

Hypnotherapie in der psychologischen Krebsbehandlung¹

Burkhard Peter und Wilhelm Gerl

Zusammenfassung: Bericht über die psychotherapeutische und hypnotherapeutische Arbeit der Autoren mit Krebspatienten. Diskutiert werden: Hypnotherapie zur Schmerzkontrolle und anderen Begleitsymptomen der Krankheit oder der medizinischen Behandlung; Hypnotherapie zur Aktivierung der unbewußten und körpereigenen Abwehrprozesse und Bewältigungsmechanismen; Hypnotherapie zur Aktivierung des Lebens- bzw. Überlebenswillens; Hypnotherapie als Hilfe für den Patienten, mit der Erkrankung selber umzugehen.

Klinische Hypnose wurde bei Krebskranken in der Vergangenheit hauptsächlich zum Zweck der Schmerzkontrolle eingesetzt, dann, wenn Analgetika nur mehr geringe oder gar keine Wirkung zeigten. Auch Milton H. Erickson berichtet in fast allen seinen Fallbeispielen, daß er durch hypnotherapeutische Beeinflussung unerträgliche Schmerzen verringern oder ganz beseitigen konnte und so seinen Patienten zu menschenwürdigen und z.T. angenehmen letzten Wochen oder Monaten verhalf. In seiner wohl bekanntesten Fallgeschichte, „The tomato plant feel good“ (Erickson 1966), erreichte er Schmerzlinderung, indem er ausführlich das Wachstum einer Tomate vom winzigen Samenkorn bis hin zur ausgewachsenen Pflanze beschrieb und in diese Geschichte direkte Suggestionen zur Schmerzkontrolle einstreute. Wie wir dies verstehen, hat Erickson mit diesem Bild der wachsenden Tomate eine geeignete Metapher gefunden, um dem Patienten einerseits das Faktum des wachsenden Tumors mitzuteilen, diesen somit anzusprechen und zu akzeptieren, und andererseits den Patienten durch die intensive Beschreibung des naturgegebenen Wachstums zu einer Neuinterpretation zu veranlassen. Uns sind nur zwei Literaturstellen bekannt (Zeig 1980, S. 189f.; Rosen 1982, S. 54), die darauf hinweisen, daß Erickson in seinen späteren Jahren auch die Möglichkeit einer unmittelbaren Beeinflussung des Krebses in Betracht zog. Spätestens seit Simonton et al. (1978) wird die psychologische Krebsbehandlung auch mit dem Ziel einer echten Heilung diskutiert und praktisch erprobt.

In diesem Beitrag wollen wir erstmals über unsere Erfahrungen und hypnotherapeutische Arbeit mit Krebspatienten berichten.

1980 wurde ich (B.P.) gebeten, einen Darmkrebspatienten wegen seiner Schlafstörungen in der Klinik zu behandeln. Da ich ihn nicht sofort besuchen konnte, unterhielt ich mich mit ihm am Telefon ungefähr eine halbe Stunde lang über die verschiedenen Möglichkeiten und Schwierigkeiten, eine große Schafherde bis zum letzten Schaf genau zu zählen. Drei Tage später konnte ich ihn besuchen, und er berichtete mir von seinen Anstrengungen, diese Aufgabe zu lösen: Aufgrund seines geschwächten Allgemeinzustandes habe er sich für die einfachste und bequemste Möglichkeit entschieden, nämlich sich vor ein enges Gatter zu setzen und die Schafe einzeln hindurchgehen zu lassen. Leider sei es ihm in den vergangenen Nächten noch nicht gelungen, die ganze Herde zu zählen, da er jedesmal irgendwann darüber eingeschlafen sei. Eigentlich war damit meine Aufgabe, derentwegen ich gerufen worden war, beendet. Doch im weiteren Gespräch

1) Erweiterte deutsche Version eines Vortrages, den der erste Autor auf dem „Second International Congress on Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy“, 30. Nov. – 4. Dez. 1983 in Phoenix, USA, gehalten hat.

klagte der Patient über seine starken Schmerzen im Lendenwirbelbereich, im Ober- und im Unterbauch, die mit Analgetika nur noch unzureichend eingedämmt werden konnten. So ging ich noch in dieser ersten Stunde auf seine unausgesprochene Bitte ein und kümmerte mich zunächst um die Schmerzen im Lendenwirbelbereich: In leichter Trance reagierte der Patient sehr rasch und gut auf meinen Vorschlag, den Tonus der beiden Rückenstrecker zu erhöhen und den der übrigen Muskulatur zu erniedrigen, was ihm unmittelbare Erleichterung verschaffte. Die Schmerzen im Magenbereich blieben jedoch trotz meiner Bemühungen bestehen. So bat ich den Patienten, sich intensiv auf diese Schmerzen zu konzentrieren und mir eine möglichst genaue Beschreibung ihrer Art, ihrer Stärke, ihres genauen Ortes usw. zu geben. Der Patient folgte dieser Aufgabe anfangs nicht gerne, da sie ihm nur eine stärkere Schmerz Wahrnehmung einbrachte; ungefähr eine halbe Stunde später jedoch mußte er erbrechen und kurz darauf wurde ihm durch den Arzt über einen Magenschlauch noch eine erhebliche Menge Flüssigkeit aus dem Magen abgepumpt. Damit war er auch von diesen Schmerzen befreit und blieb es in den nächsten Wochen aufgrund einer Magensonde. In den folgenden Stunden ließen sich auch die Schmerzen im Unterbauch, die vom Tumor herrührten, dadurch gut kontrollieren, daß der Patient lernte, diese Schmerzen in den linken Arm zu verlagern und sie über die Hand portionsweise in den Boden abfließen zu lassen.

Obwohl wir kein eigentliches Trancetraining durchgeführt hatten, zeigte sich der Patient aufs äußerste kooperativ und bewältigte alle erforderlichen Aufgaben mit großer Bravour. Er konnte nun schlafen und seine Schmerzen so gut kontrollieren, daß sie kein ernsthaftes Problem mehr für ihn waren. Trotzdem befand er sich nach wie vor in einem erbarmungswürdigen Zustand. Die Wucherungen im Darmbereich waren so beträchtlich, daß er intravenös ernährt werden mußte. Die geringen Mengen an Flüssigkeit, die er oral zu sich nahm, wurden über die Magensonde abgeführt. Darüber hinaus war er auch noch durch die chemotherapeutische Behandlung schwer beeinträchtigt.

Da mich das Thema Krebs bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht beschäftigt hatte, kannte ich auch keine relevanten Veröffentlichungen. Aber ich mußte einfach etwas mehr für meinen Patienten tun. So begann ich damit, ihm von der Funktionsweise des Verdauungsapparates zu erzählen, über die Wirkungsweise des Abwehrsystems und über die Möglichkeiten differenzierter Kommunikationsvorgänge innerhalb des Körpers und zwischen dem Unbewußten und dem Körper. Ich schilderte ihm die einzelnen Vorgänge teils in ihrem tatsächlichen Verlauf und teils in Form geeigneter Metaphern und Gleichnissen. Durch eingestreute indirekte Suggestionen bemühte ich mich, ihn zur weiteren Kooperation zu bewegen, seine bewußten und unbewußten Kräfte zur Abwehr des Krebses und zur Unterstützung der chemotherapeutischen Angriffe auf dieses Zellwachstum einzusetzen. Gleichzeitig sollte die Regeneration der gesunden Zellen gefördert werden, sofern diese durch die Zytostatika geschädigt waren.

Der Allgemeinzustand des Patienten besserte sich in der nächsten Zeit zusehends. Die Wirkung der Zytostatika zeigte sich ganz offensichtlich. Nach ca. vier Wochen konnte er wieder normal essen und verdauen und sollte bald nach Hause entlassen werden.

Im Dialog mit ihm und durch Geschichtenerzählen bemühte ich mich auch darum, Möglichkeiten und Ziele für ein befriedigendes Weiterleben herauszuarbeiten. Dies war sehr schwierig, denn gewissermaßen hatte er seine Lebensziele bereits erreicht: Er hatte ein Geschäftsimperium aufgebaut und auch so gut organisiert, daß er nun eigentlich entbehrlich war und seine Zeit hauptsächlich mit Reisen verbrachte und dem Versuch, ein Buch zu schreiben. Seine familiäre Situation war unerfreulich: Außer gelegentlichen Besuchen von einer seiner Töchter schien keine familiäre Bindung mehr zu bestehen. Nur seine Lebensgefährtin war in der Klinik fast ständig bei ihm und kümmerte sich intensiv um ihn.

Einen Tag vor seiner Entlassung starb er ganz plötzlich an einer Lungenembolie.

Die erste praktische Erfahrung mit Krebspatienten des Coauthors (W.G.) geht auf das Jahr 1979 zurück, war aber gänzlich anderer Art. Ich besuchte mit meiner Frau einen 30jährigen Mann aus unserer Verwandtschaft, der für uns alle überraschend an Hodenkrebs operiert worden war. Auch die Frau und der Sohn des Patienten waren anwesend. Für mich selbst etwas unüblich und überraschend erzählte ich von einer Klientin, die sich gerade von ihrem Mann und ihren Kindern getrennt hatte. Meine Frau meinte hernach, diese Geschichte zu erzählen, sei wohl recht unpassend gewesen.

Ein paar Tage darauf erhielt ich in unserer Praxis einen Anruf des Patienten, in dem er wünschte, mich einmal in meiner Eigenschaft als Psychologe zu konsultieren. Bei diesem Treffen, nach seiner Entlassung, sagte er, durch jene Geschichte habe er sich sehr angesprochen gefühlt, und er wolle mit mir über einige Dinge sprechen, die er so noch keinem Menschen mitgeteilt habe. In der darauffolgenden Schilderung seiner persönlichen Lage, seines unlösbar scheinenden Konfliktes und der resultierenden Stimmungen und Handlungen fand ich mein Wissen über Krebsdisposition und Krebsentwicklung, das ich bis zu jener Zeit hauptsächlich durch Literaturstudium gewonnen hatte, bestätigt. In unserem Gespräch half mir dies, das erforderliche Maß an Verständnis zu kommunizieren und auf dieser Basis meinem Gesprächspartner eine Auswahl ganz auf ihn zugeschnittener Suggestionen zur Umorganisation seiner Lebenssituation zu geben. Da dies fast ausschließlich in indirekter Weise mit Hilfe von Metaphern, Zitaten und eingebetteten Aufforderungen geschah, wurde keinerlei Widerstand induziert. Diese zwanglose Art therapeutischer Interventionen vertrug sich gut mit dem freundschaftlichen Charakter unserer Beziehung.

In den folgenden Monaten war es für mich immer wieder faszinierend zu beobachten, wie er die posthypnotischen Suggestionen umsetzte. Für seine Umwelt häufig überraschend traf er jetzt tatkräftige Entscheidungen und begann eine weitergehende Umorientierung. Diese äußerte sich u.a. darin, daß er aus der Großstadt in ein herrlich gelungenes Haus am Alpenrand zog und dort mit seiner Frau eine Pension eröffnete – als Branchenfremder mit erfreulichem Ergebnis. Er konnte seine Lebensqualität deutlich verbessern und ist bis heute gesund geblieben.

Ausgehend von den Erfahrungen, die wir seither mit Krebspatienten gewinnen konnten, wollen wir nun im einzelnen näher verdeutlichen, welche Rolle ein Erickson-sches Verständnis von Psychotherapie und klinischer Hypnose in der psychologischen Krebsbehandlung spielen kann.

Hypnotherapie zur Schmerzkontrolle und bei anderen Begleitsymptomen der Krankheit oder der medizinischen Behandlung

Im Gegensatz zu Schmerzpatienten mit Beschwerden psychosomatischen Ursprungs haben wir bislang bei Krebspatienten eine erstaunlich gute Kooperation festgestellt. Krebspatienten in fortgeschrittenen Stadien sind in der Regel sehr motiviert, da sie keine primären oder sekundären Krankheitsgewinne erfahren. Von solchen Patienten ist bekannt, daß sie in hohem Maße empfänglich sind für Anregungen und Aufträge, ihre Wahrnehmung so umzuorganisieren, daß sie symptomatische Erleichterung gewinnen. Die verstärkte Suggestibilität mag auch damit zu erklären sein, daß dem Patienten keine andere Wahl bleibt, als das Angebot des Therapeuten zur Schmerzreduktion anzunehmen. Hypnotherapeutische Techniken zur Schmerzkontrolle setzen wir hier als bekannt voraus (siehe z.B. Erickson & Rossi 1979, S. 128ff. oder Hilgard & Hilgard 1975).

Schwieriger erscheint es uns in manchen Fällen, Hilfe zu geben bei Begleitsymptomen chemo- oder strahlentherapeutischer Behandlungen. Der Patient ist hier oft im offenen oder geheimen Zweifel über die Nützlichkeit dieser Behandlungen und damit unsicher, ob seine Entscheidung dafür richtig war. Aus diesem Konflikt heraus entwickeln sich manchmal Extremreaktionen.

So entwickelte eine Melanom-Patientin eine ausgeprägte, hysterisch gefärbte Phobie vor der Chemotherapie, die auf alle assoziierten tatsächlich vorhandenen oder nur vorgestellten Stimuli im Zusammenhang mit der Behandlung generalisiert hatte. Eine einfache systematische Sensibilisierung hielt ich (B.P.) für wenig wirksam, deshalb bemühte ich mich um eine Umdeutung und Neuinterpretation der angstbesetzten Situationen und Vorstellungen. Als erstes akzeptierte ich ihre narzißtische Kränkung: Für eine attraktive und bisher selbstbewußte Frau sei es eine ausgesprochene Zumutung, tagelang nicht etwas anderes zu können, als immer nur zu kotzen, vor lauter Elend nicht mehr in den Spiegel schauen zu können und keine angenehmen Dinge des Lebens mehr tun

zu können. Im übrigen habe sie auch, physiologisch gesehen, völlig recht, wenn sie sich mit aller Gewalt dagegen wehre, daß die zelltötenden Gifte nicht nur Krebszellen, sondern auch gesunde Zellen zerstörten. Um dies zu verhindern, müsse sie schon eine ganze Menge besser machen als bisher. Ihre körperlichen Reaktionen wie z.B. die furchtbare Übelkeit seien ganz normale Reaktionen, denn die Zytostatika würden außer den Tumorzellen noch zuviel gesunde schnellwachsende Zellen, wie z.B. jene der Magen- und Darmschleimhaut töten. Sie solle daher ihre ganze Kraft darauf richten, die Wirkung der Zytostatika mehr und mehr auf die Tumorzellen zu lenken und sich gleichzeitig intensiv darum kümmern, daß das mitbetroffene gesunde Gewebe um ein Vielfaches schneller nachwache. Ansonsten müsse sie ihrem Körper schon gestatten, normal zu reagieren und normale Gefühle zu haben. Sie solle sich deshalb mit umso größerer Freundlichkeit und in jeder Weise um ihr leibliches Wohl kümmern.

Dieses Vorgehen war zumindest soweit erfolgreich, als sie weiterhin zu den Zytostatikainjektionen in die Klinik gehen konnte und in den Behandlungspausen tatsächlich besser mit sich umging. Die phobischen Reaktionen waren abgeschwächt – trotz fortbestehender starker Übelkeit unmittelbar nach den Behandlungen.

Werden chirurgische Eingriffe zur Entfernung größerer Tumormassen erforderlich, so können sich neue Schwierigkeiten in der therapeutischen Betreuung ergeben. Scheint es sich doch hier zu erweisen, daß die bisherige medizinische und psychologische Behandlung nicht den gewünschten Erfolg hatte. Jetzt auftretende Enttäuschungsreaktionen dürfen jedoch nicht umgewandelt werden in projektive Schuldzuweisungen, weder vom Therapeuten an den Patienten noch von diesem an sich selbst, etwa in der Art: „Hättest Du in dieser oder jener Art mehr mitgearbeitet, wäre das jetzt nicht passiert.“ Hilfreicher ist es, dem Patienten Anerkennung auszusprechen für alle seine bisherigen Bemühungen, ihm zuzugestehen, daß er in der bisherigen gemeinsamen Arbeit sein Möglichstes getan habe und daß er nun für die Zeit der Narkose eine Weile ausruhen dürfe. Er könne jetzt die Chirurgen ihren Teil der Arbeit tun lassen, um sich danach wieder umso intensiver um seinen Teil zu kümmern. Die Zeit bis zur Operation könne er schon noch voll dazu benutzen, seinen Organismus auf eine schnelle Genesung nach der Operation einzustellen.

Eine gute Kommunikation zwischen Therapeut und Arzt ist in diesen Phasen besonders wichtig, weil häufig Fragen des Patienten auf uns zukommen, ob denn diese Operation oder eine andere neue Behandlung wirklich notwendig sei. Sich hierbei in Widerspruch zu den Empfehlungen des Arztes zu begeben, erscheint uns nur in extremen Ausnahmefällen gerechtfertigt, weil dies in der Regel den Konflikt und die Last der Entscheidung ausschließlich dem Patienten aufbürden und damit seine Gesamtbelastung noch vergrößern würde. So erscheint es uns hilfreicher, die Entscheidungen des Mediziners nicht in Frage zu stellen, sie vielmehr positiv umzudeuten z.B. im Sinne der Arbeitersparnis durch eine Operation; es ist leicht, plausibel zu machen, daß der Kampf gegen Restzellen einfacher und leichter zu führen ist als gegen ganze Tumormassen, die durch die Operation entfernt würden.

Zur psychologischen Operationsvorbereitung müssen zunächst alle Unsicherheiten und Ängste des Patienten sorgfältig und im einzelnen wahrgenommen und berücksichtigt werden, um anschließend all seine Aufmerksamkeit und Anstrengung auf eine schnelle Wiederherstellung nach dem Eingriff lenken zu können.

Die oft berichtete Beobachtung, daß Hypnotherapie zu einer besseren und komplikationsfreieren postoperativen Genesung beitragen kann, können wir durch unsere Erfahrungen bestätigen. In der Praxis kann diese Möglichkeit der Hilfe jedoch da-

durch gefährdet werden, daß dem Patienten die Hoffnungslosigkeit seines Falles indirekt vermittelt wird, während er direkt mit beschwichtigenden und verharmlosenden Worten bedacht wird. Nicht zuletzt mögen hier auch positiv oder negativ gefärbte Arztkommentare während der Operation eine Rolle spielen: Hochsuggestible Patienten scheinen auch unter Vollnarkose die Gespräche der Chirurgen zu „hören“, da die postoperative Genesung dieser Patienten nachweislich entsprechend verläuft (siehe Bowers 1979).

Hypnotherapeutische Operationsvorbereitung bedeutet deshalb, wirklich alle skeptischen und ängstigen Gedanken des Patienten anzunehmen und sie – auch wenn dieser sie selbst gar nicht äußert – offen oder in Form von metaphorischen Geschichten anzusprechen. Nur wenn gerade auch diese Teile des Patienten in ernsthafter Weise gewürdigt worden sind, ist dieser bereit, vertrauensvoll in Trance zu gehen und zu kooperieren.

Bei einem Histiocytose-Patienten war ein großer Teil des wuchernden Lymphgewebes im Bauchraum operativ zu entfernen. Ungefähr ein Jahr davor war ihm schon in einer ersten Operation die Milz entfernt worden. Danach hatte er u.a. zwei Lungenembolien knapp überstanden. Entsprechend groß war sein Entsetzen und das seiner Frau vor dieser neuen Operation. Ich (B.P.) sagte ihm deshalb, seine Frau, seine Eltern, seine ganze Familie würden befürchten, daß er diese Operation nicht überlebe, und ich würde mich wirklich wundern, wenn er andere Gedanken habe. Es sei sogar die Aufgabe eines wachen Bewußtseins, alle negativen Möglichkeiten kritisch in Betracht zu ziehen, und so solle er sich nicht hindern lassen, alle pessimistischen Gedanken ruhig zu denken. Erst danach könne er sich mit gutem Gefühl innerlich auf die Operation vorbereiten und seinem Unbewußten erlauben, schon jetzt alle Vorbereitungen zu treffen, um unmittelbar nach der Operation mit dem Heilungsprozeß beginnen zu können. Ich schilderte ihm dann ausführlicher anhand von Beispielen, wie man die Narkose benutzen könne, um lange Zeit danach noch dahinzudämmern, wie der Kreislauf in diesem Dämmerzustand auf eine minimale Funktion beschränkt bleibe, wie die Wundheilung dadurch verlangsamt werde und man so lange Zeit im Krankenhaus herumliegen könne, um wohlversorgt die Zeit totzuschlagen. Er habe aber auch die Möglichkeit, sich sofort nach der Operation um Wachheit, eine bessere Kondition und um eine gute Wundheilung zu bemühen, um das Krankenhaus so schnell wie möglich verlassen zu können.

Am darauffolgenden Tag nach der mehrstündigen Operation wollte ich ihn zusammen mit seiner Frau besuchen. Sie befürchtete, ihn wieder so sehen zu müssen, wie nach der ersten Operation, und schickte mich deshalb vor, um seinen Zustand zu erkunden. Als ich ins Zimmer trat, strahlte er mir entgegen und war in erstaunlich guter Verfassung. Zehn Tage danach wurde er entlassen.

Hypnotherapie zur Aktivierung der unbewußten und körpereigenen Abwehrprozesse und Bewältigungsmechanismen

Die alte Kontroverse um den Nutzen der Hypnose hat Sutcliffe in zwei Artikeln (1960 u. 1961) auf die Formel gebracht: „Credulous“ and „sceptical“ views of hypnotic phenomena. Sind hypnotische Phänomene lediglich Phantasie- und Imaginationsprodukte, wie dies z.B. schon die Benjamin Franklin Kommission 1784 behauptet hat, oder stellen diese Phänomene substantielle Veränderungen dar? Ich habe kürzlich die Meinung vertreten (Peter 1983), daß beide Positionen als zutreffend anzusehen sind, je nachdem, ob Hypnose langfristig in der klinischen Praxis angewandt wird oder kurzfristig in standardisierten Experimenten. Ferner muß in Betracht gezogen werden, daß es die Hypnose nicht gibt; zwischen den u.U. ritualisierten direkten Formen der sogenannten klassischen Hypnose und den indirekten, „natürlichen“ Formen, wie sie Milton H. Erickson für die Psychotherapie entwickelt hat, be-

stehen so große Unterschiede, daß sich diese beiden Formen nicht ernsthaft vergleichen lassen. Für unser Thema stellt sich diese Frage erneut und in einem ganz konkreten Sinn: Kann Hypnotherapie (oder eine andere psychotherapeutische Maßnahme) dazu beitragen, das Wachstum von Tumorzellen zu beeinflussen?

Bislang fehlen eindeutige Ergebnisse in der wissenschaftlichen Dokumentation. Die methodischen Probleme erscheinen in der Praxis kaum zu lösen: eine hinreichend große Patientenstichprobe; nach Tumorart, Krankheitsstadium, Alter und anderen relevanten Faktoren parallelisierte Gruppen, von denen die eine überhaupt nicht, die zweite nur medizinisch, die dritte nur psychologisch und die vierte sowohl medizinisch als auch psychologisch behandelt wird; ein Untersuchungszeitraum von mehr als fünf Jahren – um nur die wichtigsten Bedingungen einer „idealen“ Untersuchung zu nennen.

Forschungsergebnisse aus der Psychoneuroimmunologie (siehe z.B. Ader 1981), die Ergebnisse von Newton (in diesem Heft), von verschiedenen Seiten berichtete Einzelfälle (siehe z.B. Meares in diesem Heft) und eigene Erfahrungen lassen es als möglich erscheinen, daß ein Mensch aus eigener Kraft eine lebensbedrohende Krankheit wie z.B. auch Krebs überwinden kann, und daß Psychotherapie dazu beitragen kann, unbewußte und bewußte Kräfte hierzu zu aktivieren. Insgesamt halten wir dieses Thema für zu ernst, als daß wir leichtfertig voreilige Hoffnungen wecken möchten. Bevor nicht mehr Heilerfolge unter kontrollierten Bedingungen herbeigeführt und wissenschaftlich bestätigt worden sind, erscheint uns Zurückhaltung geboten.

Aufgrund der noch fehlenden exakten Nachweise könnte jemand behaupten, daß alles Humbug sei, was wir und andere Therapeuten tun, um Patienten in der Überwindung ihrer Krankheit zu helfen und so zur Heilung von Krebserkrankungen beizutragen. Wir werden jedoch unter anderen durch eine wesentliche Erfahrung bestärkt, mit unserer Arbeit fortzufahren: Sobald sie begonnen haben, sich aktiv um eine Gesundung zu bemühen, erleben viele unserer Patienten nicht mehr jenes Siechtum voller Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Wenn sie an ihrer Erkrankung dennoch sterben, so geschieht dies dann in der Regel nach einer sinnvoll erlebten Zeit, relativ plötzlich, manchmal für die Angehörigen überraschend. Anscheinend bleiben bei diesen Patienten alle geistigen und z.T. auch die körperlichen Fähigkeiten bis zum letztmöglichen Zeitpunkt auf einem Niveau erhalten, das von den Betroffenen selbst und ihrer Umwelt als menschenwürdig angesehen wird. Hierzu verhelfen unserem Eindruck nach insbesondere die Tranceerfahrungen, welche die Patienten als sehr befriedigend und faszinierend erleben. Mit Hilfe posthypnotischer Amnesien und Suggestionen und durch Selbsthypnose kann es auch gelingen, für die übrige Zeit unangenehme und leidvolle Aspekte der Krankheit von der bewußten Wahrnehmung fernzuhalten und die Aufmerksamkeit weitgehend auf lebenswerte und lebendige Bereiche zu lenken.

Ein 43jähriger Patient mit einem Leiomyosarkom bat mich (B.P.) um Behandlung seiner Schmerzen im Unterbauch und wegen seines verzweifelten seelischen Zustandes. Es war vereinbart, daß er mich ambulant besuchen sollte. Wegen eines plötzlich auftretenden Ileus mußte er jedoch sofort in die Klinik und verzweifelte darüber noch mehr. Die behandelnden Ärzte hatten keine Hoffnung und gaben ihm nur mehr wenige Wochen. Die Schmerzkontrolle, die ich mit ihm durchführte, verlief anfangs auch erfolgreich, verlor aber schon bald an Wirkung, weil er es immer unerträglicher fand, in der Klinik liegen zu müssen und nicht einmal die Kraft zum Zeitunglesen zu haben. In Trance schlug ich ihm daher vor, auf Reisen zu gehen und sich Länder und

Landschaften anzuschauen, die er noch nie vorher gesehen hatte. Er war visuell sehr begabt, deshalb konnte ich ihm auch noch den posthypnotischen Auftrag geben, immer wenn es ihm langweilig sei, an der Decke oder an der gegenüberliegenden Wand Zeitung zu lesen oder sich dort interessante Bilder zu betrachten. Nach den Aussagen seiner Frau, die ständig bei ihm war, führte er zu ihrem Erstaunen diese Suggestion auch tatsächlich aus und las ab und zu während des Tages laut aus einer halluzinierten Zeitung vor oder beschrieb irgendwelche Fische und Vögel, die er an der gegenüberliegenden Wand sah. Eine Woche, nachdem sein Sohn das Abitur bestanden hatte, wollte er unbedingt nach Hause entlassen werden; dort starb er nach drei Tagen schmerzlos und friedlich.

In der Regel unterlassen wir es, mit dem Patienten darüber zu diskutieren und ihn bewußt davon überzeugen zu wollen, daß er die Möglichkeit zur Beeinflussung seiner körperlichen Vorgänge besitzt. Ähnlich wie wir es bei Erickson gelernt haben, arbeiten wir hauptsächlich mit Geschichtenerzählen, in denen in vielen Variationen und Metaphern die Möglichkeiten auftauchen, wie körperliche Vorgänge verändert werden können. Die dabei einsetzenden ersten Veränderungen des Muskeltonus, der Atmung, der Pulsfrequenz, der Kapillarspannung etc. werden mit Hilfe eingestreuter Suggestionen für die Induktion und Vertiefung der therapeutischen Trance nutzbar gemacht. Auch Geschichten vom Typ „Ich hatte einmal einen Patienten . . .“ können sich vorzüglich für das „Pacing“ des Erlebens des Patienten, für die Definition der therapeutischen Beziehung und zur Vorbereitung induzierter therapeutischer Reaktionen eignen. Die weitere monologische Erzählung befaßt sich dann mehr und mehr mit dem Immunsystem des Körpers, mit den Vorgängen des Zellwachstums und mit der Kommunikation der Zellen und der einzelnen Systeme untereinander. Anfangs wird der Patient indirekt, durch eingebettete Aufforderungen, dazu veranlaßt mitzuarbeiten, später wird er direkter angesprochen, so daß ein allmählicher Übergang von unbewußter zu bewußter Mitarbeit geschieht. Hierbei benutzen wir bevorzugt Beschreibungen physiologischer Vorgänge oder metaphorische Bilder und Gleichnisse gemäß den individuellen Erfordernissen des einzelnen Patienten. Wir orientieren uns an dessen Bezugssystem und an seinen Reaktionen. Der Patient sollte die jeweiligen Inhalte in sein individuelles Begriffs- und Vorstellungsrepertoire aufnehmen und auch zwischen den Sitzungen weiterbenutzen können, deshalb versuchen wir, diese Inhalte gemäß dem Verständnis, der „Sprache“ und dem dominanten Repräsentationssystem des Patienten zu gestalten.

Neben der Aktivierung des Abwehrsystems gilt unsere besondere Aufmerksamkeit den kommunikativen Vorgängen in und zwischen den einzelnen Zellen. Wir nehmen an, daß bei Krebserkrankungen diese Kommunikation – aus welchen Gründen auch immer – gestört ist und eine wichtige Aufgabe darin besteht, einen korrekten und normalen Kommunikationsfluß wiederherzustellen.

Der Vorteil, den klinische Hypnose hier wie auch in anderen Bereichen psychologischer Krebsbehandlung bietet, besteht offenkundig darin, daß in Trance alle notwendigen und erforderlichen Prozesse sehr viel leichter, einfacher und sowohl für den Patienten wie auch für den Therapeuten befriedigender ablaufen. Ob damit auch die Wirksamkeit erhöht wird, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht mit Sicherheit zu sagen.

Im übrigen sind wir durch entsprechende Beobachtungen zu der Überzeugung gelangt, daß alle guten Therapeuten, gleich welcher Schulrichtung, bei sich selbst und

bei ihren Patienten Trancezustände erzeugen, auch wenn sie sich dessen häufig nicht bewußt sind.

Hypnotherapie zur Aktivierung des Lebens- bzw. Überlebenswillens

Selbst wenn es möglich sein sollte, das Krebsgeschehen durch die psychologische Aktivierung körpereigener Abwehrvorgänge und anderer Prozesse positiv zu beeinflussen, wird ein entsprechendes Bemühen unserer Überzeugung nach immer dann ineffektiv bleiben, wenn der betreffende Patient nicht den Willen hat, wirklich zu leben und für sein Leben zu kämpfen.

Inzwischen behaupten einige Autoren (z.B. Grossarth-Maticek 1979), nicht nur in retrospektiven, sondern auch in prospektiven Studien nachgewiesen zu haben, daß sich Krebspatienten und Krebskandidaten anhand definierter sozialpsychologischer Daten identifizieren lassen. Damit könnte das Konstrukt einer für Krebserkrankung auch psychologisch disponierten Risikopersönlichkeit nicht nur von heuristischem, sondern auch praktischem Wert sein.

Wenngleich uns eine kritische Distanz gegenüber Konstruktionen dieser Art angezeigt erscheint, können auch wir unsere Augen nicht davor verschließen, daß die uns bekannten Krebspatienten in ihrer Mehrzahl dazu neigen, sich aufzugeben, als müsse sich jetzt ein Schicksal erfüllen, dem sie sich im Grunde hoffnungslos ausgeliefert fühlen. In Anamnesen und in hypnotischen Altersregressionen lassen sich mitunter auch jene biographischen Erfahrungen finden, die als für Krebspatienten typisch angesehen werden. Man muß dabei allerdings im Auge behalten, daß auch Nicht-Krebspatienten manchmal ähnliche Erfahrungen berichten.

Als Beispiel hierfür mag der Fall einer Patientin mit Schilddrüsenkrebs dienen: Die heute 36jährige wuchs in einem kleinen Ort sehr einsam und verlassen auf, weil sie wegen der Unordentlichkeit ihrer Familienverhältnisse von den anderen Kindern gemieden wurde. Die Mutter unterhielt ein der Dorfgemeinschaft bekanntes Verhältnis mit dem ehemaligen Knecht ihres Ehemannes, welcher sich apathisch in den Suff zurückgezogen hatte. Weil die Mutter mit ihrem Freund noch mehrere Kinder hatte und der besoffene Vater auch nur selten ansprechbar war, blieb der Patientin bis zu ihrem 12. Lebensjahr nur ihre Großmutter als Bezugsperson; dann starb diese an Krebs. Nach zweijähriger intensiver Trauer um die Großmutter wandte sich die Patientin danach ihrem Vater zu und entwickelte in den nächsten Jahren eine starke, aber passiv erdulende Liebe zu ihm. Weil er in seinem Alkoholismus immer unberechenbar war, mußte sie seine Schläge ertragen, ihn versorgen und ihn trösten. Eine Ablösung konnte erst stattfinden, als sie ihren ersten Freund kennengelernt hatte, der das genaue Gegenteil zu ihrem Vater darstellte: männlich, tatkraftig und überall geachtet. Diesen heiratete sie später und die Ehe ging so lange gut, wie sie ihm gegenüber eine subalterne, passive anhimmelnde Rolle beibehielt. Als sie jedoch anfang, sich ihrer selbst bewußter zu werden, wurde ihre Ehe problematisch, und es folgte ein langer und mühevoller Kampf, der schließlich mit Trennung und später mit Scheidung endete. Ein halbes Jahr vor der Scheidung starb ihr Vater ebenfalls an Krebs. Anlässlich seiner Beerdigung erfuhr sie von ihrer Mutter, daß er gar nicht ihr leiblicher Vater gewesen war; sie sei das Kind eines ihr unbekanntes Mannes, einer Zufallsbekanntschaft. Die Patientin trauerte nun wieder intensiv, allerdings weniger mit Gefühlen des Schmerzes um den Verlust als vielmehr mit Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und Sinnlosigkeit, die durch ihre bevorstehende Scheidung nur noch verstärkt wurden. Ein halbes Jahr nach ihrer Scheidung, ein Jahr nach dem Tod des Vaters erkrankte sie an Schilddrüsenkrebs. Nach Strahlen- und Chemotherapie wurde schließlich eine Thyreoidektomie vorgenommen. Weitere medizinische Behandlungsvorschläge lehnte sie jedoch kategorisch ab, begab sich in homöopathische und schließlich auch in psychotherapeutische Behandlung, wechselte zweimal den Therapeuten, kam dann zu mir (B.P.) und ist nun seit einem Jahr, fünf

Jahre nach ihrer Ersterkrankung, bei mir in Behandlung. Zu Beginn war sie in einer miserablen körperlichen und seelischen Verfassung: Sie reagierte auf ihre derzeitige Partnerproblematik wieder mit Resignation, kümmerte sich nicht mehr um ihr Äußeres und hatte gerade erfahren, daß ihr Krebs wieder zu wachsen begann. Mittlerweile ist diese Vergrößerung wieder zurückgegangen, und sie bemüht sich, ihr Leben und ihre Partnerschaft aktiv zu gestalten. Aus psychotherapeutischer Sicht kann ich ihr zum jetzigen Zeitpunkt eine sehr hohe Überlebenschance bescheinigen; rein medizinisch gesehen hat sie allerdings auch eine recht gute Prognose (nach Brunner & Nagel 1979, S. 415).

In den meisten Fällen bemühen wir uns, durch Altersregression Veränderungen einzuleiten, die geeignet sind, dem Patienten die Art und die Qualität eines befriedigenden Weiterlebens erfahrbar zu machen. Zur Illustration kann hierzu das Beispiel des „Februarman“ dienen (siehe Erickson & Rossi 1979, S. 529 oder auch Peter 1983a, S. 208). Auch Zukunftsprojektionen oder bestimmte Möglichkeiten des „Reframing“ können eine unbewusste Motivationsbasis dafür schaffen, die gegenwärtige Lebensbedrohung und den desolaten Zustand der persönlichen Situation mit allen Kräften zu überwinden.

Bei allen Techniken, die in hypnotischer Trance angewandt werden, ist jedoch immer in Betracht zu ziehen, daß das Unbewusste mehr weiß als das Bewusste. Wir müssen deshalb äußerst sorgsam mit dem Patienten umgehen, d.h. auftretende Widerstände akzeptieren oder sorgfältig Amnesien induzieren, wenn in Trance deutlich wird, daß der Patient nicht überleben wird, nicht überleben will oder zwiespältig ist, obwohl er in seinem bewußten Denken noch daran glaubt.

Der oben erwähnte Histiozytose-Patient schüttelte beispielsweise in Trance heftig den Kopf, als ich in meinem Monolog von Besserung und Heilung sprach. Um sicherzugehen, daß dies keine Zufallsreaktion war, wiederholte ich in unregelmäßigem Abstand noch zweimal solche Bemerkungen und erhielt wieder die gleiche Reaktion des Kopfschüttelns. So änderte ich den Inhalt meiner Erzählung und sprach nicht mehr spezifisch von körperlicher Besserung, sondern davon, daß sein Unbewusstes „in jeder Weise, in jeder Form und für jede Situation Hilfe geben kann, gerade auch dann, wenn das Bewußtsein an seine Grenzen angelangt ist und aufgibt“. Nach der Trance hatte er eine komplette Amnesie, und wir unterhielten uns noch eine Weile über seine Hoffnungen, bald aus der Klinik entlassen und irgendwann auch wieder gesund werden zu können. Zwei Wochen später, insgesamt ein Jahr nachdem er die psychologische Behandlung begonnen hatte, starb er nach zweitägigem Leberkoma.

Wir nehmen an, daß die wesentliche Entscheidung zum Weiterleben oder zum Sterben vom Patienten unbewußt getroffen wird – sofern eine solche Entscheidung als ausschlaggebende Einflußgröße bei einer multifaktoriell bedingten Krankheit überhaupt angenommen werden kann. Deshalb lehnen wir bestimmte „harte“ Behandlungsmethoden ab, wie sie gesprächsweise von anderen Therapeuten (z.B. von Simonton) berichtet werden, deren Patienten z.B. definitiv entscheiden sollen, entweder bedingungslos um ihr Leben zu kämpfen oder sich auf den Tod vorzubereiten. Da wir Krebspatienten bislang nur in Einzeltherapie behandeln, kommen wir auch nicht in die schwierige Situation, daß unmotivierte oder verzweifelte Patienten die Motivation und den Kampfgeist der anderen unterminieren könnten. Im Gegenteil, wir bemühen uns, den Patienten gerade auch in seinen Widersprüchen und Ungeheimheiten anzunehmen und daraus das Beste zu machen. Wie wir von Milton H. Erickson lernen konnten, sind auch scheinbar therapiehinderliche Reaktionsweisen des Patienten sinnvoll für die Therapie einzusetzen, wenn wir nur flexibel und frei genug sind, alle Chancen zu nutzen.

Unserer Meinung nach würde es eine unnötige und inhumane Einengung unseres Handlungsraumes bedeuten, wenn wir uns allein auf das Ziel einer Heilung fixierten. So könnte es sehr leicht beim Patienten zu Schuldgefühlen kommen, die ihm dann nur eine zusätzliche Last wären und vermutlich nur die therapeutische Beziehung und damit alle weitere mögliche Arbeit gefährden würden.

So gelang es z.B. beiden Autoren erst nach einer dreistündigen Sitzung, einen 56jährigen Patienten mit Bronchialkarzinom davon zu überzeugen, daß er seinen heftigen Sarkasmus ablegen und sich trotz seiner Hoffnungslosigkeit um seine Gesundheit, sein Wohlergehen und um sein Leben kümmern könne. Sehr gut akzeptierte er dann auch die Vorstellung, daß er selbst keine Metastasen zulassen werde. So entwickelte er die Metapher eines Erkennungsdienstes für Zellen. Zur zweifelsfreien Identifikation jeder Zelle galt die Regel: „Ausweis genügt nicht, Fingerabdrücke müssen her!“ – ein Satz, der in ihm spontan aufgetaucht war. Die zukunftsprojektive Arbeit übertrug er in der Weise in seinen Alltag, daß er sich Ziele setzte, die jeweils den Zeitraum eines halben Jahres abdeckten.

Unsere Bemühungen, ihn auch zu direkten Abwehrmaßnahmen gegen den Tumor selbst und zu uns notwendig erscheinenden Veränderungen in seiner Lebensgestaltung zu veranlassen, lehnte er aber mit großer Hartnäckigkeit, manchmal mit guten und meist mit schlechten Argumenten ab. Damals glaubten wir, ihn durch gezielte Fragen und geeignet erscheinende Metaphern nachdrücklicher in diese von uns gewünschte Richtung lenken zu sollen. Der Patient, der aus seiner Krankheit auch erheblichen Krankheitsgewinn zog und die nur gelegentlich und mäßig auftretenden Mißempfindungen gut selber handhaben konnte, reagierte darauf folgendermaßen: Er brach zunächst zu dem einen und dann auch zu dem anderen Therapeuten den Kontakt ab und stand dann lediglich indirekt über ein Mitglied seiner Familie mit uns in Verbindung. Erst ein halbes Jahr später nahm er von sich aus den Kontakt wieder auf. Er hatte in der Zwischenzeit seine Metastasenprophylaxe sorgfältig weiterbetrieben und war gerade dabei, notwendige Dinge innerhalb seiner Familie zu ordnen. Einen direkten Kampf gegen den Tumor sah er nach wie vor als aussichtslos an.

Beim genauen Studium der Videoaufzeichnung der letzten Stunde vor der Unterbrechung zeigten sich Fehler in meiner (B.P.) Arbeit. Ich hatte versucht, den Patienten zu einer wesentlichen Änderung seiner Existenz zu bewegen. Die Freudlosigkeit und den desolaten Zustand seines Lebens sowie den Versuch einer Veränderung hatte er in der Trance klar und deutlich imaginiert. Er sah sich in einem Haus, das er als sein Elternhaus identifizierte, und untersuchte dieses Haus auf meinen Vorschlag hin genauer. Mit Entsetzen stellte er fest, daß dieses Haus auf eine nicht mehr gut zu machende Art verbaut war; es gab keine Harmonie und keinen Stil in diesem Haus, und es war ihm unmöglich, darin weiterzuleben. Wir überlegten, was zu tun sei, und er beschloß, dieses Haus an IBM zu verkaufen und sich nach einem neuen Heim umzuschauen. So machte er sich auf den Weg, ging über Wiesen und Felder und kam schließlich zu einem heimelig anzusehenden Dorf. Auf dem Dorfplatz ließ er sich am Brunnen nieder und betrachtete zufrieden die einzelnen Häuser. Plötzlich bemerkte er, daß aus dem Brunnen zwar Wasser floß, dieses machte aber kein Geräusch und auch keine Wellen, und bei näherem Hinsehen entdeckte er, daß kein Mensch und kein anderes lebendes Wesen in diesem Dorf zu sehen war; schließlich mußte er noch mit Schrecken feststellen, daß alle Fassaden der Häuser, alle Gartenzäune, Bäume und überhaupt alles aus Plastik war, ähnlich wie im Playmobil- oder Legoland. Diese Entdeckung riß ihn aus der Trance. Anstatt nun amnesieinduzierend abzulenken und dann eine neue Trance zu induzieren, besprach ich mit ihm diese Szene. Wir kamen beide zu dem Ergebnis, daß sie sein vergangenes Leben und seine derzeitige Situation gut widerspiegeln. Ich machte ihn auch darauf aufmerksam, daß er zwar einen ersten Schritt zur grundlegenden Veränderung unternommen habe und damit im ersten Anlauf gescheitert war; er müsse jedoch weitermachen und sich intensiv bemühen, eine neue Heimat und ein neues Heim zu suchen, das seinen Bedürfnissen entspreche, und damit solle er sich bis zur nächsten Stunde beschäftigen.

Im Nachhinein betrachtet, war dies aus hypnotherapeutischer Sicht ein grober Fehler. Anstatt ihn ausdrücklich zu einer bewußten Beschäftigung mit diesem unbewußten Material aufzufordern, hätte ich in einer erneuten Trance mit ihm weitere Bemühungen unternommen sollen, eine befriedigende Lösung zu finden, und anschließend hätte ich eine fundierte Amnesie induzieren

sollen zusammen mit der Suggestion, daß sein Unbewußtes auf konstruktive Art weiterarbeiten werde. So schickte ich ihn nach Ende der Stunde mit dieser nun bewußt gewordenen schrecklichen Erkenntnis nach Hause und gab ihm auch noch den expliziten Auftrag, sich bewußt weitere Gedanken zu machen. Dies tat er wohl auch, verstärkte damit nur noch seinen Eindruck von der Hoffnungslosigkeit seiner Situation und reagierte verständlicherweise, indem er nicht mehr wiederkam. Trotzdem benutzte er die Zeit der Unterbrechung bis zur Wiederaufnahme der Behandlung ein halbes Jahr später, um innerhalb seines Familienclans schon längst überfällige Entscheidungen zu treffen und konstruktive Veränderungen in die Wege zu leiten.

Daß die therapeutische Beziehung von der Wiederaufnahme bis zu seinem Tod ein Jahr danach stabil geblieben ist, führe ich darauf zurück, daß ich davon abgesehen habe, den Patienten zu irgendeinem Zwang zu zwingen zu wollen. Daß ich nunmehr seinen Willen akzeptierte, drückte ich weniger durch Worte aus als vielmehr dadurch, daß ich ihn nicht mehr wie früher alle ein bis zwei Monate in unserer Praxis empfing, sondern daß wir uns entsprechend den beiderseitigen Wünschen entweder an einem See, bei Bekannten oder in meiner Familie trafen. Offene und direkte Worte, die früher Widerstand hervorriefen, konnten nun problemlos an ihn gerichtet werden und führten dazu, daß er auch offene und direkte Antworten gab.

Bei unserem letzten Treffen in meinem Haus, zusammen mit meiner Frau erzählte er beiläufig einen Traum, den er wenige Tage zuvor hatte: Zusammen mit seinem älteren Bruder, mit dem er bisher eine sehr konflikthafte private wie berufliche Beziehung hatte, ging er in einem Wald spazieren; es war ein schöner Tag und ihre Beziehung war in Ordnung. Auf einer Waldlichtung entdeckten sie ein wunderschönes Försterhaus, im Jugendstil erbaut und zum Verkauf freistehend. Sie untersuchten es beide sehr gründlich und fanden, daß es in seiner Grundsubstanz solide und sogar ohne größere Reparaturen bewohnbar zu machen war, und sie beschlossen beide, es zu kaufen. Damit endete der Traum. Zwei Wochen später starb er unerwartet innerhalb von zehn Minuten ohne erkennbare Anzeichen des Schmerzes oder Kampfes oder der Atemnot, vermutlich an einer inneren Blutung.

Eine medizinische Behandlung wurde zu keinem Zeitpunkt durchgeführt. Die medizinischen Untersuchungen, die alle zwei bis sechs Monate durchgeführt wurden, zeigten bis zum Abbruch der psychologischen Behandlung eine nicht eindeutig feststellbare, d.h. vermutlich sehr langsame Progredienz des Tumors und keine Metastasen. Erst im letzten Jahr beschleunigte der Tumor sein Wachstum.

Hypnotherapie als Hilfe für den Patienten, mit der Erkrankung selbst umzugehen

Für viele unserer Krebspatienten trifft zu, was häufiger berichtet wird, daß die Krebserkrankung für sie die erste ernsthafte bzw. wirklich als bedrohlich erlebte Erkrankung ihres Lebens ist. Es ist auch aus diesem Grunde verständlich, daß der Krebs für diese Menschen eine ungeheure narzißtische Kränkung darstellt, auf die sie entsprechend ihrer persönlichen Eigenart mit Panik und Verzweiflung, mit Verleugnung, Sarkasmus oder mit anderen sog. Abwehrmechanismen reagieren. Dies erschwert fürs erste alle Bemühungen, den Patienten zu einer bewußten Kooperation zu bewegen.

Es erscheint zwar plausibel, daß die Krebszellen besser beeinflußt werden könnten, wenn der Patient sie als zu ihm gehörig akzeptierte; so könnte man auf die Idee kommen, vom Patienten die Einstellung zu verlangen: „ich bin mein Krebs“ und nicht „ich habe Krebs“. Allerdings muß dahingestellt bleiben, ob eine solche Forderung zumutbar und gerechtfertigt, vor allem aber, ob sie therapeutisch sinnvoll und nützlich ist.

Für uns ist es nachvollziehbar, daß sich das Bewußtsein mit allen Mitteln gegen die Tatsache dieser lebensbedrohlichen Erkrankung wehrt. Diesen Widerstand müssen wir als Therapeuten akzeptieren und würdigen – schon allein, um eine therapeutische Beziehung aufbauen und aufrechterhalten zu können. Damit respektieren wir

auch das Recht des Patienten, selbst zu bestimmen, wieviel genaue Details seiner Krankheitsentwicklung er bewußt ertragen und verarbeiten kann, und wir akzeptieren die besondere Art, wie er dies tut. Erst wenn wir sorgfältig auf diesen Widerstand eingegangen sind, kann es gelingen, den Patienten zur Zusammenarbeit zu gewinnen und seine unbewußten Fähigkeiten und Erfahrungen für notwendige Veränderungen zu nutzen.

Ein 65jähriger Patient mit Fibrosarkom, dem die Ärzte nur mehr wenige Wochen zu leben gaben, wurde von seinem Hausarzt an mich (B.P.) verwiesen, weil er sich in einem desolaten körperlichen und seelischen Zustand befand. Er kam weinend, völlig zerstört zu mir, und ich begann, entsprechend vorinformiert, unverzüglich mit der Tranceinduktion, indem ich seine Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit auf recht deutliche Weise ansprach: Es sei in der Tat ein Elend und eine Schande, auf so eine Weise sterben zu müssen, nach einem Leben voll Arbeit und aufrichtigem Bemühen, alles recht und gut zu machen. Erst danach ging ich dazu über, auch seine unbewußten Fähigkeiten anzusprechen, daß er all seine Erfahrungen benutzen könne, um auch mit diesem Schicksal fertig zu werden.

Als ich dann konkret die Möglichkeiten des Immunsystems angesprochen hatte, entwickelte er spontan – bei offenen Augen – die Halluzination eines Schwarzes Piranhas, die ein weißes Krokodil angriffen und zerfetzten. Noch in der Trance und auch danach im Wachzustand trug ich ihm auf, sich zu Hause zu entspannen und mit Hilfe solcher und ähnlicher Vorstellungsbilder sein Unbewußtes für ein menschenwürdiges Leben zu aktivieren. Auch solle er jeden Tag verschiedene Übungen durchführen, um körperlich wieder zu Kräften zu kommen. Nach Auskunft seines Arztes und seiner Frau war nach dieser Stunde alle Weinerlichkeit und Passivität des Patienten schlagartig verschwunden. In den folgenden Sitzungen berichtete er, bevor er jeweils wieder in Trance ging, ausführlich von seinen Aktivitäten, von seinen Plänen für das kommende Jahr und auch von einigen Lebenserfahrungen. Er hob dabei jeweils die positiven Ereignisse hervor, wie er Not, Elend und Unglück zu verarbeiten und zu überleben gelernt habe, z.B. den Krebstod seiner ersten Frau vor zehn Jahren, oder wie er Schwierigkeiten mit seinen Kindern, Probleme am Arbeitsplatz und Gefahren im Krieg überstanden habe. Meine Aufgabe bei diesen Schilderungen bestand darin, diese Erfahrungen zu würdigen und sie gesprächsweise in Beziehung zu setzen zu seiner jetzigen Situation. Im Gegensatz zu seiner Weinerlichkeit vorher war er nun zuversichtlich und gelassen. Des öfteren gaben seine Erzählungen auch Anlaß, daß wir herzlich miteinander lachten. Bis zu seinem schnellen und für seine Familie überraschenden Tod neun Monate später bemühte er sich aktiv darum, körperlich kräftig zu bleiben und jeden einzelnen Tag sinnvoll und zufriedenstellend zu verbringen.

Soll ein Patient, der absehbar sterben wird, die volle Wahrheit erfahren oder nicht? Wir meinen, diese vieldiskutierte Frage wird nur dann zum Problem, wenn es uns oder anderen beteiligten Personen nicht gelingt, aufmerksam wahrzunehmen, was und wieviel der Patient zum jeweiligen Zeitpunkt schon wissen möchte, bzw. wieviel von diesem Wissen er von seinem Bewußtsein fernhalten will. Gerade dann, wenn nicht mehr viel Zeit zur Verfügung ist, ist die Gefahr groß, daß der Patient dekomponiert, sobald er mit den „harten Fakten“ gewaltsam konfrontiert wird. Er stirbt dann in depressiver Verzweiflung, ohne die Chance und die Zeit gehabt zu haben, sich auszusöhnen und Frieden zu schließen. Gerade wir Hypnotherapeuten besitzen vielfältige Möglichkeiten zu sorgfältig eingesetzter indirekter Kommunikation. Therapeutische Metaphern zum Beispiel sind eine gute Möglichkeit, um dem Patienten indirekt Information anzubieten, um seine direkten und indirekten Reaktionen sorgfältig zu beobachten und darauf entsprechend einzugehen.

Schlußbemerkung

Es gibt inzwischen eine erhebliche Anzahl von Einzelfallberichten und kontrollierten

Studien (siehe Bibliographie am Ende dieses Heftes), die die Wirksamkeit von Hypnose und Hypnotherapie zur Kontrolle von Schmerzen und anderen Begleiterscheinungen der Krankheit selbst wie auch ihrer medizinischen Behandlungen belegen. Zum Teil konnte sogar eine Überlegenheit der hypnotherapeutischen gegenüber anderen Behandlungsmethoden nachgewiesen werden. Wir sollten dabei jedoch nicht aus den Augen verlieren, daß es immer nur die mehr oder manchmal auch weniger geglückte therapeutische Beziehung ist, die es Patient und Therapeut gestattet, zusammenzuarbeiten und mehr oder weniger gute Erfolge zu erzielen. Inwieweit diese Beziehung im Einzelfall tragfähig und das Können des Hypnotherapeuten ausreichend ist, damit er Patienten zu notwendigen inneren und äußeren Veränderungen veranlassen kann, und welche anderen Faktoren in welchem Ausmaße vorliegen müssen, damit die therapeutische Arbeit in diesem Sinne erfolgreich sein kann – dies wissen wir alles nicht. Die Arbeit und die Erfolge von Kollegen, wie z.B. Dr. Newton und Dr. Meares, machen uns jedoch zuversichtlich. Sie lassen es auch als sinnvoll und notwendig erscheinen, das Thema „Hypnotherapie bei Krebspatienten“ einer umfangreichen kontrollierten Untersuchung zu unterziehen.

LITERATUR:

- Ader, R. (Ed.): *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press, 1981.
- Bowers, K.: Hypnosis and dissociation. In: Goleman, D. & Davidson, R.J. (Eds.): *Consciousness*. New York: Harper & Row, 1979.
- Brunner, K.W. & Nagel, G.A.: *Internistische Krebsbehandlung*. Berlin: Springer, 1979².
- Erickson, M.H.: The interspersal hypnotic technique for symptom correction and pain control. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1966, 8, 198-209.
- Erickson, M.H. & Rossi, E.L.: *Hypnotherapie: Aufbau – Beispiele – Forschungen*. München: Pfeiffer, 1981.
- Grossarth-Maticek, R.: *Krankheit als Biographie: Ein medizinsoziologisches Modell der Krebsentstehung und -therapie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1979.
- Hilgard, E.R. & Hilgard, J.R.: *Hypnosis in the Relief of Pain*. Los Altos, Calif.: W. Kaufmann, 1975.
- Peter, B.: Hypnotherapie. In: Corsini, R.J. (Hrsg.): *Handbuch der Psychotherapie*. Weinheim: Beltz, 1983.
- Peter, B.: Klinische Hypnose. In: Kraiker, Ch. & Peter, B.: *Psychotherapieführer*. München: Beck, 1983.
- Rosen, S.: *My voice will go with you – The teaching tales of Milton H. Erickson*. New York: Norton, 1982.
- Simonton, O.C., Matthews-Simonton, St. & Creighton, J.: *Getting well again*. Toronto: Bantam Books, 1978. Dt.: *Wieder gesund werden – Eine Anleitung zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte für Krebspatienten und ihre Angehörigen*. Reinbek: Rowohlt, 1982.
- Sutcliffe, J.P.: „Credulous“ and „sceptical“ views of hypnotic phenomena. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1960, 8, 73-101.
- Sutcliffe, J.P.: „Credulous“ and „sceptical“ views of hypnotic phenomena: Experiments on esthesia, hallucination, and delusion. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1961, 62 (2), 189-200.
- Zeig, J.K.: *A teaching seminar with Milton H. Erickson, M.D.* New York: Brunner & Mazel, 1980.

Keywords: cancer, hypnosis, hypnotherapy

Summary: A report about the author's psychotherapeutic and hypnotherapeutic work with cancer patients. Among the topics discussed are hypnotherapy for the control of pain and other side effects of the disease and its treatment, hypnotherapeutic activation of the body's immune system and of unconscious coping mechanism, hypnotherapeutic stimulation of the will to live, and hypnotherapy as a means to support the patient in dealing with the fact of his illness.

Anschrift der Autoren:

Burkhard Peter, Dipl.-Psych., Wilhelm Gerl, Dipl.-Psych.
Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose e.V.
Tal 18, D-8000 München 2

(Das englische Original dieses Artikels erscheint in *Ericksonian Psychotherapy*, Vol. II, Clinical Applications. Ed.: J.K. Zeig, New York: Brunner/Mazel, 1985.)

TERMINE

10. – 16. August 1985 in Toronto/Kanada
10. International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine
Information: 10. Congress Secretariat, International Society of Hypnosis
Pennsylvania Hospital, The Institute
111 North 49th Street, Philadelphia, PA 19139-2798, USA
21. – 25. September 1985 in Bonn
13. Kongreß für Angewandte Psychologie des BdP
Information: Berufsverband deutscher Psychologen (BdP)
Heilsbacherstr. 22, 5300 Bonn
17. – 20. Oktober 1985 in Bad Lipspringe
6. Tagung mit Fortbildungsseminaren und Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hypnose, DGH
Information: Geschäftsstelle der DGH, Dipl.-Psych. E. Butz
Bielefelder Str. 9, 4930 Detmold
1. – 3. November 1985 in Heidelberg
1. Jahrestagung der M.E.G.
Information: Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose, M.E.G.
Tal 18, 8000 München 2
11. – 15. Dezember 1985 in Phoenix, Arizona, USA
The Evolution of Psychotherapy – A Conference
(Featuring: Bettelheim, Ellis, Goulding, Haley, Laing, Lazarus, Moreno, Polsters, Rogers, Satir, Szasz, Watzlawick, Whitaker, Wolberg, Wolpe, Zeig u.a.)
Information: The Milton H. Erickson Foundation
3606 North 24th Street, Phoenix, Arizona 85016 U.S.A.
oder: M.E.G., Tal 18, 8000 München 2
31. Mai – 2. Juni 1985 in München und
7. – 9. Juni 1985 in Zürich
Bernauer W. Newton, Ph.D., Los Angeles: The Use of Hypnosis in the Treatment of Cancer Patients
27. – 29. September 1985 in München
Paul Carter, Ph.D., and Stephen Gilligan, Ph.D., La Jolla and Boston: Advanced Training Seminar on Ericksonian Therapy
9. – 10. November 1985 in München
Sidney Rosen, M.D.: Selfhypnosis and Automatic Handwriting
Information über diese Seminare sowie über die Fort- und Weiterbildung in klinischer Hypnose:
M.E.G., Tal 18, 8000 München 2