

# **Hypnose und Selbsthypnose als wesentliche Elemente der therapeutischen Kommunikation mit chronisch Kranken**

*Hansjörg Ebell*

## **Hypnose ist geeignet für die therapeutische Zusammenarbeit mit chronisch Kranken – insbesondere als Anleitung zur Selbsthypnose**

Bei akuten Erkrankungen können Betroffene und Ärzte in der Regel mit einer Heilungstendenz rechnen, die durch Therapiemaßnahmen mehr oder weniger unterstützt werden kann und muss. Alle Erkrankungen, unter denen die Betroffenen stark leiden, beinhalten ein hohes Risiko der Chronifizierung, wenn Behandlungsmaßnahmen nicht zu einem befriedigenden Abschluss führen. Alleine für Millionen Menschen mit Kopf- und Rückenschmerzen in Deutschland münden starke Beschwerden in einen chronischen Verlauf. Vielfältige psychosoziale Kontextfaktoren, z.B. Stress am Arbeitsplatz, Partnerschaftskonflikte, haben dabei großen Einfluss. Sowohl objektivierbare „Ursachen“ der Beschwerden als auch deren subjektive Bewertungen durch die Betroffenen und ihre Behandler entscheiden mit darüber, ob und welche Entwicklungen zum Besseren möglich sind. Handelt es sich um tief greifende und existenzielle Auswirkungen einer Erkrankung, wie z.B. bei Krebs, und/oder um Beschwerden, die über viele Jahre leidvoll erlebt werden, wird der Faktor Hoffnung wesentlich für die Suche nach Linderung und Heilung. Oft ist dies Anlass und Ausgangspunkt, therapeutische Hilfe durch Hypnose zu suchen.

Um zu ermitteln, welche Faktoren einer Beeinflussung in bzw. durch Hypnose zugänglich sind, bedarf es diagnostischer und therapeutischer Kompetenz, insbesondere was psychosomatische und psychosoziale Aspekte betrifft. Chronische Erkrankungen erfordern in der Regel ein interdisziplinäres und multimodales Gesamt-Therapiekonzept. Die Herausforderung für die therapeutische Kommunikation liegt vor allem darin, all das herauszufinden, was einer individuellen und emanzipatorischen Entwicklung der Betroffenen zu „Beteiligten“ dienen kann. Darum sollte auch das Konzept

*Hypnose* - ZHH 2010, 5(1+2), 199-216

Hansjörg Ebell, München

**Hypnose und Selbsthypnose als wesentliche Elemente der therapeutischen Kommunikation mit chronisch Kranken**

**These:** Die Verwendung von Hypnose und Selbsthypnose für chronisch Kranke erfordert eine mittel- und langfristige Perspektive der individuellen Zusammenarbeit. Therapeuten befinden sich dabei weniger in der Macher-Rolle, sondern sind als „Wegbegleiter“ gefragt, als Kundschafter mit guten Ortskenntnissen und Fähigkeiten, um mögliche Veränderungen zu erforschen. **Darlegung der These:** Der intersubjektive Austausch im Kontext einer therapeutischen Beziehung - eine gemeinsame Erkundungsreise mit dabei gewonnenen Erfahrungswerten und Erkenntnissen von Betroffenen und Therapeuten - geht weit über die konzeptionelle Verwendung der Hypnose als Arbeit mit positiven Suggestionen (Interventionsmodell) hinaus. Die therapeutische Kommunikation fokussiert darauf, eine passive Grundhaltung und die damit verbundene Rolle als hilfloser Patient zu überwinden, Erfahrungen von Selbstkompetenz und Selbsteffizienz zu fördern und das Coping insgesamt nachhaltig und langfristig zu verbessern. **Standpunkt des Autors:** Bestimmend für jedwede Entwicklung sind sowohl die Ressourcen als auch die Hindernisse und Schwierigkeiten der Betroffenen, ihr Potential zu verwirklichen. Alle Beteiligten werden dabei immer wieder an objektive und subjektive Grenzen stoßen: Es lohnt sich jedoch, in jedem Einzelfall zu ermitteln, wo diese genau verlaufen (Fallbeispiele). **Schlussfolgerung:** Hypnose und Selbsthypnose helfen Therapeuten und Patienten, gemeinsam notwendige Lernprozesse kreativ und konstruktiv zu gestalten, insbesondere, was den Umgang mit Leiden und Beschwerden durch Symptome einer Erkrankung (z.B. Schmerz) anbetrifft, aber auch mit vielen anderen wichtigen Themen (z.B. Ohnmacht und Hilflosigkeit). Im Kontext einer Psychotherapie im eigentlichen Sinne sind Hypnose und Selbsthypnose dazu geeignet, Themen und Therapieziele zu ermitteln, die persönliche Entwicklungsschritte fördern, den Lernprozess weiter zu verfolgen und letztendlich erfolgreich abzuschließen.

**Schlüsselwörter:** Hypnose, Selbsthypnose, chronische Erkrankung, Coping, therapeutische Kommunikation

**Hypnosis and self-hypnosis as key-elements of therapeutic communication with the chronically ill**

**Major theme:** Utilizing hypnosis techniques, hypnotic phenomena, and self hypnosis for treatment of the chronically ill requires an intensive subjective exchange over a period of time. Patient and therapist embark as traveling companions on a journey together through uncharted territory. **Development of the theme:** This journey of mutual experience and learning cannot be substituted by mere suggestion. Therapeutic communication focuses on the promotion of change, self-efficacy and coping strategies by drawing on the intrinsic resources of the patient. **Author's point of view:** Within this treatment context the patients are enrolled as co-planners and decision makers. Their active participation in determining treatment steps is of the utmost necessity, simply because all the information necessary is carried within the patients themselves. Even though it cannot be foreseen whether the ensuing changes in the patient's experience will be decisive or not, there are indeed reasons to proceed with optimism (case examples). **Conclusions:** Hypnosis and self hypnosis are invaluable tools for dealing with symptoms of chronic illness (e.g. pain), as well as diverse psychological issues (e.g. helplessness) - furthermore (in the frame of psychotherapeutic approaches) to access the individual code of life experiences and conflicts. The patient alone has the capacity to decipher his or her own code, reformulate it or create a new one.

**Keywords:** Hypnosis, Self hypnosis, chronic illness, coping, therapeutic communication

der Verwendung von „Hypnose als Anleitung zur Selbsthypnose“ eine zentrale Rolle spielen. Dies steht allerdings ganz im Gegensatz zur gängigen Erwartung chronisch Kranker, die sich wünschen, dass ihre komplizierten Probleme mittels mächtiger Techniken in einer Hypnose gelöst werden sollten (quasi weggebeamt in einen Zustand maximaler Regression), z.B. dass Schmerzen dadurch ein für alle mal abgestellt werden können.

Das Gegenteil ist notwendig, um das Leiden an einer chronischen Erkrankung deutlich zu lindern: Es bedarf einer intensiven und konstruktiven Arbeit an und mit der Ent-Täuschung, dass es nicht möglich ist, einen individuellen und komplexen Lernprozess der Betroffenen selbst durch Interventionen von „außen“ zu ersetzen bzw. überflüssig zu machen. Unbedingt nötig ist ein mittel- und langfristiges Umlernen, ein intensiver Austausch sowohl mit den Therapeuten als auch im eigenen Beziehungssystem, gewissermaßen von „innen“, um nachhaltig wirksame Veränderungen zu ermöglichen.

In der therapeutischen Hypnose für und mit chronisch Kranken ist damit eine Gratwanderung angesagt: Einerseits erhöht jede Chronifizierung bzw. die gewachsene Überzeugung, dass bisher nur wenig oder „gar nichts“ wirklich geholfen habe, den Druck auf alle Beteiligten stark. Unrealistisch hohe Erwartungen machen eine Frustration durch weitere erfolglose Behandlungen sehr wahrscheinlich. Dieses Risiko gilt selbstverständlich auch für einen Versuch mit Hypnose. Andererseits ist davon auszugehen, dass in Hypnose, im Kontext einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, bei einer gemeinsamen Recherche nach individuellen Ressourcen, positive Veränderungen jeglicher Symptomatik erlebt werden können – allein schon durch eine hoffnungsvolle Erwartungshaltung. Wenn es gelingt, relevante Veränderungen zu erleben, dann ist entscheidend, dass solche Veränderungen zum Besseren den eigenen Fähigkeiten des chronisch Kranken zugeordnet werden – auch und gerade wenn sie mit Hilfe von Hypnosetechniken und therapeutischer Unterstützung erreicht wurden. Zudem sollten die erzielten therapeutischen Effekte möglichst zuverlässig wieder aufgerufen werden können, z.B. durch ein persönliches Selbsthypnoseritual. Selbstkompetenz und Selbsteffizienz werden am ehesten gefördert, wenn es gelingt, sich die erschlossenen Zugänge zu persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen zu eigen zu machen, anstatt sie der Magie der Hypnose oder einem machtvollen Therapeuten zuzuschreiben.

### **Hypnose und Selbsthypnose sind wertvolle Elemente in einem objektiv angemessenen und subjektiv zufriedenstellenden Gesamt-Therapiekonzept**

Trance-Phänomene werden seit Jahrtausenden in der Heilkunde verwendet. Auch der heutige Zugang, die Konzeptionalisierung von Hypnose und Selbsthypnose vor allem über Sprache und nonverbale Anteile zwischenmenschlicher Kommunikation, ist nachweislich wirksam (Revenstorf 2006). Selbst wenn wissenschaftlich fundierte

### *Hypnose mit chronisch Kranken*

Erklärungen zu einzelnen Hypnose-Phänomenen (z.B. Schmerzkontrolle) entwickelt werden (s. Weiss & Miltner in diesem Heft), entzieht sich der besondere Bewusstseinszustand, den wir einer historischen Konvention folgend heute „Hypnose“ nennen (Peter 2009), in seiner Komplexität einfachen Erklärungen. Eine Vielzahl klinisch-empirisch bewährter Techniken belegt jedoch, dass irgendetwas sehr wirksam sein muss, wenn Worte (Suggestionen) bzw. die Bedeutungen, die das gesprochene Wort und die therapeutische Zuwendung für die Person in Hypnose annehmen, sich in relevante physiologische und seelische Veränderungen transformieren können. Es erhöht die Faszination für die Hypnose und ihre Effekte erheblich, dass dies meist ohne bewusste Kontrolle geschieht. Darin liegt ein zusätzlicher und sowohl therapeutisch wirksamer als auch wünschenswerter Placebo-Effekt, der allerdings zur Mystifikation verleitet.

In der Betreuung chronisch Kranker eröffnen therapeutische Hypnose und Selbsthypnose einen Zugang zu wertvollen individuellen Ressourcen, die als ein archaisches, psycho-physiologisches Regenerations-Potential der Evolutionsgeschichte der menschlichen Spezies aufgefasst werden können (Brown 1991). Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass die Patienten in Hypnose Zugang zu Fähigkeiten und Möglichkeiten haben, von denen sie selbst meist nichts wissen oder ahnen.

Wesentlich für eine professionelle Verwendung von Hypnose und Selbsthypnose ist ihre Einbindung in ein multimodales und interdisziplinäres Behandlungskonzept (siehe Abbildung 1):

- Für chronisch Kranke ist ihr *Erleben* (*Kranksein*) entscheidend, insbesondere für ihre Beurteilung von Erfolg oder Misserfolg der Behandlungsmaßnahmen und des Therapieverlaufs: Hier sind die Betroffenen die „Experten“.
- Für die Behandelnden stehen objektivierbare und messbare Veränderungen der *Symptomatik* einer *Krankheit* im Mittelpunkt, um ihr Vorgehen beurteilen bzw. kritisch reflektieren zu können (Sauerbruch 1936, S. 76).

Beides sind Perspektiven auf das Selbe und bedingen sich gegenseitig, sind aber qualitativ verschieden und nie deckungsgleich. Daraus folgt, dass eine enge Zusammenarbeit *beider* Experten „not-wendig“ ist, d.h. dass Therapeuten als *Experten für objektive angemessene Interventionen* auf der einen Seite und chronisch Kranke mit ihrem lebenslangen Erfahrungsreichtum als *Experten für ihr subjektives Befinden und die Beurteilung der persönlichen Bedeutung erzielbarer Veränderungen* auf der anderen Seite eng zusammenarbeiten.

### **Das Arbeitsbündnis - Beide Experten arbeiten verbindlich und fokussiert zusammen**

Die komplexe Ausgangssituation bei den meisten chronischen Erkrankungen erfordert mittel- und langfristige Lernprozesse bzw. eine entsprechende zeitliche Perspektive. Vereinfachte Antworten und „Hauruck“-Lösungsversuche führen in der Regel nicht



weiter. Idealerweise kommt es zu einer verbindlichen Zusammenarbeit, einem Arbeitsbündnis, in dem objektiv angemessene und subjektiv zufriedenstellende Therapieziele ausgehandelt und auch erreicht werden. Dem sind natürlich vielfältige objektive und subjektive Grenzen gesetzt; doch wo diese genau verlaufen, lohnt sich, gemeinsam zu recherchieren. Auch wenn in seriösen kasuistischen Publikationen immer wieder erstaunliche Veränderungen durch therapeutische Hypnose berichtet werden (Ebell 2004), muss man sich selbstverständlich den Realitäten stellen; eine Verwechslung von hypnotherapeutisch fundierter Zusammenarbeit mit dem naiven Konzept „Denke positiv und alles wird gut“ ist irreführend und wäre unprofessionell.

Zahlreiche Herausforderungen in der therapeutischen Begleitung chronisch Kranker erwachsen aus der Komplexität des Beziehungssystems aller Beteiligten; Versäumnisse, Fehler und Konflikte sind häufig und unvermeidbar. Oft sind Behandlungsmaßnahmen trotz großen Aufwands und intensiver Belastungen unwirksam. Je deutlicher wird, dass die Probleme und die Erkrankung nicht oder nie endgültig überwunden werden können, um so mehr verstärken Ängste und Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit Leiden und Beschwerden. Gefühle von Groll und Enttäuschung erschweren darüber hinaus oft die Kommunikation aller Beteiligten. Wenn Grenzen des Bemühens um Veränderung erreicht werden und eigentlich Akzeptanz und Anpassung anstehen, stellt sich dringlich die Frage: „Wann lohnt es sich zu kämpfen und wann ist es sinnvoller nachzugeben?“ Sie lässt sich gemeinsam, im therapeutischen Austausch und mit Hilfe von Hypnose und Selbsthypnose, besser beantworten als alleine. Insbesondere bei einer Krebserkrankung - als spezieller chronischer Erkrankung - muss, wenn belastende Therapiemaßnahmen über einen längeren Zeitraum erforderlich sind, mit der wenigen zur Verfügung stehenden Energie äußerst

## *Hypnose mit chronisch Kranken*

sorgsam umgegangen werden, um Erschöpfung und Hoffnungslosigkeit langfristig überwinden zu können.

### **Allgemeines Therapieziel: Verbesserung von Krankheitsbewältigung (Coping) bzw. Selbstmanagement**

*„Das Auftreten, die Intensität und die Häufigkeit von belastenden Ereignissen wird als weniger entscheidend für Befinden, soziale Funktionstüchtigkeit und Krankheitsentstehung angesehen, vielmehr die Art, wie eine Person belastende Ereignisse bewertet und sich mit ihnen auseinandersetzt.“ (Beutel 1988, S.33)*

Je größer die Verunsicherung ist, um so mehr fühlt sich ein chronisch Kranker nicht als Person und handelndes „Subjekt“, sondern als hilfloses „Objekt“ in einer Maschinerie, die er nicht beeinflussen kann. Jegliche Angebote einer psychosozialen Begleitung, Hypnose und Selbsthypnose eingeschlossen, sollten daher primär der Förderung individueller Fähigkeiten dienen, optimal mit der Situation und ihren Voraussetzungen zurecht zu kommen: dem sog. Coping (vom englischen „to cope with“: es mit etwas aufnehmen, etwas bewältigen).

*„Coping ist das beständige Verändern von kognitiven Prozessen und Verhaltensweisen, um spezifische externe und/oder interne Anforderungen handhaben zu können, die von der Person so erlebt werden, dass sie ihre persönlichen Ressourcen steuern und/oder überfordern.“ (Lazarus und Folkmann 1984, S. 141)*

Während in der Behandlung akuter Erkrankungen die Hoffnung auf dem Expertentum der Fachleute ruht und die Tendenz zur Spontanheilung maßgeblich ist, ist bei chronischen Erkrankungen übergeordnetes Therapieziel, geeignete Impulse zu geben, um die Patienten zu aktivieren und an allen Entscheidungen und Veränderungen zu beteiligen. Bandura (1977) hat eine zentrale Wirkgröße für mögliche Veränderungen postuliert und sie „Selbstwirksamkeit“ (self efficacy) genannt. Die gemeinsamen Bemühungen beider Experten (Abb. 1) sollten also dazu dienen, positive Erfahrungen zu vermitteln bzw. zu machen, um die Überzeugung zu fördern und zu verstärken, dass wesentliche Veränderungen „von innen heraus“ möglich sind - auch und gerade wenn es dazu intensiver Unterstützung „von außen“ bedarf. In der Psychoonkologie (Heußner et al. 2009) und guter Ratgeber-Literatur (z.B. Sharoff 2007) wird dies als Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung konzeptionalisiert.

Sowohl in psychodynamisch (Beutel 1988, Schüssler 1993) als auch lerntheoretisch-systemisch (Kanfer 2000) fundierten Konzepten für chronisch Kranke sind *Coping* oder *Selbstmanagement* (Förderung von Selbstwirksamkeit/Selbstkompetenz) das zentrale Element eines gemeinsam zu erarbeitenden Gesamt-Therapiekonzepts:

*„Selbstmanagement betont die aktive Beteiligung des Patienten im therapeutischen Prozess. [...] Selbstmanagement-Therapie unterstützt den Klienten u.a. in drei verschiedenen Aspekten: a) Lernen, das eigene Verhalten in speziellen Situationen*

(z.B. Reaktionen in Konfliktsituationen) in Richtung der persönlichen Ziele zu steuern; b) Lernen, spezielle physiologische Erregungsmuster und Emotionen zu erkennen, zu beeinflussen oder ggf. zu vermeiden (z.B. Angst, Erfahrung von Schmerzen); c) Lernen, mit kognitiven (vorgestellten) Prozessen (z.B. selbstabwertende Gedanken) zielführender umzugehen und die kognitiven Prozesse in Einklang mit den eigenen Zielvorstellungen zu bringen." (Kanfer et al. 1991, S. 36f)

## Die therapeutische Beziehung wirkt als wesentlicher Katalysator

Zwischenmenschliche Zuwendung ist hilfreich und integraler Wirkungsbestandteil aller wirksamen Psychotherapieangebote (Grawe 2001, Grawe 2004). Speziell in der Hypnose spielt Beziehung eine zentrale und besondere Rolle (Zindel 1994, 2007, 2009). Wenn in der Arbeit mit chronisch Kranken die wichtigen Themen auch sehr ähnlich sind, so ist doch jeder Fall einzigartig: Als Therapeuten können wir grundsätzlich nicht wissen, was für eine gegebene Person und Ausgangssituation das Richtige ist, wir können dieses unbekannte Gelände aber gemeinsam mit den Betroffenen erschließen. Hypnose und Selbsthypnose sind für diese „Begleitung ein Stück des Weges“ (Ebell 2008a) und die wichtigen, anzupackenden Aufgaben *qualitativ* besonders interessant - auch wenn sie *quantitativ* bei der Versorgung von nach Millionen zählenden chronisch kranken Patienten keine Rolle spielen. „Es muss sich etwas ändern, aber wie nur?!“ Eine gewohnte Umgebung, auch wenn sie leidvoll erlebt wird, zu verlassen, ist immer eine große Herausforderung. Sich auf eine Reise ins Ungewisse zu begeben, fällt leichter mit einem kundigen Begleiter mit Reiseerfahrung.

*Ziele der Zusammenarbeit der beiden Experten* (s. Abb. 1) auf diesem Weg sind:  
 - optimale Linderung, d.h. eine Verbesserung des Erlebens (Kranksein) und  
 - weitest gehende Besserung der Symptomatik (Krankheit).

Im günstigsten Fall lässt sich dies mit der Perspektive einer „ursächlichen“ Behandlung einer zu Grunde liegenden Störung verbinden.

Was sind angemessene Therapieziele? Beide Experten sollten eine gemeinsame Auffassung erarbeiten, welche Veränderungen notwendig und möglich sind, um als wesentlich bzw. erfolgreich gelten zu können. Dieses *Arbeitsbündnis* - oft unter Einbeziehung weiterer Personen auf beiden Seiten - muss in der Regel immer wieder gemeinsam reflektiert, modifiziert und nötigenfalls revidiert werden, um relevante subjektive Linderung und objektivierbare Ergebnisse erzielen zu können.

- *Aus der Therapeutenperspektive*: Gespräche und Maßnahmen sollten sich zu Beginn unbedingt auf das konzentrieren, was der Symptomkontrolle bzw. Linderung dient. Grundsätzlich führt dabei jedes kundige „Sowohl als auch“ weiter als ein „Entweder oder“.

Verschiedene Ansätze sollten möglichst so miteinander kombiniert werden, um Veränderungen auf mehreren Ebenen anzustreben: bei den *Gefühlen* (affektiv-emotio-

### *Hypnose mit chronisch Kranken*

nales Erleben), bei den *Erklärungen* (kognitive Evaluation des Selbst- und Beziehungserlebens und der „Weltsicht“) und beim *Verhalten*. Wesentlich sind Aktivierung und Überwindung passiver Erwartungshaltungen. Die Aufmerksamkeit sollte allmählich und nachhaltig auf das „Für und Wider“ lindernd wirksamer Faktoren gelenkt werden. Durch einen intensiven Austausch darüber, wie es sich „stattdessen“ (Ebell 2009, S. 675-79) anfühlen sollte, können gewünschte und positiv besetzbare Veränderungen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt werden. Ganz praktisch ist dabei zu bedenken: Sollte in einer Diagnostikphase mit täglichen Problem-Aufzeichnungen, z.B. einem Schmerz-Tagebuch, gearbeitet worden sein, sollte man dies beenden und stattdessen alle gewünschten Erfahrungen durch Hausaufgaben und häufige Dokumentation, z.B. das Führen eines Aktivitäts- und Wohlbefindensstagebuches, zu verstärken suchen. Selbst auf kleinste Schritte und spontane Erfahrungen, die eine Emanzipation aus Abhängigkeiten im Behandlungssystem sowie im persönlichen Beziehungssystem mit Partner und/oder Familie fördern, ist dabei genau zu achten („Hilfe zur Selbsthilfe“). Wichtig ist, solche Erfahrungen zu benennen und wertzuschätzen, da jegliche Zunahme an Aktivität und alle Erfahrungen von Selbstkompetenz und Selbsteffizienz ein Umlernen und die notwendige Neuorientierung unterstützen.

In dieser Zusammenarbeit hat der hypnotherapeutisch Tätige nicht die Rolle eines Hypnotiseurs, der weiß, was für seinen passiven Klienten am besten ist, sondern er lässt sich ein auf einen intensiven, intersubjektiven Austausch (Stolorow et al. 1996, Orange et al. 2001) im Rahmen der therapeutischen Beziehung. Der Patient ist dabei als eigenständige Person, als Partner bzw. „Gegenüber auf Augenhöhe“ zu behandeln. Auch und gerade wenn in der therapeutischen Interaktion die Führung übernommen wird und z.B. Erfahrungen in und durch Hypnose vermittelt wurden, ist zu betonen und sollte der chronisch Kranke darin unterstützt werden, selbständig seinen eigenen Zugang zu den gefundenen kostbaren Ressourcen zu gewinnen und dies einzuüben, z.B. durch eine maßgeschneiderte, ritualisierte Form der Selbsthypnose.

- *Aus der Perspektive der Betroffenen/Beteiligten*: Hypnose und Selbsthypnose können und sollten immer wieder die Grunderfahrung vermitteln: Ein vertrauensvolles, nichtwillentliches Geschehen-Lassen und Annehmen kann mehr bewirken als ein anstrengendes Sich-Abmühen im Kampf gegen eine Symptomatik. Ist diese Erfahrung möglich, erhält dies Modellfunktion für den Umgang der Betroffenen mit sich selbst und ihrer chronischen Erkrankung. Im günstigsten Fall führt dies zu einem *Perspektivenwechsel*: Anstatt Unerwünschtes zu bekämpfen (und es damit in der Regel in seiner aversiv-subjektiven Bedeutung zu verstärken), wird Gewünschtes und Mögliches fokussiert. Ist das Ergebnis ein gelassenerer Umgang mit der „Realität“ (ihren Widersprüchen und Konflikten und den damit verbundenen Gefühlen von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Groll), so fördert dies eine veränderte „Weltsicht“ und meist eine deutliche Linderung des Leidens.

## Individuelle Therapieziele

### *Persönliche Fähigkeiten und Möglichkeiten sowie Entwicklungsschritte werden langfristig gefördert*

In einer mittel- und langfristigen Zusammenarbeit mit chronisch Kranken verschiebt sich der Fokus der therapeutischen Begleitung bzw. Kommunikation meist von der Symptomatik auf psycho-soziale Wirkfaktoren und seelische Hintergründe, die als wesentliche Bedingungen zur Verursachung und Aufrechterhaltung des Leidens beigetragen haben und nach wie vor wirksam sind. Hier sind insbesondere verdrängte traumatische Erfahrungen sowie Konflikte in Partnerschaft, Herkunftsfamilie, am Arbeitsplatz oder anderen Beziehungssystemen zu nennen. Bei sog. „schwierigen“ Patienten können die Behandelnden das Problem sein, für dessen Lösung sie sich halten. Hier sind kritische Selbstreflexion und Supervision unabdingbar, um für alle Beteiligten neue Perspektiven zu eröffnen. Bei einem großen Prozentsatz der chronisch Kranken, insbesondere bei chronifizierten Schmerzsyndromen, ist eine solch intensive psychotherapeutische Zusammenarbeit im eigentlichen Sinne Voraussetzung, um eine Hinwendung zum „Eigentlichen“, wesentliche Änderungen und/oder einen grundsätzlichen Perspektivenwechsel zu ermöglichen.

Die therapeutische Kommunikation und die Interaktionen beider „Experten“ im Kontext eines *objektiv angemessenen* und *subjektiv zufriedenstellenden* Gesamt-Therapiekonzepts können in Einzelfällen zu erstaunlichen und tiefgreifenden Veränderungen führen, wenn sich die gemeinsamen Lernprozesse aller Beteiligten synergistisch verstärken und persönliche Entwicklungsschritte eine konstruktive Beziehungsgestaltung im partnerschaftlichen, familiären und therapeutischen Kontext fördern (Abb. 2):

Wenn chronisch Kranke in der Lage sind, als *Beteiligte* ihre Verantwortung für das Erreichen von Therapiezielen zu übernehmen, wird gemeinsames „kollegial-kooperatives Fachsimpeln“ über die Erfahrungen - Erfolge und Fortschritte, aber auch Schwierigkeiten und Rückschläge - die Zusammenarbeit festigen und bereichern. Die Verantwortung für objektiv angemessene Modifikationen des Gesamt-Therapiekonzepts verbleibt selbstverständlich auf der Therapeutenseite. Chronisch Kranke profitieren von einer therapeutischen Kommunikation, in der alles Vertretbare versucht wird, und die Therapeuten als Partner mit Zuversicht und Hoffnungsträger jegliche Option einer zukünftigen Entwicklung prüfen: *Macher-Prinzip*. Sie brauchen aber auch dann eine angemessene Begleitung, wenn „nichts“ vorwärts zu gehen scheint, man an die Grenzen des Machbaren stößt und unmittelbar Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit ausgesetzt ist: *Gärtner- und Wachstums-Prinzip*.

Dies gilt insbesondere für die *psychosoziale Begleitung von Patienten mit einer Krebserkrankung* mit Hypnose und Selbsthypnose (Ebell 2009). In vielen Behandlungsphasen steht hier das Leiden an durch Krankheit und Therapie bedingten Symptomen im Vordergrund, vor allem Schmerzen, Übelkeit und Fatigue (Erschöpfung,

## Hypnose mit chronisch Kranken

### **Therapeutische Beziehung: Arbeitsbündnis für ein objektiv angemessenes und subjektiv zufriedenstellendes Gesamt-Therapiekonzept**

In der Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen sollten immer Synergien von kurz- (Symptomkontrolle, Krisenintervention), mittel- (Coping-Unterstützung) und langfristigen (persönliche Entwicklung) Effekten angestrebt werden:

- *Zeiten ohne bzw. mit weniger Leiden und die Überwindung der Fixierung* auf Beschwerden führen zu einer veränderten Selbstwahrnehmung bzw. veränderter Weltsicht,
- *Mehr Aktivität und „Selbsteffizienz“* ermöglichen und fördern eine notwendige Neu-Orientierung,
- Ein *gemeinsames Verständnismodell* der persönlichen Entwicklung ist wesentlich um *Selbstwahrnehmung und Beziehungserleben* zu reorganisieren und nachhaltig zu integrieren.

*Abb. 2: Beziehungsgestaltung im therapeutischen Kontext*

Müdigkeit, Kraftlosigkeit). Diese werden zudem durch Ängste und depressive Stimmung oft verstärkt. Entspannungsübungen, Imaginationen und ihre Kombination als Hypnose und Selbsthypnose haben sich vielfältig bewährt, um diagnostische Eingriffe zu erleichtern, Therapiemaßnahmen zu optimieren und in Einzelfällen sogar, um erstaunlich effiziente Linderung bei Schmerzen und Nebenwirkungen der Strahlen- und /oder Chemotherapie zu ermöglichen (Rajasekaran et al 2005, Richardson et al 2007, Schnur et al 2008). Sie sind daher integrale Module vieler Unterstützungsangebote für onkologische Patienten, um notwendige Anpassungsleistungen (Coping) zu fördern und fortlaufend erforderliche Neu-Orientierungen zu ermöglichen.

### **Wie werden aus „Problemen“ noch bessere „Lösungen“?**

Jede menschliche Erfahrung – und damit auch jede Beschwerdesymptomatik, die in einer Therapiesituation geschildert wird – kann hypnotherapeutisch-systemisch (Böckmann 2000, Fourie 1994) als das Ergebnis vielfältiger, äußerst komplexer und sinnvoller individueller Anpassungsvorgänge aufgefasst werden. Insofern ist jedes präsentierte „Problem“ systemisch gesehen zwar einerseits die „gegenwärtig beste Lösung“; andererseits aber veranlasst und erfordert das dadurch verursachte Leiden eine Suche nach „besseren Lösungen“. Im Einzelfall wird man im Voraus nie wissen können, worin diese für eine Hilfe suchende Person bestehen werden - auch wenn man sich auf

fachliche Kompetenz, Wissen und Erfahrungswerte stützen kann. Ob und wie sich Alternativen entwickeln können, darüber entscheiden die Fähigkeiten und Handicaps, die biografischen Erfahrungen, das Wertesystem u.v.a.m. des Individuums im jeweiligen Beziehungskontext.

Der Kristallisationskern für das Leiden chronisch Kranker beruht auf der verzweifelten und frustrierenden Schlussfolgerung aus bisherigen Erfahrungen: „Es geht nicht!“. Dabei wird die wesentliche Prämisse nicht bedacht: „So wie ich es bisher probiert habe“, geht es nicht. Letzteres beinhaltet sehr wohl Optionen und lässt Raum für die Hoffnung auf Veränderung. Sollten Alternativen möglich sein, so unter zwei Voraussetzungen: Zum einen, dass Therapeuten in der Lage sein müssen, andere Ideen und Annahmen einzubringen als die betroffene Person selbst; zum andern, dass jede Lösung nur aus dem betroffenen „System“ entspringen bzw. sich unter den daselbst herrschenden Bedingungen entwickeln kann. Darum muss sich die therapeutische Kommunikation auf die Erfahrungen und das Wertesystem, auf die Ressourcen der betroffenen Person stützen, aber auch ihre Probleme und „Hindernisse“ respektieren bzw. überwinden helfen. Der intersubjektive Austausch wird dabei wesentlich vom Therapeuten als Gegenüber, d.h. von seinen Erfahrungen, seinem Wertesystem etc. geprägt.

## **Ideomotorische Phänomene als Zugang zu individuellen Ressourcen**

*Fallbeispiel:* Herr S. (69 Jahre) leidet unter starken Schmerzen auf Grund der Metastasierung einer Nierenkrebserkrankung in Skelett und Lunge. Durch eine ausreichende Dosis von Morphin können die Schmerzen zufriedenstellend gelindert werden. Leider durchlebt er – als intolerable Nebenwirkung des Opiats – in der Nacht immer wieder grauenhafte Erfahrungen aus dem zweiten Weltkrieg, als er als junger Soldat im Schützengraben von Stalingrad lag. Für Wochen steckt er in der Zwickmühle, entweder ausreichende Linderung zu erfahren und seine Alpträume als „wirklich“ zu erleben oder unter sehr starken Schmerzen zu leiden, die ihn erschöpfen und erholsamen Schlaf verhindern. Im Erstkontakt als schmerztherapeutischer Konsiliarius nehme ich mir viel Zeit für die Anamnese seiner bisherigen Erfahrungen. Als ich ihm rückmelde, wie ich seine schwierige Situation verstehe, erhalte ich eindeutige verbale und nonverbale Zustimmung. Ich nehme daraufhin seine Hand und erkläre, dass ich für dieses knifflige Problem auch keine Lösung hätte, dass ich aber sein „Unbewusstes“ um Mitarbeit und Hilfe bitten möchte. Ich bewege seine Hand leicht, um eine Katalepsie zu induzieren und spüre nach wenigen sanften Bewegungen, dass dies gelingt. Dann bitte ich ihn bzw. sein Unbewusstes um ein bestätigendes Fingersignal an dieser Hand „für den Fall, dass eine kleine Veränderung seines Problems zum Guten möglich sein sollte“. Währenddessen sitzt er ganz ruhig mit geschlossenen Augen, so dass ich ihn auffordere, sich in der Phantasie an

### *Hypnose mit chronisch Kranken*

einen guten inneren Ort zu begeben. Nach einigen Minuten beginnt der kleine Finger sich langsam und zögerlich ruckartig zu bewegen. Ich berichte ihm dies und erkläre, dass ich das für eine Zustimmung zu meinem Vorschlag halte, dass ich aber natürlich nicht wissen könne, worin die Veränderung genau bestehen werde. Ich verabschiede mich und verspreche, ihn am nächsten Morgen zu besuchen, um herauszufinden, was mit dem Signal wohl gemeint sein könnte. Ergebnis: Seit dieser Nacht schläft der Patient gut und erholsam für die restlichen sechs Monate seines Lebens bzw. erlebt gute Schmerzlinderung durch Morphin ohne Nebenwirkungen (bis auf Obstipation).

Wie immer die Wirkzusammenhänge gewesen sein mögen, so ist doch eine Mittlerfunktion der therapeutischen Kommunikation und des ideomotorischen Fingersignals anzunehmen bei dieser Veränderung, die sowohl subjektiv als auch objektiv-klinisch wesentlich war. Ideomotorische Phänomene (z.B. Armlevitation, Fingersignale) ermöglichen, nicht bewusst gesteuerte Signale für Zustimmung („Ja“), Ablehnung („Nein“), Ambivalenz („Ja und Nein“) oder andere Antworten zu erhalten, die aus einem größeren Reservoir (implizites Gedächtnis, verdrängte Erfahrungen etc.) gespeist werden als bewusst überlegte verbale Antworten auf die auf kognitiver Ebene gestellten Fragen des Therapeuten. Diese Technik (Cheek & LeCron 1968, Cheek 1994) ergänzt ideal den Ericksonischen Ansatz, spontane und kontextbedingt induzierte Trancephänomene zu nutzen. Viele ideomotorische Phänomene (Damsbo 1987) bedürfen zudem keiner formalen Hypnoseinduktion und können darum im Klinik- oder Praxis-Alltag vielfältig und ganz selbstverständlich ergänzend eingesetzt werden.

Dies führt immer wieder zu der erstaunlichen Erfahrung, dass genau die körperlichen und seelischen Veränderungen auftreten bzw. nichtwillentlich generiert werden, die für die gegebene leidvolle Ausgangssituation als eindeutige Besserung oder „Lösung“ zu bewerten sind - auch ohne Verwendung gezielter Suggestionen: „Einfach so!“ Da man bei chronischen, komplexen Störungen in der Regel kaum wissen oder überblicken kann, was alles geschehen sollte, ist eine solche Erfahrung sehr entlastend. Bei intensivem und vertrauensvollem Kontakt ist es nicht unbedingt nötig, detaillierte Suggestionen zu geben. Solche Erfahrungen erhöhen darüber hinaus die Zuversicht in das Potential des menschlichen homöostatischen Regulationsvermögens. Diese Annahme wiederum und der dadurch nonverbal vermittelte Optimismus werden auf Therapeutenseite zu einer wichtigen Komponente des intersubjektiven Austausches und erhöhen damit die Wahrscheinlichkeit, dass es auch immer wieder so geschieht.

Auf der Grundlage dieser therapeutischen Erfahrung und Haltung gelang es dem Autor (Ebell & Beyer 1993, Ebell 2008b), in einer randomisierten, prospektiven klinischen Studie von 1988-91 im Klinikum Großhadern der Universität München zu zeigen, dass Selbsthypnose gut geeignet ist als supportives Angebot für Patienten mit starken Schmerzen auf Grund einer Krebserkrankung. Die Patienten erhielten primär eine standardisierte Anleitung zur Selbsthypnose über Tonband (per Walkman) zur

Verfügung gestellt. Die messbaren klinisch relevanten Effekte resultierten aus der Verwendung von Selbsthypnose bzw. dem intensiven persönlichen Austausch mit den Patienten über ihre Erfahrungen. Zeitaufwändige Einzeltherapien mit spezifischen Suggestionen zur Schmerzkontrolle, wie sie in der grundlegenden Arbeit von Erickson zur Schmerztherapie (Erickson & Rossi 1981, S.128-38) formuliert worden sind, waren nicht erforderlich (Ebell 1994).

Die von David Spiegel formulierte psychoonkologische Bewertung der Rolle von Hypnose und Selbsthypnose in der Schmerztherapie konnte voll bestätigt werden:

„(1) *Filter the hurt out of pain. (Man kann Schmerzen haben, ohne darunter zu leiden.)* (2) *Do not fight the pain. (Man muss nicht bis zur Erschöpfung gegen den Schmerz ankämpfen.)* (3) *Use self-hypnosis. (Man kann loslassen und Selbsthypnose verwenden.)*“ (Spiegel 1985, S. 227)

### **Für das Gesamt-Therapiekonzept sind im Einzelfall kurz-, mittel- und/oder langfristige Begleitungen notwendig**

Zwei weitere Falldarstellungen sollen exemplarisch veranschaulichen, dass eine mittel- und/oder langfristige Begleitung für chronisch Kranke aussichtsreich ist, wenn durch die Zusammenarbeit der beiden „Experten“ auf der Suche nach „besseren Lösungen“ synergistische Effekte (s.a. Abb. 2) erzielt werden können. Drei *Zeitfenster* bzw. *Indikationsfelder* ergeben sich, wenn geprüft werden soll, ob Hypnose und Selbsthypnose in einem objektiv angemessenen und subjektiv zufriedenstellenden Gesamt-Therapiekonzept einen wichtigen Stellenwert haben können:

1. *Kurzfristig*: Wenn eine Symptomatik Leiden verursacht und von daher einer Therapie bedarf, stehen in der Medizin in der Regel vielfältige Therapieoptionen zur Verfügung, insbesondere Medikamente. Aber: In jeder Funktion und jeder Behandlungssituation kann ein Therapeut, der in Hypnose ausgebildet ist, *prüfen, ob gängige und bewährte Interventionen durch therapeutische Kommunikation (Suggestionen) und/oder Hypnose optimiert werden können*. Dies gilt sowohl in der ambulanten Praxissituation als auch für kurzfristige und situationsbezogene Begegnungen im Krankenhaus, z.B. als Krisenintervention bei Schmerzen und Ängsten, im Umfeld von Narkose und/oder Operationen, Nebenwirkungen einer Therapie u.v.a.m. (s. auch weitere Beiträge in diesem Heft).

2. *Mittelfristig*: Bei ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, längeren stationären Aufenthalten (insbesondere in Kliniken für Rehabilitation und Psychosomatik) oder auch im Rahmen von tagesklinischen Angeboten ermöglicht eine mittelfristige Begleitung komplexe psycho-edukative Angebote für chronisch Kranke, um ihr *Coping bzw. Selbstmanagement zu fördern oder zu optimieren*. Die Verwendung von Hypnose und Selbsthypnose ist hier meist verbunden mit Anleitungen zu Entspannung und Imaginationen, sinnvollerweise ergänzt durch eine konfliktzentrierte Gesprächsführung. Es ist möglich, hypnotherapeutische Aspekte sowohl in psychodynamisch als

### *Hypnose mit chronisch Kranken*

auch lerntheoretisch-verhaltenstherapeutisch fundierte Behandlungskonzepte zu integrieren. Verschiedene „Techniken“, z.B. Blick in eine gute Zukunft und/oder Altersregression als Zugang zu Ressourcen bzw. Erfahrungswissen und Fähigkeiten in der „Vergangenheit“, dienen den von beiden Experten gemeinsam ermittelten Themen und Therapiezielen (Arbeitsbündnis).

*Fallbeispiel:* Frau R. (35 Jahre) erleidet bei einem Sturz eine Stauchung im Handgelenk und ist arbeitsunfähig. Die Diagnose eines „complexen regionalen Schmerzsyndroms“ (CRPS, früher „Morbus Sudeck“) wird erst ca. ein Jahr später gestellt, nachdem die Symptomatik schwer chronifiziert und die rechte Hand weitgehend funktionsunfähig ist. Sie reagiert auf geringste alltägliche Belastungen mit Schwellung und starken Schmerzen. Als Frau R. zwei Jahre nach dem Unfallereignis von ihrem Schmerztherapeuten zur unterstützenden Psychotherapie an mich überwiesen wird, ist sie nach wie vor arbeitsunfähig und stark depressiv. Ihre größte Sorge ist nachvollziehbar: ob sie jemals wieder ihre Schreibtischtätigkeit ausüben können. Die Behandlung der reaktiven Depression steht am Anfang im Vordergrund. Hypnose und Selbsthypnose spielen dabei eine zentrale Rolle, um über Imaginationen und einen Abgleich mit nicht bewussten Anteilen (Zustimmung oder Ablehnung) minimale Entwicklungsschritte vorzubereiten und – vor allem – um genügend Zuversicht aufzubauen, sich wieder mehr zuzutrauen. Auch zur Schmerzkontrolle gelingt es, dank des lebhaften und kreativen Vorstellungsvermögens der Patientin persönliche Selbsthypnoserituale zu entwickeln, die zwar keine komplette Linderung ergeben, aber den Gebrauch der Hand und über Monate eine langsam ansteigende Belastung derselben ermöglichen. Nach etwa einem Jahr Psychotherapie bzw. Copingunterstützung gelingt es Frau R., eine von der Arbeitsstelle angebotene Wiedereingliederungsmaßnahme erfolgreich abzuschließen und an einen interessanten Arbeitsplatz in ihrer Firma zurückzukehren. Eine Tendenz, sich zu überfordern wird in der ganzen weiteren Therapie ein wichtiges Thema bleiben, mit dem Schmerz als „strengem Lehrmeister, der die kleinste Verfehlung ahndet“. Als persönliches Thema und möglicher wesentlicher Hintergrund der Chronifizierung der Schmerzsymptomatik taucht eine komplett verdrängte schwere Misshandlungs- bzw. Schmerz-Erfahrung der Kindheit auf, die in einem weiteren Therapieabschnitt intensiv bearbeitet werden muss und kann. Letztendlich gelingt eine vollständige berufliche Rehabilitation innerhalb von 2 Jahren - allerdings nach wie vor (Katamnese 7 Jahre) unter relativ hoher Opiatmedikation zur Schmerzkontrolle und einem hohen Risiko der Überlastung durch „normale“ Tätigkeiten mit relevanten und behandlungsbedürftigen Schwellungen und Verstärkung der Beschwerden in der Folge. Die chronische Problematik ist nach wie vor vorhanden, Coping und Selbstmanagement sind aber optimal.

3. *Langfristig:* Eine langfristige Begleitung, d.h. eine *psychotherapeutische Zusammenarbeit im eigentlichen Sinne*, ermöglicht – über Krisenintervention, symptomatische Therapie und Copingunterstützung hinaus – *gemeinsam definierte Therapie-*

ziele sowie persönliche Themen konsequent zu bearbeiten, um eine persönliche Entwicklung zu fördern: Persönliche Ressourcen können so entdeckt und gefördert werden. Hypnose und Selbsthypnose sind in diesem Zusammenhang besonders hilfreich, um Hindernisse auf dem Weg, gesund zu werden, zu identifizieren (z.B. Konflikte und schwere Belastungen und Traumata, die aus der bisherigen Perspektive als unlösbar wahrgenommen wurden) bzw. eine Neu-Orientierung auf alles, was der Gesundheit dient zu fördern. In vielen Fällen gilt es aber auch zu akzeptieren, dass „das Ende der Fahnenstange erreicht“ ist.

*Fallbeispiel:* Frau K. (32) leidet an einer primären pulmonalen Hypertonie ungeklärter Ätiologie, als sie sich zum ersten Mal wegen psychotherapeutischer Unterstützung an mich wendet. Die vereinbarte Psychotherapiemaßnahme (Verhaltenstherapie, ergänzt durch Hypnose und Selbsthypnose) von ca. 50 Stunden erstreckt sich niedrig frequent über insgesamt 4 Jahre. Die Motivation der Patientin für eine Psychotherapiemaßnahme entstand aus der Suche nach Unterstützung für ihre persönlichen Coping-Bemühungen. Sie zeigt von Anfang an großes Interesse an Hypnose und Selbsthypnose. Zu Beginn der Therapie sind vor allem die Unterstützung gegen den stark progredienten Leistungsabfall und dessen Ursache (fibrotischer Umbau der Lunge) Thema. Dazu dienen Heilungs- und Reparatur-Imaginationen des Lungengewebes sowie die Linderung von Ängsten bzw. Atemnot durch Selbsthypnose. In Anbetracht der vielen Untersuchungs- und Behandlungstermine (und den damit verbundenen vielfältigen negativen Fremd- und Autosuggestionen!) geht es darum, einen „inneren anforderungsfreien Raum voll Ruhe, Gelassenheit und Zuversicht“ zu schaffen, um diese Einflüsse zu sichten und ggf. zu „neutralisieren“. Nachdem durch eine starke Atemnot auch im Ruhezustand bzw. in der Folge Sauerstoffpflicht die Frage des ‚Für und Wider‘ einer Lungentransplantation unabweislich auf der Tagesordnung steht, dient die „innere Bühne“ auch zur Klärung des weiteren Vorgehens: z.B. ob sie die Cortisonmedikation, die von erheblichen Nebenwirkungen geprägt war, beenden solle; eine Entscheidung, die die Ärzte ihr zugeschoben hatten („wahrscheinlich hilft es nichts, aber es ist auch nicht ausgeschlossen, dass es etwas bringt“).

Nach dem Entschluss zur Lungentransplantation bestimmen „offene Imaginationen“ zu verschiedenen aktuellen Themen (Ängste, Erschöpfung u.ä.) die Zusammenarbeit. Der erste Anlauf misslingt: Die Patientin befindet sich schon in der Schleuse zum Operationssaal als sie erfährt, dass das vorgesehene Organ zu lange unterwegs war, um noch mit Aussicht auf Erfolg transplantiert zu werden. Etwa ein Vierteljahr später wird eine beidseitige Lungentransplantation erfolgreich durchgeführt. Im Rahmen eines sog. „Durchgangssyndroms“ treten Grauen erregende (vor allem visuelle) Halluzinationen auf. In der Folgezeit entwickelt die Patientin typische Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung. Deswegen wird in der ambulanten Psychotherapiephase, die sich an die sechswöchige postoperative Rehabilitationsmaßnahme anschließt, ganz auf innere Bilder verzichtet und stattdessen

### *Hypnose mit chronisch Kranken*

reine „Ruhe“-Hypnosen verwendet. Im weiteren Verlauf des ersten postoperativen Jahres spielt die innere Auseinandersetzung zu Möglichkeiten und Risiken einer beruflichen Perspektive eine große Rolle, teilweise mit hypnotherapeutischer Unterstützung. Der Humor von Frau K. dient immer als große Ressource. Abschließend fasst sie ihre Entwicklung bzw. ihren aktuellen Standpunkt so zusammen: „Krankheit ist ein Scheiß-Job, aber was soll's!“

In einer gemeinsam erarbeiteten abschließenden Bilanz betont die Patientin, dass es sehr wichtig war, die jeweiligen Therapieziele immer wieder abzuändern – entsprechend dem Verlauf der Erkrankung und den „objektiven“ Herausforderungen durch diagnostische und therapeutische Maßnahmen bzw. durch ihre damit verbundene „subjektive“ Befindlichkeit. Wertvoll waren ihr auch die Relativierung bzw. Emanzipation von vielfältigen negativen Fremd- und Auto-Suggestionen im Verlauf der Behandlung. Eine zentrale Entwicklungslinie, den „roten Faden“, sieht sie rückblickend vor allem darin, dass sie von ihrem zielgerichteten „Ich muss!“ (gerichtet auf Heilung bzw. Wiederherstellung ihrer erkrankten Lunge) zu Beginn der Therapie über die gemeinsame psychotherapeutische Arbeit bzw. Begleitung hinauf zu einem „Geschehen lassen“ und „Anerkennen, was ist“.

### **Schlussfolgerungen**

Das Wirken von Milton H. Erickson führte nicht nur zu einer weltweiten Renaissance der therapeutischen Hypnose, sondern beeinflusste maßgeblich auch die Auffassungen vieler zeitgenössischer Psychotherapiemethoden bzw. das zu Grunde gelegte Menschenbild. Nicht nur kreative komplexe systemisch-ökologische Modelle wie in der Familientherapie wurden von seinen Auffassungen beeinflusst, sondern es setzte sich auch ein Anspruch durch, dass nicht die Patienten in eine Therapieform zu pressen seien, sondern dass das therapeutische Vorgehen individuell den Patienten angepasst werden sollte. Ericksons Lebenswerk (Erickson 1980) ist eine therapeutische Schatzkiste zu vielfältigen Themen der Therapie, der therapeutischen Beziehung und der therapeutischen Kommunikation – fast ausnahmslos mit ausführlichen Darstellungen individueller Fallbeispiele. Zu Beginn seines Referates zur Verwendung von Hypnose zur Schmerzkontrolle auf dem „1. Kongress für Hypnose und Psychosomatische Medizin“ in Paris, beschreibt Erickson das Wesen der Hypnose ganz pragmatisch und demystifizierend folgendermaßen:

*„Hypnose ist im Grunde nichts anderes als die Vermittlung von Gedanken und Erkenntnissen an den Patienten in einer Weise, die gewährleistet, dass er für die dargebotenen Gedanken in höchstem Maße empfänglich und somit motiviert ist, seine eigenen körperlichen Potentiale für die Kontrolle seiner psychischen und physischen Reaktionen und Verhaltensweisen zu explorieren.“ (Erickson 1967, 1981 S. 128)*

Ganz gleich, ob Hypnose und Selbsthypnose verwendet werden oder nicht, das ist genau das, was chronisch Kranke brauchen. Ein hypno-systemisches Behandlungs-

konzept verlangt für diese Zielgruppe die Zusammenarbeit von Therapeuten und chronisch Kranken als Experten im beschriebenen Sinne. Intersubjektiver Austausch und therapeutische Kommunikation im Kontext einer verbindlichen therapeutischen Beziehung (Arbeitsbündnis) sind der Weg zum Ziel und oft ist der Weg das Ziel.

Die außerordentlichen und faszinierenden Veränderungen, die durch therapeutische Hypnose und in Selbsthypnose ermöglicht werden, sind nicht nur segensreich für die chronisch Kranken. Sie sind auch wertvoll für ihre Therapeuten, da sie helfen, in der alltäglichen, professionellen Routine mit diesen eher schwierigen Patienten aufmerksam, neugierig und zuversichtlich umzugehen: Eine wichtige Voraussetzung, um ein hilfreicher Begleiter sein zu können auf dem jeweiligen Streckenabschnitt des schwierigen und langwierigen Weges der Betroffenen.

## Literatur

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Beutel, M. (1988). Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Weinheim: Ed. Medizin, VCH.
- Bökmann, M.B.F. (2000). Systemtheoretische Grundlagen der Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Brown, P. (1991). *The Hypnotic Brain - Hypnotherapy and Social Communication*. New Haven, London: Yale University Press
- Cheek, D.B. (1994). *Hypnosis - The Application of Ideomotor Techniques*. Boston: Allyn and Bacon.
- Cheek, D. B., & LeCron, L. M. (1968). *Clinical hypnotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Damsbo, A.M. (1987). "Ideomotor signaling" in: William C. Wester II, *Clinical Hypnosis - A Case Management Approach*, Behavioral Science Center Inc. Publications, Cincinnati pp 18-28
- Ebell H. (2009). Krebserkrankungen. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg): *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Heidelberg: Springer, 673-91
- Ebell, H. (2008a). The Therapist as a Travelling Companion to the Chronically Ill: Hypnosis and Cancer related Symptoms. *Contemp. Hypnosis* 25(1): 46-56.
- Ebell, H. (2008b). Selbsthypnose als ergänzendes Therapieangebot für Patienten mit starken Schmerzen auf Grund einer Krebserkrankung. Zusammenfassende Darstellung der Fragestellungen und Ergebnisse der von der Deutschen Krebshilfe / Mildred Scheel Stiftung e.V. geförderten Studie (1988-91) PDF. Homepage: [www.doktorebell.de](http://www.doktorebell.de).
- Ebell, H. (1994). Hypnosis and Cancer Pain: Ericksonian Approach vs. Standardized Suggestibility Testing. In S. Lankton (Ed.), *Ericksonian Monographs*, Nr. 11 "Difficult contexts in Therapy". New York: Brunner and Mazel.
- Ebell, H., & Beyer, A. (1993). Pharmacological Treatment and Self Hypnosis for Cancer Pain. Poster, 7th World Congress on Pain (IASP). Paris.
- Ebell, H. & Schuckall, H. (Hrsg.) (2004), *Warum therapeutische Hypnose? – Aus der Praxis von Ärzten und Psychotherapeuten (47 Fallgeschichten)*. München: Pflaum.
- Erickson, M.H. (1980) *The Collected Papers of Milton Erickson on Hypnosis – Edited by E.L. Rossi*. Vol I-IV. New York: Irvington Publishers. (Deutsch bei Carl Auer 1997)
- Erickson, M.H. (1967). An Introduction to the Study and Application of Hypnosis for Pain Control. In: Lassner, J. *Proceedings of the International Congress for Hypnosis and Psychosomatic Medicine*. (Deutsch in: Erickson, M.H. & Rossi, E.L. 1981)
- Erickson, M.H., & Rossi, E.L. (1981). Die Veränderung sensorisch-perzeptiver Funktionen – Das Problem

## *Hypnose mit chronisch Kranken*

- von Schmerz und Wohlbefinden. In: Hypnotherapie. München: Pfeiffer.
- Fourie, D. P. (1994). Hypnose: Ein ökosystemischer Ansatz. München: Quintessenz.
- Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R., & Berneuer, F. (2001). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Heußner P, Bessler M, Dietzfelbinger H, Fegg M, Lang K, Mehl U, Pouget-Schors D, Riedner C, Sellschopp A (Hrsg.) 2009. Manual Psychoonkologie – Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge. (3. vollständig überarbeitete Auflage). München: Zuckschwerdt.
- Kanfer, H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (1991). Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer. (Neuaufgabe 2000).
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress appraisal and coping. New York: Springer.
- Orange, D.M., Atwood, G.E. & Stolorow, R.D. (2001). Intersubjektivität in der Psychoanalyse – Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis. Frankfurt/Main: Brandes & Apsel.
- Peter, B. (2009). Geschichte der Hypnose in Deutschland. In: Revenstorff, D. & Peter, B. (Hrsg.), Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. (S. 821-854). 2. Auflage. Heidelberg: Springer.
- Rajasekaran M, Edmonds PM, Higginson IL (2005). Systematic review of hypnotherapy for treating symptoms in terminal ill adult cancer patients. Palliat Med; 19: 418-426
- Revenstorff, D. (2006). Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie, 1(1+2), 7-164.
- Richardson J, Smith JE, McCall G, Richardson A, Pilkington K, Kirsch I. (2007). Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: a systematic review of the research evidence. Eur J Cancer Care;16, 402-12
- Sauerbruch, F. & Wenke, H. (1936). Wesen und Bedeutung des Schmerzes. Berlin: Junker und Dünnhaupt.
- Schnur JB, Kafer I, Marcus C, Montgomery GH. (2008). Hypnosis to manage distress related to medical procedures: a meta-analysis. Contemp Hypn; 21;25(3-4):114-128
- Schüssler, G. (1993). Bewältigung chronischer Erkrankungen – Konzepte und Ergebnisse. Monographie Nr. 15 zur Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Sharoff, K. (2007). Leben mit chronischen und unheilbaren Krankheiten – Krankheitsbewältigung durch kognitive Fertigkeiten. Bern: Huber / Hogrefe.
- Spiegel, D. (1985). The Use of Hypnosis in Controlling Cancer Pain. CA-A Cancer Journal for Clinicians, Vol. 35, No. 4, July/August. 221-231.
- Stolorow, R.D., Brandchaft, B. & Atwood, G.E. (1996). Psychoanalytische Behandlung – Ein intersubjektiver Ansatz. Frankfurt/Main: Fischer.
- Zindel, J. P. (1994). Hypnose als Werkzeug therapeutischer Nähe. Experimentelle und Klinische Hypnose, 10(1), 23-34.
- Zindel, J. P. (2007). Hypnose – die ganz besondere Beziehung. Bulletin CH-Hypnose, October, Vol.XVII, 2, 8-19; wiederabgedruckt 2009 in Hypnose-ZHH, 4(1+2), 107-126.

**Dr.med. Hansjörg Ebell**  
**Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**  
**Breisacherstr. 4 (Rückgebäude)**  
**D 81667 München**  
**Dr.H.Ebell@t-online.de**

erhalten: 13.2.2010

akzeptiert: 7.3.2010