

# Hypnose und Psychoonkologie?

*Michael E. Harrer*

## 1. State of Art and Science nach 40 Jahren

Den Ausgangspunkt dieses Beitrags bilden entsprechend dem Tagungsthema<sup>1</sup> – Ericksonsche Hypnose und Psychotherapie „State of Art and Science nach 40 Jahren“ – vier Publikationen, die vor ziemlich genau vier Jahrzehnten erschienen sind: (1) Das Sonderheft des von Milton Erickson gegründeten und lange Zeit herausgegebenen *American Journal of Clinical Hypnosis* (AJCH) von 1982/1983, offizielles Organ der (ebenfalls) von Milton Erickson gegründeten *American Society of Clinical Hypnosis*, zum Thema „Hypnosis and Cancer“, (2) das Einführungsheft von HYPNOSE UND KOGNITION (1984), das sich dem damals hoch aktuellen Feld der „Hypnotherapie bei Krebserkrankungen“ widmete, (3) der von Burkhard Peter (1985) herausgegebene Sammelband zum „Ersten deutschsprachigen Kongress für Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson“ 1984 in München und (4) ein Beitrag von David Spiegel (1985) über Hypnose zur Schmerzkontrolle bei Krebs.

In diesen vier Publikationen zeigen sich schon die zentralen Fäden, die das Gewebe des inzwischen etablierten medizinisch-psychologischen Fachgebiets Psychoonkologie bilden bzw. die Themen, deren Entwicklung über vier Jahrzehnte in der Folge erörtert wird.

(1) Im AJCH finden sich zwei Artikel zu den Anwendungsfeldern der Hypnose (=> Abschnitt 2): einer zur Symptomkontrolle bei den Nebenwirkungen von Chemotherapie (Rosenberg, 1982/1983) und einer zur Hypnotherapie bei Kindern (Gardner & Lubmann, 1982/1983). Ein weiterer Beitrag verweist auf die Hoffnung, die damals in die Psychotherapie und speziell auch in die Hypnose gesetzt wurde, den

Michael E. Harrer

### **Hypnose in der Psychoonkologie?**

*Der Rückblick auf 40 Jahre Hypnose in der Psychoonkologie zeigt die nach wie vor aktuellen und wertvollen Möglichkeiten des Einsatzes von Hypnose in der Onkologie auf. Die Zielsetzung, mittels Hypnose den Krankheitsverlauf zu beeinflussen, hat sich in Richtung einer Steigerung der Lebensqualität verändert. Ebenso hat sich das Tabu verringert, Tod und Sterben anzusprechen. Die Möglichkeiten der Hypnose, durch Entspannung und Imagination zu Symptomkontrolle und Lebensqualität beizutragen, haben auch in den entsprechenden Leitlinien Niederschlag gefunden. Im Beitrag wird im Speziellen auf die Bedeutung der therapeutischen Beziehung, auf Aspekte der Telearbeit, auf Selbsthypnose und die Kombination von Hypnose und Achtsamkeit verwiesen. Zuletzt wird der Beitrag Milton Ericksons in diesem Bereich auch anhand von Fallbeispielen gewürdigt.*

*Schlüsselwörter: Krebs, Onkologie, Hypnose, Psychoonkologie, Selbsthypnose, Entspannung, Palliative Care, Milton Erickson*

### **Hypnosis in psychooncology?**

*This review of 40 years of hypnosis in psycho-oncology shows the still current and valuable possibilities of hypnosis in oncology. The aim of using hypnosis to influence the course of the disease has changed in the direction of improving quality of life. The taboo of addressing death and dying has also diminished. The possibilities of hypnosis to contribute to symptom control and quality of life through relaxation and imagination have been introduced in the relevant guidelines. The article refers in particular to the importance of the therapeutic relationship, aspects of working with ego-states, self-hypnosis and the combination of hypnosis and mindfulness. Finally, Milton Erickson's contribution in this area is also acknowledged using some of his case studies.*

*Keywords: Cancer, oncology, hypnosis, psychooncology, self-hypnosis, relaxation, palliative care, Milton Erickson*

Dr. Michael E. Harrer  
Mühlbachgasse 6/1  
A-5020 Salzburg  
mh@m-harrer.at

erhalten 21.3.2024    akzeptiert: 20.6.24

Verlauf von Krebserkrankungen beeinflussen zu können (=> Abschnitt 3). Damit in Zusammenhang auch ein Beitrag über die Wirkung von Hypnose auf das Immunsystem (Hall, 1982/1983), dem eine zentrale Rolle bei Entstehung und dem Verlauf maligner Erkrankungen zugeschrieben wurde. Weitere Beiträge beschäftigen sich mit den positiven Auswirkungen von tiefen, „meditativen“ Tranceerfahrungen bzw. „innerer Stille“ (Meares, 1982/1983, dt. 1984) (=> Abschnitt 4) und von Imaginationen in hypnotischer Trance (Margolis, 1982/1983) (=> Ab-

schnitt 5). Ein Artikel adressiert die Einbettung von Psychotherapie in einen Gesamtbehandlungsplan (Shapiro, 1982/1983) (=> Abschnitt 8). Eine Einzelfallstudie (Oliver, 1982) betont die systemisch-soziale Dimension der Psychoonkologie, indem das Umfeld immer mitbetroffen ist. In der Fallgeschichte einer Patientin beschreibt Oliver die Gefahr, dass durch die Einengung der Aufmerksamkeit des Therapeuten auf Symptome und Symptomkontrolle ein angemessenes Ermutigen und Fördern der Suche nach einem neuen Sinn und einer neuen Richtung für das Leben der Patientin zu kurz kommt. Existenzielle Dimensionen (=> Abschnitte 11, 13) – wie die des Lebenssinns und damit zusammenhängender Zukunftsvorstellungen – sind stets mit zu berücksichtigen.

- (2) Im Einführungsheft von HYPNOSE UND KOGNITION finden sich Übersetzungen von drei dieser Beiträge aber auch ein Beitrag von Wilhelm Gerl (1984) zu „persönlichen Merkmalen effektiver Krebstherapeuten“. Dort findet sich folgende Aussage: „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 anderen zu *sein*“ (S. 42). Gerl betont darin die Beziehungsaspekte unserer Arbeit (=> Abschnitt 14), den Kontakt zu den Patient:innen, aber auch den Kontakt der Patient:innen und der Therapeut:innen zu sich selbst, gerade auch angesichts existenzieller Bedrohung. Wenn Gerl im Original das Wort „sein“ hervorhebt, ist das wohl so zu verstehen, dass es nicht nur darum geht, etwas miteinander zu tun, sondern insbesondere auf eine bestimmte, heilsame Weise miteinander zu *sein*.
- (3) Von den Beiträgen im Sammelband (Peter, 1985) seien zwei hervorgehoben: Der von Wilhelm Gerl (1985), in dem er seine Gedanken zum Verhältnis von Beziehung und Technik weiter ausführt, und der von Wolfgang Lenk (1985) zur Veränderung des Simonton Programms. Gerl beschreibt Krebs als Beziehungsproblem, woraus sich wichtige Fragen ergeben: Wie gehen wir mit uns selbst, mit unseren Bedürfnissen, mit unserem Körper, mit unseren Krankheiten und unserer Endlichkeit um, aber ebenso, wie mit anderen Menschen, wie mit unserer Umwelt und unserem Planeten? Im anderen Beitrag gibt Wolfgang Lenk wesentliche Impulse zur Telearbeit (=> Abschnitt 6).
- (4) Eine für die Psychoonkologie insgesamt und die Hypnose in der Psychoonkologie bedeutsame Persönlichkeit ist David Spiegel. Er hatte sich zu dieser Zeit schon länger mit Hypnose in der Onkologie beschäftigt, insbesondere auch mit ihrem Einsatz bei Schmerzen. In einem Artikel (Spiegel, 1985) fasst er drei grundlegende Prinzipien zusammen. Sie gelten nicht nur für den Umgang mit Schmerz, sondern für alle leidvollen Erfahrungen im Zusammenhang mit Krebs, aber auch ganz grundsätzlich im Leben. Das erste Prinzip „*Filter the hurt out of the pain*“ weist auf die Möglichkeit hin, zwischen der sensorischen Empfindung von Schmerz (pain) und unserer Bewertung bzw. Ablehnung zu unterscheiden, die bestimmt,

## *Hypnose und Psychoonkologie*

wie leidvoll (hurt) er erlebt wird. Daraus ergibt sich das zweite Prinzip: „*Do not fight the pain.*“ Es weist auf die Haltung hin, die wir gegenüber unliebsamem Erleben einnehmen; ob wir es bekämpfen und damit im Fokus der Aufmerksamkeit halten oder ob wir unsere Freiheit nutzen, uns stattdessen individuellen und angemessenen Annäherungszielen zuzuwenden (s. Ebell in diesem Heft). Diese beiden Prinzipien umzusetzen, wird in der Achtsamkeitspraxis geübt (=> Abschnitt 10). Das dritte Prinzip „*Use self-hypnosis*“ verweist auf den wertvollen Beitrag von Selbsthypnose, den diese im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans einnehmen kann, indem sie Erfahrungen von Selbstwirksamkeit vermittelt.

Ein Meilenstein in der Geschichte der Psychoonkologie war die fünf Jahre später von David Spiegel und seiner Arbeitsgruppe (1989) im *Lancet* publizierte Studie. Darin berichtet er über ein Gruppenprogramm mit Frauen mit metastasierendem Brustkrebs, das er später (Spiegel & Classen, 2000) ausführlich dargestellt hat. Die Auswertung der Überlebenszeit überraschte selbst die Autoren von 1989: die durchschnittliche Überlebenszeit der Gruppenteilnehmerinnen nach Eintritt in die Studie betrug 36 Monate, während die Patientinnen der Kontrollgruppe nur 18 Monate überlebten. Das Ergebnis war Wasser auf die Mühlen all jener, die sich von Psychotherapie einen Einfluss auf den Verlauf von Krebserkrankungen erhofften und lieferte starke Argumente, Psychoonkologie möglichst allen Krebskranken zugänglich zu machen. Das Programm wurde in seinen Wirkprinzipien als *supportiv* und *expressiv* beschrieben, indem es auch um existenzielle Themen (=> Abschnitt 11) ging. Was nicht so bekannt ist, Hypnose und Selbsthypnose waren ebenso wesentlicher Teil des Programms, etwa die *Split-Screen-Technik*, indem die Patientinnen auf einem Teil einer inneren Projektionsleinwand das Problem, auf einem anderen dessen Lösung visualisierten und zur Integration angeregt wurden.

Dieser Rückblick bezieht über die letzten 40 Jahre hinaus noch die Beiträge Milton H. Ericksons zur Behandlung von krebserkrankten Menschen und dessen Auseinandersetzung mit existenziellen Themen mit ein (=> Abschnitt 15). Nun zu einzelnen Fäden des Gewebes der Psychoonkologie. Der erste: die Anwendungsfelder von Hypnose in der Psychoonkologie.

## **2. Anwendungsfelder von Hypnose in der Psychoonkologie**

In einem aktuellen Review (Franch et al., 2023) wurden aus den Jahren 2000–2021 insgesamt 873 Studien gefunden und davon 22 ausgewählt, die die entsprechenden Einschlusskriterien erfüllten. Mit einer Ausnahme gab es im Vergleich zur Kontrollgruppe in allen Studien Verbesserungen. Diese betrafen eine Verringerung von Angst, Schmerz, Übelkeit, *Fatigue*, Medikamenteneinsatz und die Dauer des Krankenhausaufenthaltes. Hypnose verbesserte depressive Symptome, Schlaflosigkeit, Hitzewallungen, Wohlbefinden und Lebensqualität und sie erhöhten die Adhärenz.

Ein anderer aktueller systematischer Review beschäftigt sich mit dem positiven Effekt von Hypnose auf Schmerz und Angst bei Krebspatient:innen (Sine et al., 2022). Eine Metaanalyse aus dem Bereich der pädiatrischen Onkologie zieht insgesamt ein positives Fazit bezüglich der unterstützenden Wirkung von Hypnose bei medizinischen Eingriffen wie Knochenmarks- und Lumbalpunktionen und bei chemotherapie-induzierter Übelkeit. Dabei stammten über 80% der in die Analyse aufgenommenen Studien aus den Jahren vor 2000, die aktuellste aus 2009 (Heidelberg et al., 2020).

Wie schlagen sich nun diese Studienergebnisse in den aktuellen Leitlinien nieder? In der „Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ (AWMF, 2023) wird Hypnose an zwei Stellen erwähnt: Subsummiert unter dem Versorgungsangebot „Entspannungsverfahren und imaginative Verfahren“ finden sich in der systematischen Literaturrecherche Hinweise auf Studien zum präoperativen Einsatz von Hypnose (Amraoui et al., 2018), zu Selbsthypnose bei Fatigue (Grégoire et al., 2020) und zu positiven Wirkungen auf Schmerz nach Bestrahlungen im Hals- und Kopfbereich (Thuma et al., 2016). Für die Palliativphase werden unter anderem auch „hypnotherapeutische Elemente“ als spezifische psychoonkologische Interventionen genannt. In den „Leitlinien Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ (AWMF, 2020) finden sich Entspannungstechniken zur Symptomkontrolle, insbesondere bei Übelkeit und Erbrechen. Die Hypnotherapie wird neben der Verhaltenstherapie auch beim „Nachweis von psychischen Ursachen“ (S. 256) empfohlen. Ferner werden auf Basis eines Expertenkonsenses empfohlen: „Hypnotherapeutische Interventionen: nicht nur, aber vor allem mittels einer symptomorientierten Hypnose zur Reduktion psychogener Anteile belastender/ängstigender Symptome wie z. B. Schmerz, Übelkeit, Atemnot [Schulze, 2010; Plaskota et al., 2012]. Darüber hinaus auch Reduktion von Angst durch Ressourcenstärkung, Förderung der Krankheitsverarbeitung und Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung. Auch können hypnotherapeutische Interventionen Angst vor medizinischen Eingriffen und/oder Untersuchungen reduzieren. Hilfreich vor allem bei organischer und situativer Angst“ (S. 375). Nach den Leitlinien der *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) kann Hypnose für Krebskranke zur Linderung von Angst während diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen empfohlen werden (Carlson et al., 2023).

### 3. Prävention und Einfluss auf den Verlauf einer Krebserkrankung

Beim Verfolgen des Fadens der Prävention und der Beeinflussung des Verlaufs von Krebserkrankungen in die Zeit vor 40 Jahren begegnet man den vielversprechenden Anfängen der Psychoneuroimmunologie. Robert Ader hatte 1981 die erste Monografie zu diesem Thema herausgegeben. Die Grundhypothese zur Rolle des Immunsystems bei Krebs war die sogenannte „Immun-Überwachungstheorie“: Ein gesundes Immunsystem sei dazu in der Lage, Krebszellen zu erkennen und unschädlich zu machen. Etwa durch Stress beeinträchtigte Immunfunktionen könnten daher das Entstehen von Krebs oder Metastasen begünstigen. Heute wissen wir, dass die Zusam-

## *Hypnose und Psychoonkologie*

menhänge viel komplexer sind. Damals zeigten die Untersuchungen Aders, dass immunsuppressive Effekte durch klassische Konditionierung hervorgerufen werden konnten oder dass Stress im Tierversuch beispielsweise die Aktivität der „Natürlichen Killerzellen“ vermindert, denen in der Krebsabwehr eine bedeutsame Rolle zukommt.

In dieser Zeit wurden auch bestimmte Persönlichkeitseigenschaften und Bewältigungsstile als Risikofaktoren diskutiert. Das Postulat einer „Krebspersönlichkeit“ wurde allerdings später wieder verworfen (Schwarz, 1994). Damals häuften sich auch Berichte von Krebspatient:innen, bei denen sich Psychotherapie und insbesondere regelmäßiges Visualisieren erstaunlich positiv auf den Krankheitsverlauf ausgewirkt hatte. Das waren allerdings mehr Einzelfälle oder Studien fernab heutiger methodischer Qualitätskriterien (Meares, 1978; Simonton et al., 1980; Newton, 1984, u.a.). Historisch bemerkenswert ist der erste Bericht über eine Tumorremission in Zusammenhang mit Hypnose aus dem Jahr 1846 (Gravitz, 1985).

Ein Phänomen in diesem Bereich, das Ärzte in Theorie und Praxis rund um Krebs immer schon beschäftigte, sind sogenannte Spontanheilungen. Es lag nahe, sich mit den Bedingungen zu beschäftigen, die Spontanheilungen wahrscheinlicher machen (Ikemi et al., 1975, u.a.). Für den deutschsprachigen Bereich sei dazu auf den Onkologen Herbert Kappauf (2014) verwiesen unter anderem mit seinem Buch: „Wunder sind möglich.“ Aus dem angloamerikanischen Raum stammend hat Kelly Turner (2015, 2021) weltweit Heiler aber auch viele Menschen interviewt, bei denen eine maligne Erkrankung ohne medizinische Therapien einen außergewöhnlich positiven Verlauf nahm. In ihren Bestsellern hat sie insgesamt zehn Schlüsselfaktoren herausgearbeitet wie Ernährung und Bewegung, aber auch Faktoren, die sich mit den Zielen von Psychotherapie überschneiden, die Emotionen, soziale Unterstützung, Sinnfindung und Spiritualität betreffen. Auch Matthias Hartmann (1991) nennt in seinem Selbsthilfeprogramm – dem *Centering*-Modell – einige dieser Faktoren. Darüber hinaus finden sich bei ihm noch Entspannung/visuelle Symbolisation (= sich entspannen), kreatives Tun (= sich ausdrücken) und Beratung/Psychotherapie (= sich klären).

Im Internet führt die Suche nach Kelly Turner heute zum „*Radical remission Project*“ ([www.radicalremission.com](http://www.radicalremission.com)). Auf dieser Website findet sich neben Büchern und Online-Kursen ein „*Radical Remission and Care Package*“ für 74 Dollar (rest & heal, 2024). Der Hinweis auf dieses Angebot soll eine potenzielle Gefahr aufzeigen: Es kann im Sinne der Selbstwirksamkeit durchaus Hoffnungen wecken und sich positiv auswirken, wenn sich Patient:innen – von welchem Programm auch immer – körperliche Heilung versprechen. Wunder sind grundsätzlich möglich, aber definitionsgemäß selten. Wenn sich die erhoffte Wirkung nicht einstellt, haben sie unter Umständen auch noch das Gefühl, selbst an der Verschlechterung ihres Zustandes schuld zu sein, etwa weil sie zu wenig visualisiert oder sich zu wenig entspannt hätten. Insofern sind alle Heilungsversprechen, von wem auch immer, höchst problematisch und in der Regel schädlich.

Unter anderem durch die Übersichtsarbeiten (Schubert, 2015) und Einzelfallstu-

dien (Schubert et al., 2021) von Christian Schubert und seiner Arbeitsgruppe wird die Bedeutung der Psychoneuroimmunologie in der Psychotherapie in den letzten Jahren wieder vermehrt diskutiert. So stellt ein Artikel aus seiner Arbeitsgruppe (Ott et al., 2017) die Frage: „Wird mit onkologischen Erkrankungen vor dem Hintergrund psychoneuroimmunologischer Erkenntnisse aktuell angemessen umgegangen?“

*Fazit:* Gemessen an heutigen methodischen Standards sind aktuell keine gesicherten Aussagen über eine lebensverlängernde Wirkung von Psychotherapie möglich. Letztlich konnte auch die Arbeitsgruppe um David Spiegel ihre früheren Ergebnisse nicht bzw. nur sehr eingeschränkt – d. h. nur bei einer Subgruppe von Patientinnen – replizieren (Spiegel et al., 2007; Spiegel, 2014). So hat sich die Zielsetzung der Psychoonkologie seit ihren Anfängen radikal verändert: Von der Lebensverlängerung zur Verbesserung der Lebensqualität. Die gute Nachricht: Lebensqualität zu erhöhen beinhaltet in der Regel auch das Schaffen von Bedingungen, die Spontanheilungen wahrscheinlicher machen. In unserer Verantwortung liegt, Patient:innen dabei zu unterstützen, das dazu in ihrer Macht Stehende beizutragen. Oft gelingt es, den Tagen mehr Leben hinzuzufügen. Ob dem Leben noch zusätzliche Tage geschenkt werden, liegt nicht in menschlicher Hand.

#### 4. Entspannung

Im AJCH erschien auch die Studie des Australiers Ainslie Meares (1983/1983, dt. 1984), in der er eine „Form intensiver, mit dem Rückgang von Krebs verbundener Meditation“ beschreibt. Sein Rezept scheint sehr einfach: Es gehe darum, dem Geist zu erlauben, still zu werden, und Zustände geistiger Stille einzuladen. Sein Therapieangebot war eine Gruppentherapie in großen ledernen Ohrensesseln. Man stelle sich einen Raum mit 16 großen lederbezogenen Ohrensesseln vor, die alle in die gleiche Richtung weisen und jeder Patient persönlich zu seinem Sessel begleitet wird. Meares minimierte ab der zweiten Sitzung den verbalen Austausch und beschränkte sich auf nonverbale Kommunikation und Berührung. Vielleicht manchmal ein „good“ oder ein „hm“, eine sanfte Berührung an der Schulter etc. Wenn möglich besuchten seine Patienten einen Monat lang jeden Werktag morgens eine Sitzung, danach seltener. Darüber hinaus wurden sie dazu angeregt, jeden Tag in dieser Weise zu meditieren. Retrospektiv wurden 100 Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen nachuntersucht, die zumindest 20 mal diese Sitzungen besucht hatten. Bei etwa 10 % kam es zu einem deutlichen Rückgang der Krebserkrankung und bei etwa 10 % zu einer deutlichen Verlangsamung der Progredienz. Weitere 10 % zeigten eine weniger deutliche, aber doch signifikante Verlangsamung des Fortschreitens der Erkrankung. 90 % der Patienten hatten weniger Schmerzen und brauchten weniger Schmerzmittel und die Hälfte erlebte eine deutlich höhere Lebensqualität. Von den Patienten, die nicht überlebten, starben 90 % in einem klaren und ruhigen Geisteszustand. Manche sagten, die letzten Monate seien die beste Zeit ihres Lebens gewesen (Meares, 1978). Meares führt das unter anderem darauf zurück, dass Zustände der geistigen Stille einen nach-

haltigen Einfluss auf die Sicht der Welt haben, indem sie einfach betrachtet wird, wie sie ist. „Die Jahreszeiten kommen und gehen. Das Pflanzen, das Reifen und das Ernten. Die Geburt, Wachstum und der Tod. Wir spüren den Rhythmus und die Harmonie von alldem. Und es ist gut“ (ebd., S. 162). So lautet der vorletzte Satz in einem seiner Bücher. Der Australier erklärte sich die positive Wirkung seiner Intervention auf den Krankheitsverlauf auch als „atavistische Regression“ (Meares, 1962) in Zustände bis in den Mutterleib, in denen ein natürliches Wissen um ein geordnetes Wachstum und Entwicklung zugänglich ist.

Für unseren klinischen Alltag ist es sinnvoll, Patient:innen zu vermitteln, dass durch Entspannung das vegetative Nervensystem vom Stress-, Kampf- und Fluchtmodus in einen Ruhe-, Erholungs- und Heilungsmodus umschaltet. Therapeutische Hypnose ermöglicht Patient:innen, für sie oft unerwartete, unmittelbar positive Erfahrungen zu machen. Bernauer Newton schreibt dazu:

Durch Hypnose macht der Patient die Erfahrung eines zutiefst entspannten Zustandes. [...] Dies ist die Grundlage all dessen, was wir oder die Patienten in der Behandlung tun können. Die Auswirkungen sind: herabgesetzte Angst, veränderte Stimmung, geringere Schmerzwahrnehmung und weniger Beschwerden; und es scheint, daß die tiefe Ruhe möglich macht, dass Heilung stattfindet. (Newton, 1984, S. 11)

Aus hypnotherapeutischer Sicht verstehen wir Entspannung als einen ideodynamischen Prozess, der sich von selbst einstellt. Das zu realisieren kann insofern heilsam sein, als Patient:innen erfahren, dass man vieles nicht machen kann, sondern es darum geht, gute Bedingungen zu schaffen und Dinge zuzulassen. In der Hypnotherapie nutzen wir auch die Wechselwirkung, in der Entspannung und Imagination zueinander stehen. Innere Bilder können Entspannung unterstützen; andererseits tauchen in entspannten Zuständen Bilder und Gedanken auf, die uns unter Stress nie einfallen würden.

## **5. Imagination in hypnotischer Trance**

Zum Faden von Imagination und Visualisierung: Die Anfänge der Psychoonkologie waren wesentlich inspiriert von Carl Simonton, der in Gruppenprogrammen Patient:innen und ihre Angehörigen dazu einlud, die Wirkung der therapeutischen Maßnahmen und der körpereigenen Abwehr zu visualisieren. Sein Buch „Wieder gesund werden“ (Simonton et al., 1982) fand sich über lange Zeit auf den Nachtkästchen vieler Krebspatient:innen. So visualisierte beispielsweise eine Frau ihre weißen Blutkörperchen als weiße Haie (Simonton et al., 1982, S. 211). In dem Bild fällt allerdings auf, dass sich die Haie mehr gegen die Chemotherapie als gegen die Krebszellen wenden. Das korrespondierte mit der inneren Ablehnung der Chemotherapie durch die Patientin. Positiv bemerken die Simontons zu dem Bild, dass die Haie auch dafür stehen, dass die Patientin im Laufe des Programms mehr Zugang zu ihren aggressiven Seiten gefunden hat. Von der Vorgabe, den inneren Kampf gegen den Krebs möglichst konkret zu visualisieren, ist man aber später wieder abgekommen (Harrer & Centurioni,

1991; Battino, 2020). Im Sinne des Ericksonschen Ansatzes ist es vielmehr, mit individuellen, möglichst spontan auftauchenden Imaginationen zu arbeiten (Ebell & Häuser, 2010). Bewährt haben sich auch hypnotische Trancen zum Ort der Ruhe oder Kraft und zu Wohlfühl- und Lieblingsorten, oder nach dem einfachen Schema: „Wo wären Sie jetzt am liebsten, wenn Sie nicht hier sein müssten?“ Simonton (1993) hat in der Weiterentwicklung seines Programmes auch eine „Reise zur inneren Weisheit“ als Trance vorgeschlagen.

Gary Bruno Schmid (2019) beschreibt vier Wege zu Heilung und Selbstheilung: Man kann in Trance *Orte* der Heilung aufsuchen, man kann heilsame *Personen* aufsuchen und eventuell um Rat fragen, man kann heilsame *Handlungen* durchführen, wie beispielsweise ein reinigendes, stärkendes und schützendes Bad nehmen, man kann aber auch *Dinge* nutzen, denen man eine heilende Kraft zuschreibt, wie spezifische Glücksbringer, gesegnetes Wasser oder heilendes Licht (Ebell & Häuser, 2010).

Eine Weiterentwicklung imaginärer Körperreisen leistete Sabine Fruth (2023)<sup>2</sup> mit dem gleichnamigen Buch. Darin führt sie unterschiedliche Möglichkeiten aus, wohin die Reise nach innen führen kann: etwa in die Schaltzentrale, in das Archiv des Lebens, an den Ort des Geschehens, an das Zentrum der Informationen oder noch ganz woanders hin. In einem Fallbeispiel suchte ihre Patientin die Schaltzentrale auf, wo sie gemeinsam mit einer dafür zuständigen Frau auf einem Monitor mit der entsprechenden Fernbedienung in der Hand den gutartigen Tumor am Eierstock anschaut. Sie kann mit den Schlingpflanzen, die den Eierstock umgeben, in Kontakt kommen, und gelangt schließlich mithilfe dieser Arbeit zur Entscheidung, dem Rat ihres Gynäkologen zu folgen und den Eierstock operativ entfernen zu lassen.

## 6. Hypnotherapeutische Arbeit mit Anteilen (Ego-States)

Wolfgang Lenk (1985) zeigt einen Weg für den Umgang mit dem Dilemma, dass wir inneren Anteilen eine gute Absicht unterstellen, zum anderen aber bei der Krebserkrankung einen Teil vorfinden, der uns das Leben kosten kann. Er schlägt vor, zwischen der guten Absicht eines Anteils und dem Weg zu unterscheiden, den er zur Verfolgung dieser Absicht wählt. Bei dieser Sichtweise liegt es nahe, Anteile nicht zu bekämpfen, sondern vielmehr ihre Absicht zu verstehen und sie stattdessen mit anderen Mitteln zu verfolgen.

Carol Ginandes (2006) versteht die Ego-State-Therapie als einen hypnoanalytischen Ansatz, bei dem dissoziative Phänomene genutzt werden. Für den Kontext von körperlichen Erkrankungen beschreibt sie als „key-players“ sechs aufgrund ihrer Rollen und Funktionen häufig zu beobachtende Ego-States: (1) Ein „Krankheits-Ego-State“ personifiziert die Krankheit. (2) Ein Anteil mauert, weil er für den Erhalt des sekundären Krankheitsgewinns kämpft. (3) Einem „innerem Monitorzustand“ kommt eine Beobachterfunktion zu. Im Fallbeispiel einer Patientin mit Ängsten, während der Narkose die Kontrolle abzugeben, erscheint in Trance eine Eule, die ein Auge auf die

Chirurgen und die Vorgänge während der Operation hatte, während sie selbst ganz ruhig auf dem Operationstisch liegen konnte. (4) Ein Anteil bleibt meist im Dunkeln: Ein Ego-State mit Todessehnsucht, der sich nach Befreiung von Leiden sehnt. In einem Beispiel von Ginandes führt das Erkennen der guten Absicht dieses Teils, der Patientin Frieden zu bringen, zur Entlastung von Schuldgefühlen darüber, ihre Familie verlassen zu wollen. (5) Ein konfliktfreier Ego-State innerer Stärke repräsentiert körperliche Selbstheilungskräfte und auf einer spirituellen Ebene auch Hoffnung, Inspiration und Wissen um die Richtung der Gesundung. Er gibt auch die Erlaubnis zur Heilung. Im Fallbeispiel einer Frau mit einem Ovarialkarzinom taucht ein spiritueller Führer auf, dessen Akzeptanz sie erfüllt. Die Patientin erlebt die Trance als großes Geschenk, der „Heiler-Ego-State“ wird zum Anker, der ihr hilft, diesen Zustand während ihrer Behandlung immer wieder aufzusuchen. (6) Einen „Heiler-Persönlichkeitsanteil“ verortet Ginandes in den Therapeut:innen. Als Beispiel dazu berichtet sie vom Hausbesuch bei einer Frau in der terminalen Phase eines Pankreaskarzinoms. Sie wollte nicht ins Krankenhaus, weil sie befürchtete, dass es dort nicht möglich ist, inneren Frieden zu finden. Während des Gesprächs findet sich die Patientin unverhofft in einem angenehmen, von Wolken getragenen Schwebestand wieder. Ohne die Patientin zu berühren, hat parallel dazu die Therapeutin spontan die intensive bildhafte und kinästhetische Erfahrung, in einer Taufzeremonie den Kopf der Patientin zu halten und zu tragen, während diese vor ihr im Wasser liegt. Als die Therapeutin später erfährt, dass die Patientin 24 Stunden nach dieser Begegnung friedvoll zu Hause sterben konnte, tut es ihr leid, dass sie ihr die eigene Erfahrung nicht mitgeteilt hatte.

Eine andere Form der Teilarbeit überträgt das Konzept des inneren Teams von Schulz von Thun in die Psychoonkologie (Kumbier, 2019). In einer hypnotischen Trance kann beispielsweise das „Oberhaupt“ zu einem Treffen aller Teile einladen, um beispielsweise verletzte Anteile mit „inneren Heilern“ zum Dialog anzuregen.

## **7. Spezifische Beiträge der Hypnotherapie für die Psychoonkologie**

Entspannung, Imagination und Teilarbeit werden in unterschiedlichsten Therapieverfahren eingesetzt. So stellt sich die Frage: Was ist nun der spezifische Beitrag der Hypnotherapie in der Psychoonkologie? Der Ericksonsche Ansatz bietet einen höchst individualisierten und dadurch maßgeschneiderten und ressourcenorientierten Zugang. Er ermöglicht eine bedürfnisorientierte Herangehensweise. Indem wir nutzen, was uns die Patient:innen anbieten, sind wir wertschätzend und ressourcenorientiert. Wir nutzen Trancephänomene: Beispielsweise Dissoziation bei Schmerz; Progression in der Vorstellung, man habe therapeutische Maßnahmen schon gut überstanden; Regression in Ressourcenzustände oder Zeitverzerrung, um unangenehme Zeiten subjektiv zu verkürzen. Individualisierte Anleitungen und das Nutzen vorhandener Ressourcen erleichtern Entspannung und Imagination. Konstruktivistisch

denkend erinnern wir uns, dass es nicht die Dinge sind, die uns Sorgen machen, sondern die Meinung, die wir von den Dingen haben. Insofern können wir vieles von dem, was wir mit der Krebserkrankung verbinden, im Sinne eines Reframings auf heilsame Weise umdeuten. Zusammenfassend die Hypothese: All das qualifiziert die Hypnotherapie als Therapie der Wahl in der Psychoonkologie.

## 8. Einbettung in einen Gesamtbehandlungsplan

Bezüglich Zeitfenster lassen sich unterscheiden: kurzfristige Hilfen etwa zur Krisenintervention oder Symptomkontrolle, mittelfristige Unterstützung etwa bei belastenden Therapien und bei der Krankheits- und Alltagsbewältigung. In einer langfristigen psychotherapeutischen Zusammenarbeit geht es oft um eine grundsätzliche Neuorientierung (Ebell & Hönig, 2023). In seinem umfassenden Konzept einer „Hypno-Therapeutischen Kommunikation“ im Rahmen einer resonanzbasierten Medizin hat Hansjörg Ebell (2017) die Rolle der Hypnose in einer Pyramidengrafik verdeutlicht. Auf den unteren Stufen findet sich eine auf Kooperation ausgelegte hypnotherapeutische Kommunikation, die Hypnose hat ihren Platz im „Was Stattdessen-Ritual“, die Selbsthypnose auf der obersten Pyramidenstufe, gleichsam als Tüpfelchen auf dem i. Weitere Beiträge zu einer hypnosystemisch inspirierten Kommunikation finden sich bei Muffler (2015), etwa Hinweise zu phasen- und funktionspezifischen hypnotherapeutischen Strategien (Thomaßen, 2015).

## 9. Selbsthypnose

Was charakterisiert nun dieses Tüpfelchen auf dem i, auf das schon David Spiegel (1985) mit seinem Satz hingewiesen hat: „*Use self-hypnosis*“. Selbsthypnose ermöglicht eine im Medizinsystem in der Regel neue und heilsame Erfahrung, nicht nur passiv behandelt zu werden, sondern selbst aktiv etwas zur Verbesserung des eigenen Zustands beitragen zu können. Diese Erfahrungen von Selbstwirksamkeit verringern Angst und Ohnmacht. Eine regelmäßig über längere Zeit ausgeführte Selbsthypnose führt nicht nur zu unmittelbaren Verbesserungen des Befindens; sie hat auch längerfristige positive Auswirkungen, etwa im Sinne von mehr Vertrauen in die Handhabbarkeit all dessen, was zu bewältigen ist. Für viele Patient:innen ist es hilfreich, Trancen auf Tonträger aufzunehmen und sie zu Hause regelmäßig anzuhören. Eine umfassende Darstellung der Möglichkeiten von Selbsthypnose in der Psychoonkologie findet sich bei Anne Lang (2015). Im Bereich der Selbsthypnose werden auch zunehmend web-basierte Angebote erforscht (Farell-Carnahan et al., 2010, u.a.). Eine praktisch aber auch theoretisch bedeutsame Unterscheidung ist die zwischen Selbsthypnose als Ritual und Autosuggestionen, die man entweder bewusst intendiert innerlich ausspricht oder den ganzen Tag über in automatisierten mehr oder weniger heilsamen oder unheilsamen Selbstgesprächen. Solche Automatismen zu erkennen und die Aufmerksamkeit stattdessen auf etwas Heilsames zu richten, dazu kann Achtsamkeit beitragen.

## **10. Achtsamkeit**

In diese Richtung weist auch eine Definition von Achtsamkeit, die sich im Umgang mit Leiden bewährt: „Achtsamkeit bedeutet bemerken, was ist, und erinnern, was heilt“ (Wetzel, 2014, S. 67). Achtsamkeit hat in den letzten Jahrzehnten Eingang in die Psychotherapie gefunden, zuletzt auch in die Hypnotherapie. Steven Lynn und seine Arbeitsgruppe haben schon 2006 vorgeschlagen, Achtsamkeit und Hypnose im Tandem zu nutzen (Harrer, 2018). Möglichkeiten der kombinierten Anwendung in der Psychoonkologie finden sich bei Harrer und Ebell (2021).

Michael Yapko (2011, 2020) betont die Nutzung des Wirkprinzips von „Aufmerksamkeitslenkung“ als zentrale Gemeinsamkeit von Hypnose und Achtsamkeit. „*What You focus on, You amplify*“ gilt sowohl für die Hypnose als auch für die Achtsamkeit. Worauf wir uns fokussieren, wird in der Regel mehr. Energie folgt der Aufmerksamkeit. Die Bewusstheit über den jeweiligen Fokus der Aufmerksamkeit macht uns klar, ob wir uns gerade mit Annäherungszielen oder Vermeidungszielen beschäftigen. Das wiederum eröffnet Wahlmöglichkeiten.

In der Achtsamkeitspraxis üben wir Gegenwärtigkeit, indem wir uns auf die Erfahrung der drei bis fünf Sekunden des gegenwärtigen Moments fokussieren, etwa auf das Heben und Senken der Bauchdecke beim Atmen, oder auf bewusstes Hören oder bewusstes Sehen. Damit rücken etwa belastende Gedanken an Zukunft und Vergangenheit in den Hintergrund. Wir können stattdessen bewusst erleben, was im Moment erfreulich und heilsam ist. Den sogenannten inneren Beobachter zu kultivieren, bedeutet genau das: zu bemerken, was man selbst tut – der erste Teil dessen, was Achtsamkeit ausmacht. Ein Nebenprodukt einer verinnerlichten Beobachterhaltung und innerer Stille ist Gleichmut bzw. Akzeptanz. Eine buddhistische, aber auch in der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) verwendete Metapher für Gleichmut ist die Weite des blauen Himmels. Vorbeiziehende Wolken und ein kommender Regen beeindrucken ihn nicht. Wir können wählen und üben, „Über den Gewittern zu fliegen“, „Flying over Thunderstorms“ (Johnson, 2021). ACT liefert neben vielen inspirierenden Metaphern auch wertvolle Beiträge zur Förderung von Akzeptanz in der Psychoonkologie (Geuenich, 2018; Alder, 2020).

Für die deutsche Palliativmedizinerin Ruth Metten (2014) bilden Achtsamkeit und Selbsthypnose ein Dreamteam. Sie publizierte 2012 ein Gruppenprogramm zur Nutzung dieses Tandems, evaluierte es und setzte es mit neurowissenschaftlichen Befunden in Beziehung.

## **11. Existenzielle Dimension**

In seiner existenziellen Psychotherapie beschreibt Irvin Yalom (1980) vier zentrale Themen, die sich im Rahmen von Krebserkrankungen krisenhaft zuspitzen können. In Krisen liegen Gefahren, aber auch Chancen. In einer Konfrontation mit Lebensbedrohung und Sterblichkeit liegt die Chance, dass es unsere Lebendigkeit fördert, wenn

wir unsere Endlichkeit realisieren, akzeptieren und integrieren, ebenso wie unser Bewusstsein für den Wert jeden einzelnen Moments unseres Lebens. Die Konfrontation mit Isolation birgt die Chance, Bindung und Eingebundensein in persönlichen Beziehungen zu pflegen, aber ebenso in ein größeres Ganzes und damit auch Spiritualität zu kultivieren. In der Konfrontation mit eingeschränkter Freiheit/Autonomie liegt die Chance, besser zu lernen, die eigenen Grenzen anzuerkennen und wohlwollend mit ihnen umzugehen, zum anderen aber auch die zum Teil erweiterten Freiheitsspielräume zu nutzen. Es klingt paradox, aber angesichts einer potenziellen Lebensbedrohung werden Dinge veränderbar, die zu verändern zuvor völlig undenkbar erschienen. Die Konfrontation mit Sinnlosigkeit kann uns dazu bringen, uns bewusst auf die Suche nach Sinn zu machen und die eigene „Lebensmelodie“ zu finden und zu singen.

Es war Larry LeShan (1982, 2013), der im Kontext seiner Arbeit mit onkologischen Patient:innen die Metapher der Lebensmelodie prägte. Viele seiner Patient:innen hatten beim Ausbruch ihrer Krebserkrankung das Gefühl, nicht *ihr* Leben zu leben, sondern sich zeitlebens danach gerichtet zu haben, was *andere* von ihnen wollten. LeShan half ihnen, lang verschüttete Träume und Visionen wiederzuentdecken und ihre Melodie zu singen. In einem höchst sehenswerten Interview von Wolf Büntig mit LeShan zu seinem 90. Geburtstag erzählt er von seinen Patient:innen, bei denen sich dann manchmal auch noch der Krebs zurückbildete (Büntig & LeShan, 2010). Ein lehrreiches Detail liefert die deutsche Übersetzung des Titels seines ersten Buches. Der englische Titel „You can fight *for* Your Life“ (LeShan, 1980) betont die Möglichkeit für etwas zu kämpfen – ein Annäherungsziel; der deutsche Titel „Psychotherapie *gegen* den Krebs“ (LeShan, 1982) formuliert mit dem Kampf gegen den Krebs ein Vermeidungsziel.

## 12. Hypnose und Palliative Care

Die Basis von Palliative Care ist eine möglichst offene Kommunikation über die Prognose einer malignen Erkrankung und die Möglichkeit des bevorstehenden Sterbens. Hier hat sich in den vierzig Jahren viel verändert. Die Arbeit von Elisabeth Kübler-Ross mit ihren bahnbrechenden „Interviews mit Sterbenden“ (2001) (*On Death and Dying*, 1969), aber auch die Hospizbewegung haben wesentlich dazu beigetragen, Tod und Sterben zu enttabuisieren und Gespräche über das Sterben „salonfähig“ zu machen. Die Angst, Patient:innen im Sinne negativer Suggestionen allein schon durch ein Gespräch über Tod und Sterben zu schaden, war vor 40 Jahren noch weit verbreitet. Der Ausspruch Hufelands (1805) – „Den Tod verkünden heißt den Tod geben, und das kann niemals ärztliche Aufgabe sein“ – prägte Generationen von Ärzten. Burkhard Peter (1994) schildert in einem Aufsatz eindrucksvoll sein diesbezügliches Dilemma und wie diese falsche Annahme durch die Studie von Spiegel et al. (1989) korrigiert wurde. Inzwischen sollten Angebote von unterstützenden Gesprächen zu einer vorausschauenden Planung – *Advance Care Planning* (Schmitt et al., 2022; [www.advancecareplanning.de](http://www.advancecareplanning.de)) – selbstverständlich sein.

*Was sich noch verändert hat:* Die Hypnose ist in der Palliative Care angekommen. Ihre Verankerung in den Leitlinien betont ihre wertvolle Rolle. Das betrifft insbesondere die „Symptomkontrolle“ bei unterschiedlichsten Symptomen wie Angst, Übelkeit, Atemnot und Hustenreiz, aber auch bei Schmerzen, Schlafstörungen und Müdigkeit. Wolfgang Schulze (2023) beschreibt dazu als Basisintervention eine Altersregression an einen „guten Ort“ und vertieft die Trance mit der wiederholten Frage: „Wie genau?“ Das Grundprinzip ist auch hier wieder eine Umfokussierung der Aufmerksamkeit auf etwas Heilsames.

In seinem Artikel über Hypnose bei Schmerz bei terminaler Erkrankung schreibt Milton Erickson (1959) folgenden Satz: „Das Hauptproblem besteht darin, den Patienten so zu behandeln, dass seine menschlichen Bedürfnisse so weit wie möglich erfüllt werden können. [...] was der physische Körper haben muss und was der Patient als Person braucht“ (p. 117, Übersetzung MH). Er betont damit zweierlei: die Bedeutung der Bedürfnisorientierung und zum anderen, dass es darum geht, den Menschen als Person, als Ganzes, in seinen Bedürfnissen zu sehen. Mit diesem Verständnis der Behandlung von Menschen am Lebensende ist Erickson hochmodern. Es kommt der Definition von Palliative Care mit dem Ziel der bestmöglichen Berücksichtigung von körperlichen, psychischen, sozialen und spirituell/religiösen Bedürfnissen und Distress (Radbruch et al., 2020) ebenso sehr nahe, wie einem würdebewahrenden Umgang, für den die sog. Patientenwürdefrage empfohlen wird: „Was sollte ich von Ihnen als Person wissen, um Sie bestmöglich versorgen zu können?“ (www.patientenwuerde.de).

Zur Erfassung von Grundbedürfnissen gibt Matthias Mende (2010, 2024) eine hilfreiche Orientierung, indem er vier „emotionale Grundbedürfnisse“ unterscheidet:

- (1) Das wohl entwicklungsgeschichtlich älteste Bedürfnis ist das nach Bindung und Verbundenheit.
- (2) Um das Bedürfnis nach Autonomie geht es beispielsweise in der anfänglich zitierten Fallgeschichte von Oliver (1982/1983). Sie bezieht sich auf eine Frau, die mit einer unklaren Symptomatik zu Oliver kam, bei der sich als Thema ihre Abhängigkeit und geringe Autonomie in der Beziehung zu ihrem Mann herauskristallisierte. Als dann die Krebsdiagnose gestellt wurde, intensivierte sich die einengende Fürsorge des Mannes. Aufgabe des Therapeuten war, die Patientin in ihrer Autonomie und Abgrenzung zu unterstützen, etwa gegenüber wohlmeinenden Versuchen ihres Partners, sie zum Essen zu zwingen, letztlich bis zur Entscheidung über den Zeitpunkt, die Therapie zu beenden.
- (3) Das Bedürfnis nach Kompetenz erfüllen wir, indem wir zur Erweiterung der Möglichkeiten im Umgang mit Symptomen beitragen und beispielsweise bis zum letzten Atemzug „Zuflucht“ im Wahrnehmen des Atems nehmen können.
- (4) Zur Erfüllung des Bedürfnisses nach Orientierung und Sinn gibt es inzwischen strukturierte Programme zur Einbeziehung der spirituell-religiösen Dimension (CALM; Rodin et al., 2018, u.a.) und zur Vorbereitung auf den Tod etwa indem

mit dem Kranken ein Vermächtnis erarbeitet wird, das seinen Angehörigen als Erinnerung bleibt (Chochinov, 2017). Wir können aber auch Geschichten von Nah-Todes-Erfahrungen erzählen (Kübler-Ross, 1984) oder das Wissen um Sterbebegleitung aus anderen Kulturen wie dem Tibetischen Totenbuch nutzen, wo Sterbende immer wieder erinnert werden, „ins Licht“ zu gehen. Hinweise zur Nutzung von Metaphern und Trancen als Zugang zur spirituellen Dimension finden sich bei Casula (2018) und bei Néron und Handel (2023).

Zum wichtigen Thema „Krebs und Trauma“ soll an dieser Stelle betont werden: Traumasensibilität ist gefragt. Denn durch eingreifende Diagnostik und Therapien können traumatische Erfahrungen reaktualisiert werden. Andererseits sind auch neue Traumatisierungen möglich. Erfahrungen sind potenziell traumatisierend, wenn die Erfüllung von Grundbedürfnissen (Mende, 2010, 2024) bedroht oder nicht mehr möglich ist; wenn man sich alleingelassen fühlt, Autonomie und Handlungsfreiheit eingeschränkt sind, man sich als überfordert und inkompetent erlebt, die Orientierung verloren geht und alles sinnlos erscheint. In diesem Sinne kann in der medizinischen Akutversorgung eine hypnotherapeutische Gesprächsführung Traumatisierungen vorbeugen, Noceboeffekte minimieren und Placeboeffekte nutzen (Hansen, 2023). Aber auch in der hypnotherapeutischen Vorbereitung auf diagnostische und therapeutische Maßnahmen kann die Berücksichtigung von Grundbedürfnissen und ihrer individuellen Färbung Orientierung geben. Viele der von Tigges-Limmer et al. (2018) für die Herzchirurgie beschriebenen Möglichkeiten lassen sich auch in der onkologischen Chirurgie umsetzen. Ein Beispiel ist der „Hand-Anker“, bei dem bestimmte Bewältigungsstrategien an einzelne Finger „gebunden“ werden. Indem Patient:innen sich später ihre Hand vor die Augen führen, können die Strategien und die damit verbundenen Ressourcen erinnert und reaktiviert werden.

### 13. Abschied, Tod und Trauer

Psychoonkologische Begleitung bedeutet immer auch Abschiednehmen und Trauerarbeit. Ein hilfreiches Modell bei der Begleitung von Trauerarbeit ist ein duales Prozessmodell, das Trauerarbeit beschreibt als ein Oszillieren zwischen den Polen Abschied und Verlust vs. Engagement für das Leben (Stroebe & Schut, 2010; Vehling et al., 2018). Für hypnotherapeutische Trauerbegleitung hat Roland Kachler (2019, 2021) wertvolle Beiträge geliefert. Sein Grundmodell nimmt im Sinne von „*Continuing bonds*“ (Klass et al., 1996) an, dass die Verstorbenen „als verinnerlichter Anteil in anderen weiterleben“. Das zu vermitteln kann sowohl für die Sterbenden als auch für die Hiergebliebenen tröstlich sein.

Einer der wenigen Fälle Milton Ericksons, in denen es um Trauer geht, ist „*The Case of Cynthia*“ (Zeig, 1986). Er zeigt eine Möglichkeit auf, diesen verinnerlichten Anteil zu externalisieren, um sich ganz bewusst immer wieder an ihn zu erinnern und sich an ihm zu erfreuen. Er handelt von einer Frau, für die schwanger zu werden wich-

tiger war als ihr eigenes Leben. Wegen einer schweren Arthritis hatten ihr allerdings ihre Ärzte dringend von einer Schwangerschaft abgeraten. Im Gegensatz dazu gab Erickson ihr den Rat, so bald wie möglich schwanger zu werden, im Bett zu bleiben und die Schwangerschaft zu genießen. Prompt wurde sie schwanger und die Arthritis besserte sich. Nach einer glücklichen Schwangerschaft brachte sie Cynthia zur Welt. Unglücklicherweise verstarb Cynthia mit sechs Monaten am plötzlichen Kindstod. Nach einigen Monaten brachte der Ehemann seine Frau wieder zu Erickson, da sie keinen Grund mehr zu leben habe und nur mehr sterben wolle. Erickson schockte die Frau mit einer provokativen Aussage: „Wie können Sie so dumm sein? Neun Monate lang haben Sie die schönste Zeit Ihres Lebens gehabt, und jetzt wollen Sie sich mit-samt ihren Erinnerungen umbringen? Das ist unrecht. [...] das grenzt schon an ein Verbrechen. Jetzt wird Ihr Mann Sie heimbringen, und dann besorgt er Ihnen einen Eukalyptus-Setzling. Sie werden ihm sagen, wo er ihn einpflanzen soll. Eukalyptus-bäume wachsen in Arizona sehr schnell. Ich möchte, daß Sie diesen Eukalyptus ‚Cynthia‘ nennen. Ich möchte, dass Sie Cynthia heranwachsen sehen. Ich möchte, daß Sie sich auf den Tag freuen, wenn Cynthia Ihnen Schatten spendet“ (S. 323). Ein Jahr später besuchte Erickson die Frau. Ihre Arthritis hatte sich gebessert, sodass sie ihm den Setzling zeigen konnte, der schnell gewachsen war. Begeistert zeigte sie Erickson die vielen verschiedenen Blumen in den Beeten, die sie in der Zwischenzeit angelegt hatte. Und jede Blume erinnerte sie an Cynthia.

Einen aktuellen und sehr persönlichen Beitrag zum Thema Trauer liefert Kathryn Rossi (2021) in ihrem Artikel mit dem programmatischen Titel „*Transforming grief into peace*“, in dem sie ihren Trauerprozess nach dem Tod ihres Mannes Ernest Rossi beschreibt.

#### **14. Die therapeutische Beziehung in der Psychoonkologie**

Die hier vertretene relationale Sicht der Hypnose versteht die therapeutische Beziehung als Grundlage jeder auch noch so kunstvoll ausgeführten Intervention. Die therapeutische Beziehung in der Psychoonkologie lässt sich als Kooperation zweier Experten auf Augenhöhe beschreiben (Ebell, 2017), die innere Haltung als resonanz-bereite professionelle Mitmenschlichkeit. Mögliche Rollen der Therapeut:innen können die einer Begleitung sein, indem diese „einfach“ da sind, präsent, und Sicherheit und Orientierung geben. Oft ist auch die Rolle von „Bergführer:innen“ (Ebell, 2008) gefragt mit einer Expertise für die Bewältigung des Weges.

Als Therapeut:innenfaktoren wurde schon ein wünschenswerter „Zustand“ der Therapeut:innen beschrieben: Sie erinnern Ainslie Meares (1984). Er betont als Voraussetzung, Menschen zu innerer Stille zu verhelfen die eigene Stille bzw. Ruhe. Er schildert, wie er sich durch Meditation auf seinem Balkon oder auch durch einen Spaziergang in einem Park auf seine Patienten vorbereitet. Sie erinnern sich auch an das Zitat von Wilhelm Gerl: Präsenz, in Kontakt mit sich selbst und dem anderen zu

sein und sich auf den anderen einzustimmen ermöglichen Resonanz – ist das Heilsame in Begegnungen. Aus dem Kontakt mit dem Leiden anderer oder dem eigenen Leiden entstehen Mitgefühl und Selbstmitgefühl.

Ein Buch über Milton Erickson (Zeig, 1986) trägt den Titel, „Meine Stimme begleitet Sie überall hin“. Das kann uns daran erinnern, dass uns als Therapeut:innen auch die Stimmen mancher Patient:innen begleiten – ob wir wollen oder nicht. Das können ermutigende Stimmen sein, für das Leben dankbar zu sein. Das können aber auch Stimmen verzweifelter und traumatisierter Menschen sein, die uns verfolgen. Wenn diese drohen, Oberhand zu gewinnen, ist es wichtig, immer wieder die „eigene Stimme zu erkennen“ (Rosen, 1984, S. 25), bzw. sich an die heilsamen eigenen inneren Stimmen zu erinnern.

## 15. Der Beitrag Milton H. Ericksons

Abschließend noch etwas dazu, was wir von Milton Erickson für die Psychoonkologie lernen können. Ericksons Leben war schon seit seiner Kindheit von Krankheit und Lebensbedrohung geprägt. In der bekannten Erzählung (Rosen, 1985, S. 53f) hört Erickson mit, wie Ärzte am Abend seinen Eltern am Gang mitteilen: „Der Junge wird den Morgen nicht erleben!“ Was macht der junge Erickson? Er bittet seine Mutter, eine große Kommode so umzustellen, dass er von seinem Bett aus das Fenster sehen kann, in dem sich die Sonne bei Sonnenaufgang zeigt. Im Sinne eines „Was stattdessen?“ (Ebell in diesem Heft) wendet er sich dem Leben zu und schenkt all seine Aufmerksamkeit dem erwarteten Sonnenaufgang. Er erlebt ihn und überlebt – entgegen der Prognose seiner Ärzte.

Viele Jahrzehnte später, im hohen Alter antwortete Erickson auf die Frage eines Studenten, ob er bald sterben werde: „Das wird wirklich das letzte sein, das ich tue!“ (Rosen, 1985, S. 175). Und bis dorthin wollte er sich dem Leben widmen. Und das tat er auch. Am letzten Freitag seines Lebens beendete er seine übliche Unterrichtswoche und signierte 12 Bücher. Am Samstag schien er etwas müde. Am Sonntag hörte er aufgrund einer Bauchfellentzündung und eines septischen Schocks auf, zu atmen. Nach künstlicher Beatmung kam er ins Krankenhaus. Am Dienstag der folgenden Woche starb er mit 78 Jahren „mit einem Lächeln auf dem Gesicht, umgeben von Freunden und Familie“ (Rosen, 1985, S. 17). Seine Asche soll auf dem Squaw Peak verstreut worden sein.

Betty Alice Erickson (2017) charakterisiert die Haltung Ericksons gegenüber Leben, Leiden und Tod in zehn Grundannahmen: 1. Leben bedeutet harte Arbeit. 2. Das Leben ist ungerecht. 3. Leben ist schmerzvoll. 4. Alles endet. 5. Jede Wahl kostet. 6. Das Gesetz des Durchschnitts ist normalerweise richtig – deshalb wird es auch Durchschnittsgesetz genannt. 7. Veränderung ist die einzige Konstante im Leben. 8. Was wirklich zählt, ist das, was in unserem Kopf und in unserem Herzen ist. 9. Was wir im Leben erhalten, hängt von Verdiensten und von Glück oder Pech ab, oder einer Kombination von beiden. 10. Das Leben wurde für Amateure gemacht. Wir sind alle Ama-

## *Hypnose und Psychoonkologie*

teure. Freuen wir uns daran – und lernen wir, es besser zu „spielen“. [...] Im Moment, in dem wir geboren werden, beginnt unsere Reise zum Tod.

Ericksons Haltung gegenüber dem Leben scheint zutiefst vom Bewusstsein von unausweichlicher Veränderung, von Vergänglichkeit, Endlichkeit und Leidhaftigkeit geprägt – den Merkmalen menschlichen Daseins. In seiner Anerkennung der Grenzen dessen, was machbar ist und in der Sicht auf Menschen als lebenslang das Leben Lernende liegt große Demut. Erickson dachte das Leben von seinem Ende her, wenn er sein Unbewusstes nutzte, um im Leben einen Weg nach vorne zu finden, der zurückblickend, den hinter ihm liegenden Weg zu „einem Weg des Glücks“ werden lässt (Greenleaf, 2019).<sup>3</sup>

Auf die Frage, in welchem Ausmaß Krebspatienten Kontrolle über ihren Krankheitsprozess haben, antwortete Erickson, dass dazu nicht genug experimentell gearbeitet worden sei. Was er aber wisse – dass ein ihm bekannter Chirurg „bei jedem zweiten Patienten, den er operierte, Hypnose angewendet [hat], um das Verheilen der Operationswunde zu fördern. Und bei diesen Patienten verheilten die Wunden schneller als bei den anderen Patienten. So viel kann ich Ihnen dazu sagen“ (Zeig, 1986, S. 222).

In der Vielzahl der Fallgeschichten Ericksons gibt es nur wenige, die sich auf Patient:innen mit Krebserkrankungen beziehen. Und bei allen stand die Behandlung von quälenden Schmerzen im Vordergrund, die nur unzureichend auf die verabreichte Medikation angesprochen hatten. Am bekanntesten ist wohl der Fall von „*Tomato Joe*“ als klassisches Beispiel für die Einstreutechnik (Erickson, 1966; Revenstorf & Freund, 2023). In ihrer Not über die nicht behandelbaren Schmerzen aufgrund eines weit fortgeschrittenen malignen Tumors im Gesicht rufen Verwandte von Joe Erickson zu Hilfe. Da er weder sagen darf, wer er ist, noch dass er mit Hypnose arbeitet, stellt er sich dem Floristen als jemand vor, der auch Freude daran hat, Blumen zu züchten. In die Erzählung über das Wachstum von Tomatenpflanzen streut er direkte Suggestionen ein wie: Joe kann in aller Ruhe zuhören und Hoffnung haben, dass der Samen zu einer Pflanze heranwachsen wird, dass Regen Frieden und Wohlbefinden bringt, wie angenehm es ist, zu trinken etc. Zu den positiven Auswirkungen der Intervention trugen wohl mehrere Faktoren bei. Erickson betont den Faktor Beziehung, wenn er schreibt, dass es trotz der ungünstigen Aussichten eine Sache gab, auf die er vertrauen konnte: Er konnte seine Zweifel für sich behalten und „Joe durch sein Verhalten, seinen Tonfall und durch alles, was gesagt wurde, erkennen lassen, dass der Autor ernsthaft an ihm interessiert war und ihm wirklich helfen wollte“ (Übers. MEH). Neben den Suggestionen wirkte wohl auch das Reframing, indem das naturgegebene Wachstum der Tomate – als Metapher für Krebs – für den Floristen positiv besetzt war (Peter & Gerl, 1984).

Einer Frau mit einer schmerzhaften Dickdarmpstenose bietet er eine Trance an, in der er davon erzählt, wie sie sich in einem großen Schwimmreifen sitzend in ihrem Swimmingpool treiben lässt, „in comfort“, ganz bequem und angenehm. Er lud sie

ein, dies dann auch zu Hause täglich zu genießen (Zeig, 1986).

Bei einer Frau mit Gebärmutterkrebs hypnotisiert Erickson vor ihren Augen ihre Tochter und demonstriert, dass diese offensichtlich ganz woanders ist und ihr Körper schmerzunempfindlich ist. Bei der Patientin regt er anschließend eine Ganzkörperdissoziation an. Er schlägt vor, ihren Kopf und die Schultern in einen Rollstuhl zu setzen und ins Wohnzimmer zu fahren. Er werde dort einen speziellen Fernsehapparat platzieren, den nur sie sehen könne und in dem sie sich Programme mit wunderbaren Gedichten und Literatur anschauen könne, alles, was sie schon immer sehen wollte. Nach einer Weile werde sie müde werden, den Fernseher abschalten, Kopf und Schulter wieder ins Schlafzimmer zu ihrem Körper zurückbringen und in einen erholsamen Schlaf fallen (Zeig, 1986; Nemetschek, 2011, S. 81ff).

Bei einer Frau mit Schmerzen im Bereich ihres Brustkrebses und der Metastasen in der Hüfte entschuldigt sich Erickson, dass es ihm im Gegensatz zum restlichen Körper nicht möglich sei, dass der Brustbereich ganz taub werde. Im Sinne einer Symptomsubstitution suggeriert er, der operierte Bereich werde sich wie nach einem schlimmen Mosquitostich anfühlen. „Das werde ich aushalten“, sagt darauf die Patientin (Zeig, 1986).

Bei einer Frau, die er trotz ihrer Dauerschmerzen als sehr humorvoll einschätzte, nutzt Erickson das Prinzip der Aufmerksamkeitslenkung. Er fragt sie: „Madam, wenn hinter Ihnen ein riesiger Tiger steht, dem der Speichel aus dem Maul tropft, was für ein leckerer Bissen Sie sind, hätten Sie da noch Schmerzen?“ (Nemetschek 2011, S. 86). „Nein“, antwortet sie sofort, unter diesen Umständen würde ich gar keinen Schmerz spüren. Und beim Wahrnehmen des halluzinierten Tigers: „Ach du meine Güte! Ich spüre ja jetzt keinen mehr! Darf ich Ihren Tiger ins Krankenhaus mitnehmen?“ (Zeig, 1986, S. 221).

In der Fallgeschichte der „*African Violet Queen of Milwaukee*“ bringt Erickson eine Frau im depressiven Rückzug dazu, neue Möglichkeitsräume zu erschließen (Zeig, 1986, S. 320ff). Auch wenn es sich dabei nicht um eine krebskranke Frau handelt, ist die Utilisation ihrer Liebe zu Usambara-Veilchen ein Lehrstück zu Wegen aus Sinnlosigkeit und Isolation.

Zum Beziehungsangebot Milton Ericksons: Durch seine offensichtlichen Handicaps lag für seine Patient:innen die Annahme nahe, dass er sich im Umgang mit Schmerz und Leiden auskennt. Indem er den Archetypus eines verwundeten Heiler repräsentiert, vermittelte er eine hohe Glaubwürdigkeit. Erickson verkörpert ein autoritäres, patriarchalisches Modell, wobei er aber zugleich radikal patientenorientiert war (Diamond, 1988). So wie „*Tomato Joe*“ erlebten wohl viele seiner Patient:innen, dass er sich ehrlich und ernsthaft um sie sorgte und für sie da war (Erickson, 1966). Das sogenannte epistemische Vertrauen (Fonagy & Nolte, 2023), das seine Patient:innen Erickson entgegenbrachten – das Vertrauen in die Authentizität und Relevanz der von ihm vermittelten Informationen, war wohl Grundlage und zentraler Wirkmechanismus seiner Arbeit.

## **16. Zusammenfassung und Ausblick**

Abschließend und zusammenfassend: Die Hypnose hat in der Psychoonkologie ihren Platz – einen kleineren in der evidenzbasierten und einen zentralen in der resonanzbasierten Medizin (Ebell, 2017). In einem aktuellen Review schreibt eine Schweizer Palliativmedizinerin (Vayne-Bossert, 2024) zur Rolle der Hypnose im Symptommanagement erwachsener Krebspatienten: Der Platz, den sie einnimmt, ist kleiner als es ihrer Wirksamkeit und dem vorteilhaften Verhältnis zwischen dem möglichen Nutzen und potenziellem Schaden entsprechen würde. Aus der Sicht von Vayne-Bossert sei das vor allem durch die Studienlage bedingt, mit wenig, meist älteren Forschungsarbeiten mit kleiner Fallzahl und methodischen Mängeln. Als Hypnotherapeutin schätze sie den individualisierten Zugang, sehe ihn aber ebenso wie die anspruchsvolle Ausbildung der Anwender:innen als Hindernis zu einer „standardisierten“ und damit breiteren Anwendung der Hypnose in der Medizin. Allerdings ändere sich diese Situation durch eine zunehmende Anzahl methodisch anspruchsvollerer Studien, die in letzter Zeit publiziert wurden. Ziel müsse sein, mehr Studien in Journals zu veröffentlichen, die auch von medizinisch tätigen Personen gelesen werden.

Dieser Rückblick auf 40 Jahre des Verhältnisses zwischen „Hypnose und Psychoonkologie“ sollte klargemacht haben, dass das Fragezeichen im Titel durch ein Ausrufezeichen ersetzt werden sollte – „Hypnose und Psychoonkologie!“ und man ihn mit eine Zusatz ergänzen könnte: „Hypnose in der Psychoonkologie – die Methode der Wahl.“

### **Anmerkungen**

1 M.E.G.-Jahrestagung 7.-10.3.2024 in Kassel

2 siehe den Fallbericht von Fruth in diesem Heft

3 „and cultivated communication with the unconscious mind in order to find a path forward in life which could, when he looked back, provide ‘a path of happiness’, behind him” (Greenleaf, 2019, p. 213)

### **Literatur**

Ader, R. (Ed.) (1981). *Psychoneuroimmunology* 4. ed. 2011. Academic Press.

Alder, J. (2020). *ACT in der Psychoonkologie. Ein Praxisleitfaden*. Hogrefe.

Amraoui, J., Pouliquen, C., Fraisse, J., Dubourdiou, J., Rey Dit Guzer, S., Leclerc, G., Forges, H. de, Jarlier, M., Gutowski, M., Bleuse, J. P., Janiszewski, C., Diaz, J., & Cuvillon, P. (2018). Effects of a hypnosis session before general anesthesia on postoperative outcomes in patients who underwent minor breast cancer surgery: The HYPNOSEIN randomized clinical trial. *JAMA network open*, 1(4), e181164. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.1164>

AWMF (2020). *Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung*. [https://register.awmf.org/assets/guidelines/128-001OL1\\_S3\\_Palliativmedizin\\_2020-09\\_02.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/128-001OL1_S3_Palliativmedizin_2020-09_02.pdf)

AWMF (2023). *S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient\*innen*. [https://register.awmf.org/assets/guidelines/032-051OL1\\_S3\\_Psychoonkologische-Diagnostik-Beratung-Behandlung-von-erwachsenen-KrebspatientInnen\\_2023-09.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/032-051OL1_S3_Psychoonkologische-Diagnostik-Beratung-Behandlung-von-erwachsenen-KrebspatientInnen_2023-09.pdf)

Battino, R. (2020). *Using guided imagery and hypnosis in brief therapy and palliative care*. Routledge.

- Büntig, W., & LeShan, L. (2010). Die Melodie des eigenen Lebens finden – Diagnose Krebs – Wendepunkt und Neubeginn. DVD. Auditorium netzwerk.
- Carlson, L. E., Ismaila, N., Addington, E. L., Asher, G. N., Atreya, C., Balneaves, L. G., Bradt, J., Fuller-Shavel, N., Goodman, J., Hoffman, C. J., Huston, A., Mehta, A., Paller, C. J., Richardson, K., Seely, D., Siwik, C. J., Temel, J. S., & Rowland, J. H. (2023). Integrative oncology care of symptoms of anxiety and depression in adults with cancer: Society for Integrative Oncology–ASCO Guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 41(28), 4562–91. <https://doi.org/10.1200/JCO.23.00857>
- Casula, C. (2018). Clinical hypnosis, mindfulness and spirituality in palliative care. *Annals of Palliative Medicine*, 7(1) 32–40. <https://doi.org/10.21037/apm.2017.07.07>
- Chochinov, H. M. (2017). Würdezentrierte Therapie. Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Diamond, M. J. (1988). Accessing archaic involvement: Toward unraveling the mystery of Erickson's hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36(3), 141–156. <https://doi.org/10.1080/00207148808410504>
- Ebell, H. (2008). The therapist as a travelling companion to the chronically ill: Hypnosis and cancer related symptoms. *Contemporary Hypnosis*, 25(1), 46–56. <https://doi.org/10.1002/ch.348>
- Ebell, H. (2017). Hypno-Therapeutische Kommunikation: Kernelement einer resonanzbasierten Medizin („Resonance Based Medicine“). *Hypnose – ZHH*, 12(1+2), 195–224.
- Ebell, H., & Häuser, W. (2010). Entspannung und Imagination (Selbsthypnose). *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 11(2), 140–144. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1248462>
- Ebell, H., & Hönig, K. (2023). Hypnose in der Onkologie. In D. Revenstorf, B. Peter, & B. Rasch (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* 4. Aufl. Springer. S. 579–601. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-64968-8\\_43](https://doi.org/10.1007/978-3-662-64968-8_43)
- Erickson, B. A. (2017). Milton Erickson's rules of life. <https://ericksonian.info/articles/milton-ericksons-rules-of-life/>
- Erickson, M. H. (1959). Hypnosis in painful terminal illness. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1(3), 117–121. <https://doi.org/10.1080/00029157.1959.10401776>
- Erickson, M. H. (1966). The interspersal hypnotic technique for symptom correction and pain control. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8(3), 198–209. <https://doi.org/10.1080/00029157.1966.10402492>
- Farrell-Carnahan, L., Ritterband, L. M., Bailey, E. T., Thorndike, F. P., Lord, H. R., & Baum, L. D. (2010). Feasibility and preliminary efficacy of a self-hypnosis intervention available on the web for cancer survivors with insomnia. *E-Journal of Applied Psychology*, 6(2), 10–23.
- Fonagy, P., & Nolte, T. (Hrsg.) (2023). Epistemisches Vertrauen. Vom Konzept zur Anwendung in Psychotherapie und psychosozialen Arbeitsfeldern. Klett-Cotta.
- Franch, M., Alarcón, A., & Capafons, A. (2023). Applications of hypnosis as an adjuvant in oncological settings: A systematic review. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 71(1), 1–24. <https://doi.org/10.1080/00207144.2022.2160255>
- Fruth, S. (2023). *Imaginäre Körperreisen. Neue Wege zum individuellen Heilungsprozess* 2. Aufl. Carl Auer.
- Gardner, G. G., & Lubman, A. (1982/1983). Hypnotherapy for children with cancer: Some current issues. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25(2–3), 135–142. <https://doi.org/10.1080/00029157.1982.10404085>
- Gerl, W. (1984). Persönliche Merkmale effektiver Krebstherapeuten. *Hypnose und Kognition, (Einführungsheft)*, 36–42.
- Gerl, W. (1985). Zum Verhältnis von Beziehung und Technik in der psychologischen Krebstherapie. In B. Peter (Hrsg.), *Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson. Grundlagen und Anwen-*

## *Hypnose und Psychoonkologie*

- dungsfelder. Pfeiffer. S. 194–213.
- Geuenich, K. (2018). Akzeptanz in der Psychoonkologie. Therapeutische Ziele und Strategien. Schattauer.
- Ginandes, C. (2006). Six players on the inner stage: Using ego state therapy with the medically ill. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(2), 113–129. <https://doi.org/10.1080/00207140500528125>
- Gravitz, M. A. (1985). An 1846 report of tumor remission associated with hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 28(1), 16–19. <https://doi.org/10.1080/00029157.1985.10402626>
- Greenleaf, E. (2019). What will you do when the old dog dies? Ericksonian approaches to grief and mourning. In R. Semeraro (Ed.), *Vita Morte e altre Risorse*. Kiwi Magenes Editoriale. pp. 213–226.
- Grégoire, C., Faymonville, M.-E., Vanhauzenhuysse, A., Charland-Verville, V., Jerusalem, G., Willems, S., & Bragard, I. (2020). Effects of an intervention combining self-care and self-hypnosis on fatigue and associated symptoms in post-treatment cancer patients: A randomized-controlled trial. *Psychology*, 29(7), 1165–1173. <https://doi.org/10.1002/pon.5395>
- Hall, H. R. (1982/1983). Hypnosis and the immune system: A review with implications for cancer and the psychology of healing. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25(2–3), 92–103. <https://doi.org/10.1080/00029157.1982.10404080>
- Hansen, E. (2023). Hypnose und Medizin. In D. Revenstorf, B. Peter, & B. Rasch (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis 4. Aufl.* S. 547–568. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-64968-8\\_41](https://doi.org/10.1007/978-3-662-64968-8_41)
- Harrer, M. E. (2018). *Hypnose und Achtsamkeit: Zwei Schwestern auf dem Tandem*. Carl Auer.
- Harrer, M., & Centurioni, C. (1991). Sonnen durchfluten meine Blutbahnen – Entspannung und imaginative Verfahren in der Betreuung Krebskranker. In *Österr. Ges. f. Psychoonkologie (Hrsg.), Jahrbuch der Psychoonkologie. Facultas*. S. 65–82.
- Harrer, M., & Ebell, H. (2021). *Hypnose und Achtsamkeit in der Psychoonkologie*. Carl Auer.
- Hartmann, M. S. (1991). *Praktische Psycho-Onkologie. Therapiekonzepte und Anleitungen für Patienten zur psychosozialen Selbsthilfe bei Krebserkrankungen*. Pfeiffer.
- Heidelberg, R. E., Alschuler, K. N., Ramsey, W. A., & Alberts, N. M. (2020). Hypnosis for pain in pediatric oncology: Relevant and effective or an intervention of the past? *Pain*, 161(5), 901–915. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001790>
- Hufeland, von C. W. (1805). *Makrobiotik oder Die Kunst, das Leben zu verlängern*. Wittich.
- Ikemi, Y., Nakagawa, S., Nakagawa, T., & Sugita, M. (1975). Psychosomatic consideration on cancer patients who have made a narrow escape from death. *Dynamic Psychiatry*, 8, 77–91.
- Johnson, A. (2021). *Living your life with cancer through Acceptance and Commitment Therapy: Flying over thunderstorms*. Routledge.
- Kachler, R. (2019). *Hypnosystemische Trauerbegleitung: Ein Leitfaden für die Praxis 5. Aufl.* Carl Auer.
- Kachler, R. (2021). *Traumatische Verluste: Hypnosystemische Beratung und Therapie von traumatisierten Trauernden. Ein Leitfaden für die Praxis*. Carl Auer.
- Kappauf, H. (2014). *Wunder sind möglich. Spontanheilung bei Krebs 2. Aufl.* Kreuz.
- Klass, D. (Ed.) (1996). *Continuing bonds: New understandings of grief*. Taylor & Francis.
- Kübler-Ross, E. (1984). *Über den Tod und das Leben danach 40. Aufl.* Silberschnur, 2012.
- Kübler-Ross, E. (2001). *Interviews mit Sterbenden*. Knauer.
- Kumbier, D. (2019). *Arbeit mit dem Inneren Team bei Krebs und anderen Erkrankungen*. Klett-Cotta.
- Lang, A. M. (2015). Selbsthypnose in der Psychoonkologie – auch hypnosystemisch betrachtet. In E. Muffler (Hrsg.), *Kommunikation in der Psychoonkologie*. Carl Auer. S. 109–128.
- Lenk, W. (1985). Vorschläge zur Veränderung des Simonton-Programms. In B. Peter (Hrsg.), *Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson*. Pfeiffer. S. 214–223.

- LeShan, L. L. (1982). Psychotherapie gegen den Krebs. Über die Bedeutung emotionaler Faktoren bei der Entstehung und Heilung von Krebs. Klett-Cotta. [Orig. (1980). You can fight for your life. Emotional factors in the treatment of cancer. Evans].
- LeShan, L. L. (2013). Diagnose Krebs: Wendepunkt und Neubeginn. Ein Handbuch für Menschen, die an Krebs leiden, für ihre Familien und für ihre Ärzte und Therapeuten 10. Aufl. Klett-Cotta. [Orig. (1989). Cancer as a turning point. Dutton.]
- Lynn, S. J., Lama Surya Das, Hallquist, M. N., & Williams, J. C. (2006). Mindfulness, acceptance, and hypnosis: Cognitive and clinical perspectives. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(2), 143–166. <https://doi.org/10.1080/00207140500528240>
- Margolis, C. G. (1982/1983). Hypnotic imagery with cancer patients. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25(2–3), 128–134. <https://doi.org/10.1080/00029157.1982.10404084>
- Meares, A. (1962). What makes the patient better? Atavistic regression as a basic factor. *Lancet*, Jan 20, 151–153.
- Meares, A. (1978). The wealth within. *Hill of Content*.
- Meares, A. (1984). Eine Form intensiver, mit dem Rückgang von Krebs verbundener Meditation. *Hypnose und Kognition (Einführungsheft)*, 27–35. [Orig. (1982/1983). A form of intensive meditation associated with the regression of cancer. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25(2–3), 114–121].
- Mende, M. (2010). Basic emotional needs: A key concept in the assessment and treatment of trauma. *Contemporary Hypnosis*, 27(2), 95–102.
- Mende, M. (2024). The foundation of an ecological model of hypnotherapy. The base for defining the structural dimensions of hypnotherapy. In J. H. Linden, G. De Benedittis, L. I. Sugarman, & K. Varga (Eds.), *The Routledge International Handbook of Clinical Hypnosis*. Routledge. pp. 142–157. <https://doi.org/10.4324/9781003449126-13>
- Metten, R. (2012). *Bewusst Sein gestalten. Durch Achtsamkeitstraining und Selbsthypnose*. Klotz.
- Metten, R. (2014). Achtsamkeit und Depression als Mediatoren von Hilflosigkeit auf die Lebensqualität bei Krebspatienten. *Deutsche Zeitschrift für Onkologie*, 46(3), 112–120. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1357657>
- Muffler, E. (Hrsg.) (2015). *Kommunikation in der Psychoonkologie*. Carl Auer.
- Nemetschek, P. (2011). *Milton Erickson lebt! Eine persönliche Begegnung*. Klett-Cotta.
- Néron, S., & Handel, D. L. (2023). Creating critical palliative hypnotic adjustments: Temporality, hope, and meaning. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/00029157.2023.2269996>
- Newton, B. W. (1984). Hypnose in der Behandlung von Krebspatienten. *Hypnose und Kognition (Einführungsheft)*, 5–16. [Orig. (1982/1983). The use of hypnosis in the treatment of cancer patients. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25(2–3), 104–113].
- Oliver, G. W. (1982/1983). A cancer patient and her family. A case study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24(2–3), 156–160. <https://doi.org/10.1080/00029157.1982.10404088>
- Ott, M., Singer, M., Hannemann, J., Bliem, H. R., & Schubert, C. (2017). Wird mit onkologischen Erkrankungen vor dem Hintergrund psychoneuroimmunologischer Erkenntnisse aktuell angemessen umgegangen? *Deutsche Zeitschrift für Onkologie*, 48(4), 144–151. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1597177>
- Peter, B. (Hrsg.) (1985). *Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson*. Pfeiffer.
- Peter, B. (1994). Hypnotherapy with cancer patients: On speaking about death and dying. *Hypnos* 21(4), 246–251.
- Peter, B., & Gerl, W. (1984). Hypnotherapie in der psychologischen Krebsbehandlung. *Hypnose und Kognition (Einführungsheft)*, 56–69.
- Plaskota, M., Lucas, C., Evans, R., Cook, K., Pizzoferro, K., & Saini, T. (2012). A hypnotherapy intervention for the treatment of anxiety in patients with cancer receiving palliative care. *International Journal*

## *Hypnose und Psychoonkologie*

- of Palliative Nursing, 18(2), 69–75. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.2.69>
- Radbruch, L., Lima, L. de, Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., . . . , & Pastrana, T. (2020). Redefining palliative care – A new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Rest & Heal (2024). <https://restandheal.com/shop>.
- Revenstorf, D., & Freund, U. (2023). Indirekte Induktion und Kommunikation. In D. Revenstorf, B. Peter, & B. Rasch (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (4. Aufl. S. 183–194). [https://doi.org/10.1007/978-3-662-64968-8\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-662-64968-8_12)
- Rodin, G., Lo, C., Rydall, A., Shnall, J., Malfitano, C., Chiu, A., Panday, T., Watt, S., An, E., Nissim, R., Li, M., Zimmermann, C., & Hales, S. (2018). Managing cancer and living meaningfully (CALM): A randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 36(23), 2422–2432. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.77.1097>
- Rosen, S. (Hrsg.) (1985). *Die Lehrgeschichten von Milton H. Erickson*. iskopress. [Orig. (1982). *My voice will go with you. The teaching tales of Milton H. Erickson*. Norton.]
- Rosen, S. (1984). Hypnose als begleitende Maßnahme bei der chemotherapeutischen Behandlung von Krebs. *Hypnose und Kognition (Einführungsheft)*, 17–25.
- Rosenberg, S. W. (1982/1983). Hypnosis in cancer care: Imagery to enhance the control of the physiological and psychological "side-effects" of cancer therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25(2–3), 122–127. <https://doi.org/10.1080/00029157.1982.10404083>
- Rossi, K. L. (2021). Transforming grief into peace: The normal grieving mind-memory construction, deconstruction, and reconsolidation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 64(2), 157–170. <https://doi.org/10.1080/00029157.2021.1947768>
- Schmid, G. B. (2019). *Selbstheilung stärken. Wie Sie durch Vorstellungskraft Ihre Gesundheit optimieren*. Springer.
- Schmitt, in der, J., Rixen, S., & Marckmann, G. (2022). Advance Care Planning: Ein Konzept zur Stärkung der Autonomie pflegebedürftiger Menschen (nicht nur) am Lebensende. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2022. Spezielle Versorgungslagen in der Langzeitpflege*. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-65204-6\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-662-65204-6_6)
- Schubert, C. (Hrsg.) (2015). *Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie* 2. Aufl. Schattauer.
- Schubert, C., Ott, M., Hannemann, J., Singer, M., Bliem, H.R., Fritzsche, K., Burbaum, C., Chamson, E., & Fuchs, D. (2021). Dynamic effects of CAM techniques on inflammation and emotional states: An integrative single-case study on a breast cancer survivor. *Integrative Cancer Therapies*, 20, 1534735420977697. <https://doi.org/10.1177/1534735420977697>
- Schulze, W. (2010). Hypnose in der Palliativmedizin. *Hypnose – ZHH*, 5(1+2), 145–162.
- Schulze, W. (2023). Palliativversorgung. In D. Revenstorf, B. Peter, & B. Rasch (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* 4. Aufl. S. 657–666. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-64968-8\\_48](https://doi.org/10.1007/978-3-662-64968-8_48)
- Schwarz, R. (1994). *Die Krebspersönlichkeit. Mythos und klinische Realität*. Schattauer.
- Shapiro, A. (1982/1983). Psychotherapy as adjunct treatment for cancer patients. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25(2–3), 150–155. <https://doi.org/10.1080/00029157.1982.10404087>
- Simonton, O. C., Matthews-Simonton, S., & Sparks, T. F. (1980). Psychological intervention in the treatment of cancer. *Psychosomatics*, 21(3), 226–227, 231–233. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(80\)73697-6](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(80)73697-6)
- Simonton, O. C., Mathews-Simonton, S., & Creighton, J. (1982). *Wieder gesund werden. Eine Anleitung zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte für Krebspatienten und ihre Angehörigen*. Rowohlt.

- Simonton, O. C. (1993). Auf dem Wege der Besserung. Schritte zur körperlichen und spirituellen Heilung. Rowohlt. [Orig. (2002). The healing journey.]
- Sine, H., Achbani, A., & Filali, K. (2022). The effect of hypnosis on the intensity of pain and anxiety in cancer patients: A systematic review of controlled experimental trials. *Cancer Investigation*, 40(3), 235–253. <https://doi.org/10.1080/07357907.2021.1998520>
- Spiegel, D. (1985). The use of hypnosis in controlling cancer pain. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 35(4), 221–231. <https://doi.org/10.3322/canjclin.35.4.221>
- Spiegel, D. (2014). Minding the body: Psychotherapy and cancer survival. *British Journal of Health Psychology*, 19(3), 465–485. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12061>
- Spiegel, D., & Classen, C. (2000). Group therapy for cancer patients. A research based handbook of psychosocial care. Basic Books.
- Spiegel, D., Butler, L. D., Giese-Davis, J., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Classen, C. C., Fobair, P., Carlson, R. W., & Kraemer, H. C. (2007). Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: A randomized prospective trial. *Cancer*, 110(5), 1130–1138. <https://doi.org/10.1002/cncr.22890>
- Spiegel, D., Kraemer, H. C., Bloom, J. R., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 334(8668), 888–891. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(89\)91551-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(89)91551-1)
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *Omega*, 61(4), 273–289. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>
- Thomaßen, D. (2015). Phasen- und funktionsspezifische hypnotherapeutische Strategien bei der Behandlung und Begleitung von Tumorpatienten. In E. Muffler (Hrsg.), *Kommunikation in der Psychoonkologie*. Carl Auer. S. 96–108.
- Thuma, K., Ditsaporncharoen, T., Arunpongpaisal, S., & Siripul, P. (2016). Hypnosis as an adjunct for managing pain in head and neck cancer patients post radiotherapy. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 99, Suppl 5, 141–147. PMID 29906024
- Tigges-Limmer, K., Brocks, Y., Winkler, Y., Neufeld, M., & Gummert, J. (2018). Hypnotherapeutische Prophylaxe und Behandlung von psychischen Traumatisierungen in der Herzchirurgie. *Hypnose – ZHH*, 13(2), 89–117.
- Turner, K. A. (2015). 9 Wege in ein krebsfreies Leben. Wahre Geschichten von geheilten Menschen. Irisiana.
- Turner, K. A. (2021). Hoffnung auf ein krebsfreies Leben. Irisiana.
- Vayne-Bossert, P. (2024). Hypnosis for symptom management in adult cancer patients: What is the evidence? *Current Treatment Options in Oncology*. <https://doi.org/10.1007/s11864-023-01168-y>
- Vehling, S., Gerstorff, D., Schulz-Kindermann, F., Oechsle, K., Philipp, R., Scheffold, K., Härter, M., Mehnert, A., & Lo, C. (2018). The daily dynamics of loss orientation and life engagement in advanced cancer: A pilot study to characterise patterns of adaptation at the end of life. *European Journal of Cancer Care*, 27(4), e12842. <https://doi.org/10.1111/ecc.12842>
- Wetzel, S. (2014). Achtsamkeit und Mitgefühl. Mut zur Muße statt Hektik und Burnout. Klett-Cotta.
- Yalom, I. D. (2015). *Existenzielle Psychotherapie* (5. Aufl.). Edition Humanistische Psychologie. [Orig. (1980). *Existential Psychotherapy*.]
- Yapko, M. D. (2011). Mindfulness and hypnosis. The power of suggestion to transform experience. Norton.
- Yapko, M. D. (2020). Contemplating ... the obvious: What you focus on, you amplify. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 68(2), 144–150. <https://doi.org/10.1080/00207144.2020.1719841>
- Zeig, J. K. (1986). *Meine Stimme begleitet Sie überall hin. Ein Lehrseminar mit Milton H. Erickson* 2. Aufl. Klett-Cotta.

*Zwei neue wissenschaftliche Mit-Herausgeberinnen*

**Jenny Rosendahl**, apl. Prof. Dr. phil. med. habil. Dipl.-Psych.: 1996-2001 Psychologie-Studium an der Friedrich-Schiller-Universität Jena, 2003 Promotion zum Dr. phil., 2013 Habilitation zum Thema "Psychologische Interventionen im Rahmen operativer Eingriffe", Venia Legendi im Fach Medizinische Psychologie. Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Leiterin der Arbeitsgruppe „Interventionsforschung und Forschungssynthese“ am Institut für Psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Psychoonkologie des Universitätsklinikums Jena. Lehre im Fach Medizinische Psychologie zu den Themen Medizinische Kommunikation, Forschungsmethoden und Stressprävention. Forschung zu den Schwerpunkten Langzeitfolgen schwerer körperlicher Erkrankungen und intensivmedizinischer Behandlung, Wirksamkeit psychologischer Interventionen (inkl. Hypnose) bei körperlichen Erkrankungen, Dyadische Zusammenhänge in der Gesundheit von Patien:innen und Angehörigen, Systematische Reviews und Meta-Analysen, Negative Effekte von Psychotherapie, Resilienz und Gruppenpsychotherapie. Mehr als 100 Fachartikel in wissenschaftlichen Zeitschriften und Buchbeiträge.



**Nina Zech**, PD Dr. med.: Studium der Humanmedizin an der Universität Regensburg, Approbation als Ärztin 2009. Seither tätig am Universitätsklinikum Regensburg, aktuell als Fachärztin für Anästhesiologie. Habilitation zum Thema „Therapeutische Kommunikation in der Anästhesie“ im Jahr 2023. Besondere klinische Interessen: Betreuung von Patienten bei Wachoperation am Gehirn, Begleitung von Kindern auf dem Weg in den Operationssaal, Wege zur patientenorientierten Aufklärung. Wissenschaftliches Interesse: Messbarkeit der Wirkung von Worten im perioperativen Umfeld, Nocebo-Effekte bei der medizinischen Aufklärung, Wirkung intraoperativer Suggestionen, Einfluss von verschiedenen Formen der Hypnoseinduktion und Suggestionen auf die Trancetiefe, gemessen mit Narkosetiefe-Monitore. Autorin oder Co-Autorin von zahlreichen Original- und Übersichtsarbeiten, häufig in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Dr. Ernil Hansen

