit seinem Leben selbst*. ‚Das Selbst‘ ist die sprachbegriffliche Verdinglichung dieses nur im Prozeß konkret erfahrbaren Lebens.“ (Gerl 1982)

Ob der Therapeut seine methodische Hilfestellung nun als Meditation oder Hypnose oder Focusing oder . . . anbietet, ist von der Sache her unerheblich. Für seinen Patienten mag er vielleicht jenes Label auswählen, das den größten Placeboeffekt verspricht. Die prinzipielle Austauschbarkeit der Etiketten zeigt sich vielleicht auch anhand des Vergleichs des folgenden Textes mit dem eben zitierten.

„Meditation bedeutet Integration in einem umfassenderen Sinn (. . .). Neben der schon erwähnten Integration von Körper, Geist und Seele ist das eigentliche Ziel der Meditation, die hemmenden und einschränkenden Grenzen des gewöhnlichen Bewußtseins mit seinen ebenfalls begrenzten Erfahrungsmöglichkeiten zu überwinden und sich einem Erlebensbereich zu nähern, der die umfassende Einheit alles Bestehenden erfahrbar macht – um dann zurückzukehren in die Welt der sonderbaren Gegensätze und Widersprüche und dort in neuer Weise ‚sehend‘ zu handeln.“ (Peter & Gerl 1977)

Worauf es letztlich anzukommen scheint, ist, daß der Therapeut tatsächlich in der Lage ist, mit dem jeweiligen Patienten eine Beziehung zu entwickeln, in der es beiden möglich wird, intensiv und tiefgehend im Kontakt mit sich selbst und dem andern zu *sein*. Dies impliziert die Entwicklung profund veränderter Erlebnisweisen, eines ganzheitlicher erfahrenen Seins. Hierzu kann die im hypnotischen Prozeß sich eröffnende intensive Erfahrung seiner selbst und des anderen Menschen dem Therapeuten und dem Patienten zu Hilfe kommen, bei all seinem Tun oder „Nicht-Tun“.

Abschließend will ich noch darauf hinweisen, daß der professionelle Rahmen, den die genannten Krebstherapeuten *sich geschaffen haben*, um kreativ arbeiten zu können, im Einklang mit den wesentlichen Persönlichkeitszügen steht, die ihre Effektivität ermöglichen, und deren Entfaltung weiter fördert: Wahrscheinlich benötigt intensive *Krebstherapie* (nicht: *Krebsbehandlung*) eine selbständig organisierte und sich flexibel an der *therapeutischen Aufgabe* orientierende Praxis, in der die zuverlässig aufeinander eingestellten Mitarbeiter des gesamten Teams den anleitenden philosophischen und methodischen Ansatz des Hauses konsistent verwirklichen.

#### LITERATUR:

- Gerl, W.: Kombination von Gesprächspsychotherapie mit Focusing nach E.T. Gendlin. In: Howe, J. (Hrsg.): *Integratives Handeln in der Gesprächstherapie*. Weinheim, 1982, 236f.
- Gerl, W.: *Zum Verhältnis von therapeutischer Technik und Beziehung in der psychologischen Krebstherapie*. Vortrag auf dem ersten deutschsprachigen Kongreß für Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson. München, 1984.
- Illich, I.: *Medizinische Nemesis*. Hamburg, 1976.
- Newton, B.: The Use of Hypnosis in the Treatment of Cancer Patients. In: Newton, B. (Ed.): *Hypnosis and Cancer*. *Am. J. Clin. Hypnosis*, 1983, 25, 104-113.
- Newton, B.: Hypnosis and Cancer. Einführung in das Spezialthema dieser Ausgabe. *Am. J. Clin. Hypnosis*, 1983, 25, 89-91.
- Noll, P.: Letzte Diktate von Peter Noll. *Tagesanzeiger-Magazin*, Zürich, 20/1984.
- Peter, B. & Gerl, W.: *Entspannung*. München, 1977, 1981, 228.
- Williams, P.: *Laß los*. Basel, 1983.

**Summary:** *An essay which focusses on particular characteristics of therapists like S. Simonton, B. Newton, and A. Meares. These characteristics seem to be prerequisites for the development of a therapeutic relationship that is necessary for the facilitation of the healing process in cancer patients.*

Anschrift des Autors:

Wilhelm Gerl, Dipl.-Psych.

Institut für Integrierte Therapie, Tal 18, 8000 München 2

## Krebsverhütung – eine Drei-Jahres-Pilotstudie<sup>1</sup>

Selig Finkelstein und Marcia Greenleaf Howard

**Zusammenfassung:** *Ein Überblick der Literatur des Gebrauchs von Hypnose zur Beeinflussung physiologischer Funktionen und zur Ich-Stärkung liefert Hinweise dafür, daß das Auftreten von Krebs beeinflussbar sein dürfte. Eine Pilotstudie von dreijähriger Dauer mit einem Personenkreis (N = 43) mit erhöhter Krebserkrankungswahrscheinlichkeit wurde durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Studie wie auch das hypnotische Modell, auf dem die Intervention basierte, werden diskutiert, und es werden Vorschläge für weitere Forschungen gemacht.*

Beim San Francisco Meeting der American Society of Clinical Hypnosis (ASCH) im Jahre 1979 berichteten wir (Finkelstein & Greenleaf 1980) über das erste Jahr einer Pilotstudie, welche die Durchführbarkeit eines Krebsverhütungsprogrammes feststellen sollte und als einzige therapeutische Maßnahme eine zehnmündige Intervention per Tonband (siehe Anhang) benutzte. Das Band umfaßte vier Themenbereiche: 1. Entspannungsinduktion, 2. Ich-Stärkung, 3. Kontra-Krebs-Suggestionen, 4. Tiefung. Die Entspannungsinduktion wurde von den Autoren entwickelt, indem sie die wesentlichen Elemente vieler Entspannungsinduktionen, wie sie in der ASCH gebräuchlich sind, zu einer einzigen Induktion zusammenfaßten. Der Ich-Stärkungsteil wurde übernommen von Hartland (1979) und von Barbers Analgesie-Schnellinduktion (1977). Die Kontra-Krebs-Suggestionen wurden formuliert auf der Basis klinischer Beobachtungen und Forschungen zur Beeinflussung physiologischer Abläufe mit Hilfe von Hypnose (Clawson & Swade 1975, Dreaper 1978, French 1973, LaBaw 1970, Solomon 1969, Surman, Gottlieb, Hackett & Silverberg 1973, Tasini & Hackett 1977, Tenzel & Taylor 1969). Der Tiefungsteil entstammt einem Artikel von Sacerdote (1977) zum Thema „Hypnotisch induzierte mystische Zustände bei der Behandlung von physischem und emotionalem Schmerz“.

Weder die Inhalte des Tonbandes und auch nicht die Idee zu dieser Untersuchung sind uns einfach so in den Sinn gekommen. Diskussionen in Workshops, Berichte bei verschiedenen Treffen und unsere eigenen, kontinuierlichen Gespräche zu diesen Themen bildeten den Hintergrund, der uns schließlich weitergebracht hat. Die vielen Berichte über die Behandlung von Warzen durch hypnotische Techniken (Clawson & Swade 1975, Cohen 1978, Draeper 1978, French 1973, Surman, Gottlieb, Hackett & Silverberg 1973, Tasini & Hackett 1977, Tenzel & Taylor 1969) waren ein wichtiger Faktor, der uns das Gefühl gab, daß es möglich sei, atypische Zellen zu beeinflussen. Warzen werden als prototypisch für Tumoren gehalten, auch wenn gegenwärtig angenommen wird, daß sie viralen Ursprungs seien, während Tumoren durch eine Vielzahl von Faktoren verursacht werden.

Wir wissen über die hypnotische Kontrolle von physiologischen Funktionen (Crasilneck, Stirman, Wilson et al. 1955, Crosson 1980, Dubin & Shapiro 1977, Erickson

1) Aus dem *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1982/1983, 25 (2-3); übersetzt von Wilhelm Gerl.