

daß keiner der Autoren dieses Heftes glaubt, das Ei des Columbus im Kampf gegen den Krebs gefunden zu haben. Keiner kann z.B. die Existenz materieller oder biologischer Kanzerogene leugnen oder annehmen, daß Krebserkrankungen nicht multifaktoriell, sondern einfach psychisch entstehen würden. Unsere bisherigen Erfahrungen legen lediglich nahe, nicht nur den Verlauf, sondern auch die Entstehung dieser Erkrankung als durch psychische Faktoren mitbedingt anzusehen. Das passende und deshalb von allen Autoren akzeptierte theoretische Modell hierfür ist die Immunabwehr. Sie scheint – um im cartesianischen Sprachgebrauch zu bleiben – für Krebserkrankungen das Bindeglied zwischen Geist und Körper zu sein, weil ihre Funktion bzw. Dysfunktion psychologischen Einflüssen unterliegt und Krebserkrankungen auch von Onkologen in Zusammenhang mit einer geschwächten, unterdrückten oder nicht mehr funktionierenden Immunantwort des Körpers gebracht werden. Ob sich dieses Modell auf Dauer als brauchbar erweist, wird sich herausstellen, ebenso, ob die Erfolge psychologischer Krebsbehandlung mit dem Ziel der Remission der wissenschaftlichen Prüfung standhalten und so aus dem Bereich der Hinweise und Annahmen heraus und in das Feld gesicherter Fakten eintreten werden.

Es erscheint mir auch wichtig, auf die Problematik der sog. Krebspersönlichkeit hinzuweisen: Sowohl in der Literatur wie auch in einigen Artikeln dieses Heftes wird darauf immer wieder Bezug genommen. Es ist jedoch zu vermuten, daß es sich hierbei um ein Konstrukt handelt, das nicht länger aufrechterhalten werden kann. In neueren Untersuchungen (z.B. Cassileth et al. 1984) konnten z.B. keine signifikanten psychologischen Unterschiede zwischen Patienten festgestellt werden, die chronisch an Arthritis, Diabetes, Krebs, an der Niere und an der Haut erkrankt waren.

Besonderer Dank gilt neben dem schon erwähnten *American Journal of Clinical Hypnosis* auch *The Milton Erickson Foundation*, Phoenix, und dem Verlag *Brunner/Mazel*, New York, für die freundliche Erlaubnis, den Vortrag von Rosen und Peter & Gerl in dieses Heft übernehmen zu können. Insbesondere aber darf ich den Übersetzern dafür Dank sagen, daß sie diese Arbeit kostenlos übernommen haben.

Burkhard Peter

Cassileth, B.R., Lusk, E.J., Strouse, T.B., Miller, D.S., Brown, L.L., Cross, P.A. & Tenaglia, A.N.: Psychosocial Status in Chronic Illness. *The New England Journal of Medicine*, 1984, 23, 506-511.

Hypnose in der Behandlung von Krebspatienten¹

Bernauer W. Newton

Zusammenfassung: Annähernd acht Jahre haben wir Krebspatienten unter ambulanten Bedingungen hypnotherapeutisch und psychotherapeutisch behandelt. Dieser Artikel beschreibt unsere grundlegenden Konzepte, Annahmen und Vorgehensweisen. Wesentliche Aspekte und Probleme, die sich bei der Behandlung zeigten, werden diskutiert. Die Ergebnisse werden in ihrer Beziehung zu unseren drei Behandlungszielen angegeben.

Während der letzten 25 und insbesondere während der letzten 10 Jahre hat sich immer mehr das Bewußtsein durchgesetzt, daß Krebs als Krankheit mehr bedeutet als nur das bloße Vorhandensein entarteter Zellen im Körper. Durch Veröffentlichungen von Untersuchungsergebnissen und durch die Schriften von Vertretern aus sehr unterschiedlichen Fachrichtungen wie z.B. Bahnson (1971), Benson (1975), Evans (1926), Gengerelli et al. (1954), Green et al. (1970), LeShan (1966, 1977), Selye (1956) und Solomon et al. (1974, 1981), um nur einige zu nennen, begann sich abzuzeichnen, welche Rolle Persönlichkeitsstruktur und Gefühle bei der Erkrankung einer nicht geringen Anzahl von Krebspatienten spielen können.

Ein Team von Psychologen an unserem Zentrum in Los Angeles hat nun seit annähernd acht Jahren über 250 Krebspatienten behandelt; wir haben dabei eine Kombination von psychotherapeutischen und hypnotherapeutischen Verfahren angewandt. Während derselben Zeitspanne entstanden überall in den USA eine ganze Reihe alternativer Krebsbehandlungs- und -beratungszentren. Obwohl es Unterschiede zwischen ihnen gibt, scheinen die meisten von ihnen den wachsenden Glauben vieler therapeutisch Tätiger widerzuspiegeln, daß der Mensch die Möglichkeit besitzt, Veränderungen in seinem Körper zu bewirken, die die Qualität seines Lebens erhöhen, dieses verlängern und in überzufälliger Zahl den Krankheitsprozeß zum Stillstand bringen und/oder sogar rückläufig machen können.

Abgesehen davon, daß wir Hypnose schon immer zur Schmerzkontrolle eingesetzt hatten, begann unser ursprüngliches Programm zur Behandlung von Krebspatienten 1975 und basierte auf den folgenden Konzepten und Annahmen:

1. Klinisch diagnostizierbarer Krebs entsteht häufig, wenn das Immunsystem – aus welchen Gründen auch immer – versagt.
2. Psychologische Faktoren (insbesondere emotionale Reaktionen auf Streß) können eine entscheidende Rolle hierbei spielen. Dies mag auf den stimulierenden Effekt zurückzuführen sein, den Belastungszustände ausüben auf die Produktion von Adrenocorticosteroiden, die wiederum das Immunsystem hemmend beeinflussen.
3. Physiologische Prozesse einschließlich der Funktionen des Immunsystems und der endokrinen Aktivitäten können willentlich beeinflusst werden.

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

4. Diese Beeinflussung kann verbessert werden, wenn der Patient den erwünschten Zustand sich bildlich vorstellt, während er sich in einem veränderten Bewußtseinszustand befindet.

5. Wenn solche zutiefst veränderten Bewußtseinszustände regelmäßig wiederholt werden, hilft dies, die physiologischen Vorgänge zu normalisieren, und das wiederum trägt dazu bei, sowohl die physische wie auch die psychische Heilung zu verstärken.

6. In einem ganz realen Sinn muß sich der Patient nicht mehr als hilfloses und hoffnungsloses Opfer betrachten; er kann vielmehr erfolgreich an seiner Behandlung teilnehmen und unter bestimmten Umständen sogar den Verlauf seiner Erkrankung ganz entscheidend verändern.

7. Hypnose kann die Herstellung eines zutiefst veränderten Bewußtseinszustandes ganz erheblich erleichtern und somit die Wirksamkeit jeglicher Bemühungen erhöhen, ein heilendes physiologisches Gleichgewicht herzustellen.

In unserem ursprünglichen Programm sahen wir den Patienten einmal in der Woche zu Einzelsitzungen, Diagnostik und Gruppentherapie. In den Einzelsitzungen (teils mit, teils ohne Ehepartner) wollten wir folgende Ziele erreichen:

1. Akzeptieren unserer theoretischen Vorstellungen und Vertrauen gewinnen, daß er, der Patient, eine entscheidende Rolle in seiner Behandlung spielen kann;
2. Entwickeln guter hypnotischer Reaktionen;
3. Entwickeln einer ganzen Reihe von Vorstellungsbildern über machtvolle Heilungskräfte (des Immunsystems), die sich mit den Kräften seiner medizinischen Behandlung verbünden und erfolgreich alle entarteten Zellen oder Tumoren in ihm überwinden;
4. ein Tonband herstellen, das der Patient zu Hause benutzen kann, um leichter in den hypnotischen Zustand zu gehen und seine Visualisierungen durchzuführen;
5. behandeln jeglicher spezifischer Symptome durch direkte hypnotische Interventionen; hierfür wurden häufig auch Tonbänder hergestellt;
6. laufende hypnotische und nichthypnotische Psychotherapie, um dem Patienten einsichtig und akzeptabel zu machen, daß seine Art und Weise, mit seinen Gefühlen umzugehen und sich zu seinen Mitmenschen zu verhalten, Streß verursacht und somit die Bemühungen seines Körpers hindert, der Krankheit Widerstand zu leisten.

Das diagnostische Instrumentarium benutzten wir, um die Persönlichkeitsstruktur, stärkere neurotische Reaktionen und Bereiche emotionaler Schwierigkeiten psychologisch einschätzen zu können. Zur Gewinnung dieser Daten wählten wir die folgenden Testinstrumente, da diese leicht durchzuführen, auszuwerten und zu interpretieren sind:

1. MMPI;
2. Social and Sexual History Questionnaire;
3. Firo B;
4. Levinson Locus of Control Inventory;
5. Bahnson (anger) Questionnaire;
6. Draw-A-System (der Patient zeichnet, was er in seinen Visualisierungen sieht).

Die Ergebnisse wurden auch dazu benutzt, um den Therapeuten darin zu unterstützen, den Patienten effektiver mit Teilen seiner Psychodynamik zu konfrontieren.

Dies hielten wir damals für wichtig, weil Krebs in der Regel weder dem Patienten noch dem Therapeuten den Luxus gestattet, solche Themen ganz gemächlich behandeln zu können; Psychotherapie muß oft aktiver betrieben werden und der Patient direkter konfrontiert werden.

Als weiteren Teil unseres Programms führten wir laufend Gruppentherapie durch, an der der Patient zusammen mit seiner Frau einmal die Woche teilnahm. Dies sollte bezwecken, den Patienten das Gefühl zu vermitteln, sie würden nicht allein gelassen; ferner sollten sie Gelegenheit haben, ihre Gefühle anderen, die mit der gleichen Thematik konfrontiert waren, zu zeigen und sie gemeinsam mit diesen zu erörtern.

Änderungen

Im Verlauf der Jahre haben uns die Erfahrungen mit unseren Patienten zu einer Reihe bedeutsamer Änderungen veranlaßt, sowohl in unserem Denken als auch in unserer Vorgehensweise. Die erste wesentliche Änderung betrifft das Behandlungsziel. Wir bewegten uns ein wenig davon weg, der Remission absolute Priorität zu geben, und betonten nun unsere Versuche, dem Patienten zu einer Verbesserung seiner Lebensqualität zu verhelfen. Dies bedeutet jedoch kein Nachlassen in unserer Überzeugung, daß ein Patient seine maligne Erkrankung überwinden kann, sondern vielmehr das zunehmende Bewußtsein, daß er ohne Verbesserung seiner Lebensqualität sich niemals auf einen allumfassenden Kampf einlassen wird. Häufig ist der Patient nämlich durch Symptome der Krankheit und Begleiterscheinungen der medizinischen Behandlung so sehr gestreßt, daß er jeden oder fast jeden Lebenswillen und die Energie zum Weitermachen verloren hat. Solche Reaktionen addieren sich zu jenen charakteristischen Persönlichkeitsmerkmalen der Verzweiflung, auf die sich LeShan (1977) bezieht, sowie zu den emotionalen Verlusten, die nach unseren Erfahrungen die Patienten kurz vor ihrer Erkrankung erlitten haben. Damit umzugehen wurde uns am allerwichtigsten.

Eine andere Änderung betrifft die Bedeutung der Visualisierung. Wir drängen unsere Patienten nicht länger, deutlichere Vorstellungsbilder zu erzeugen. Vielen unserer Patienten ist es sehr gut mit schwachen und leicht wieder verblassenden Bildern ergangen; mit anderen jedoch ging es abwärts, während sie lebhaft visualisierten. Wir sind schon der Meinung, daß Vorstellungen einigen Patienten in der Unterstützung ihres Glaubens helfen, und gewiß deuten auch Untersuchungsergebnisse aus der Biofeedback-Forschung darauf hin. Es muß auf der anderen Seite aber auch bedacht werden, daß der Patient leicht Gefühle des Scheiterns, der Schuld und Depression entwickeln kann, wenn man ihn zu sehr in diese Richtung zu arbeiten drängt; dies wiederum erhöht nur seinen Spannungszustand. So gut wie möglich wollen wir solche Reaktionen vermeiden, da wir der Überzeugung sind, daß eine positive Einstellung und ein möglichst niedriger Spannungszustand zur Erreichung aller unserer Ziele überaus wichtig sind.

Unsere Erfahrung mit Gruppentherapie hatte noch eine andere Änderung in unserem Programm zur Folge. Aus einer Reihe von Gründen haben wir sie fast ganz aufgegeben. Wie man erwarten kann, haben Krebspatienten allgemein enorme Schwierigkeiten, sich vor anderen auch nur ein klein wenig mehr als auf einer nur sehr oberflächlichen Ebene preiszugeben. Da alle unsere Patienten ortsansässig sind, haben sie alle

Ablenkungen des häuslichen Lebens und anderer Arzttermine; und weil sie jede Sitzung bezahlen müssen, liefert ihnen die Chance, Geld zu sparen, genau die Entschuldigung, die sie brauchen. Das Ergebnis ist, daß die Teilnahme an unseren Gruppensitzungen nur sehr spärlich war. Wenn dies nur der einzige Grund gewesen wäre, hätten wir sie gut mit diesen Punkten konfrontieren können; es entstand jedoch ein weit ernsthafteres Problem. Wenn es einem Mitglied der Gruppe offensichtlich schlechter ging, hatte dies einen verheerenden Effekt auf die anderen. Deren Glaube wurde schwer erschüttert, für manche sogar mit kritischen Folgen. Wir fanden, daß die meisten Ziele der Gruppentherapie auch in Einzelsitzungen adäquat erreicht werden können, und kamen zu dem Schluß, daß der potentielle Schaden den erzielbaren Nutzen bei weitem übersteigt. In den Einzelsitzungen konnten wir das Fehlen der Gruppenarbeit durch mehr Flexibilität leicht wieder wettmachen, indem wir den Patienten oder seine Frau allein sahen, beide zusammen und auch andere Familienmitglieder je nach den Erfordernissen der Situation in beliebiger Zusammensetzung einbestellten. In diesem Zusammenhang hat es sich als besonders wichtig erwiesen, die Bedürfnisse des Ehepartners zu berücksichtigen. Wir sehen den malignen Krankheitsprozeß eingebettet in ein System, das auch andere Individuen außer dem Patienten einschließt und soziale, sexuelle und emotionale Komponenten ebenso wie anatomische, physiologische und biochemische besitzt. So glauben wir, daß der Partner anerkannt werden muß als die emotional möglicherweise wichtigste Bezugsperson des Patienten in diesem System und deshalb auch entsprechend behandelt werden muß.

Dies alles sehen wir als sehr wichtige Problembereiche an. Die Anforderungen an unsere klinischen Fähigkeiten sind gewaltig. Eine solche Arbeit kann ein „Krebsberater“ auch mit den besten Absichten nicht verantwortungsvoll durchführen, nachdem er nur ein paar Wochen trainiert worden ist. Diejenigen von uns, die Hypnose professionell in ihrer klinischen Arbeit anwenden, können leicht die Parallelen zu jener vertrauten Situation ziehen, wenn jemand ohne professionellen Hintergrund an einem Hypnosekurs teilnimmt und sich dann öffentlich als Hypnotherapeut darstellt. In der Krebstherapie ist der Preis noch viel höher, da wir es hier mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung zu tun haben. Unserer Überzeugung nach sind Ausbildung, Erfahrung und ein hoher Kompetenzgrad als Psychotherapeut unbedingt zu fordern.

Eine andere Änderung ist wirklich grundlegend für fast alles, was wir heute tun. Als wir mit diesem Krebsprogramm zu arbeiten begannen, setzten wir uns durch die Befürchtung unter Druck, dem Patienten zu wichtigen psychologischen Veränderungen in einer wesentlich kürzeren Zeit verhelfen zu müssen als üblicherweise bei Nichtkrebspatienten. Dieser Zeitdruck brachte uns dazu, in den Stunden stärker zu konfrontieren und mehr zu fordern, als wir es sonst getan hätten. Im Laufe der Zeit waren wir beeindruckt vom Fortschritt einiger unserer Patienten, ohne daß wir solche aggressive therapeutische Intervention benutzt hätten, und gleichzeitig waren wir beunruhigt über das Ansteigen des Spannungszustandes bei jenen Patienten, mit denen wir sehr „aktiv“ gearbeitet hatten. 1976 dann lernten wir die Arbeit von Ainslie Meares in Australien kennen. Dessen Patienten hatten keine andere medizinische Behandlung, obwohl viele von ihnen in fortgeschrittenen Stadien waren. Er erzielte höchst bedeutsame Ergebnisse damit, daß er durch Induktion einzigartiger indirekter und nonverbaler Techniken seinen Patienten half, jeden Tag Perioden vollkom-

menster innerer Ruhe zu erreichen (siehe Meares, in diesem Heft). Dies schien zu bestätigen, was auch wir allmählich erkannten, und bestärkte uns darin, die Bedeutung der verschiedenen Aktivitäten in unserem Behandlungsprogramm langsam zu verschieben. Wir regen unsere Patienten immer noch zu Visualisierungen an und wir führen auch noch extensive und intensive, durch Hypnose erleichterte Psychotherapien durch; aber wir glauben inzwischen, daß der Eckpfeiler und absolut unverzichtbare Teil unserer Arbeit darin besteht, daß der Patient täglich und regelmäßig eine vollkommene Ruhe erfährt.

Probleme

Die Probleme, die sich über die Jahre ergaben, kann man in verschiedene Hauptkategorien aufteilen. Das erste Problem hat mit der Psychodynamik des Patienten zu tun. Auf die Probleme mit der Gruppentherapie haben wir oben schon Bezug genommen. Da wir keine Auswahl betreiben und jedermann, der einen Termin haben will, annehmen, haben wir das zusätzliche Problem, daß eine ganze Reihe von unseren Krebspatienten ein Verhalten zeigt, das keine andere Interpretation zuläßt, als daß sie wirklich nicht mehr leben wollen. Auch wenn sie dies nicht wörtlich ausdrücken können, so suchen sie doch nach einer Möglichkeit, angenehm in Frieden und in Würde sterben zu können. Oft scheint dies ihre Überzeugung widerzuspiegeln, daß sie keine Kontrolle über ihr Leben haben. Manchmal ist es auch ihre Reaktion auf größere emotionale Verluste, die sie gefühlsmäßig bankrott zurückgelassen haben, ohne irgend etwas, wofür es sich zu leben lohnt. Diese letztere Gruppe könnte man wieder in zwei Untergruppen aufteilen. Die einen glauben weiterhin, daß nichts mehr getan werden kann, und kommen häufig nur auf Drängen anderer zu uns. Sie bleiben gewöhnlich nur sehr kurze Zeit und sind sehr findig darin, Termine abzusagen oder die Behandlung ganz abzubrechen. Typisch dafür ist ein Mann, dessen Frau großes Interesse für unser Programm zeigte, während er nach zwei Sitzungen wieder absagte mit der Entschuldigung, er müsse zu Hause bleiben, weil jemand seinen Rasenmäher anschauen wolle, den er zum Verkauf inseriert hatte, und sein Termin mit uns sei leider genau der Zeitpunkt, an welchem der Käufer kommen und sich den Rasenmäher ansehen wolle. Die anderen fangen an, einige wesentliche Erleichterungen ihrer Beschwerden zu erleben und bleiben allein aus diesem Grunde. Auf verschiedene Weise machen sie deutlich, daß sie nicht um ihr Leben kämpfen werden; aber sie leben doch reicher und bequemer bis kurz vor ihrem Tod. Wir glauben, daß all diese Patienten das Beste verdienen, was wir ihnen geben können.

Einen anderen Problembereich stellt für uns die gesamte Thematik der Akzeptanz unseres Konzeptes und unserer Behandlungsmethoden durch die Ärzte dar. Am Anfang war dies eine viel größere Schwierigkeit, aber selbst heute noch sind viele Ärzte noch eher negativ bis neutral gegenüber unserer Arbeit eingestellt. Weil in unserer Kultur (und insbesondere in einer lebensbedrohlichen Situation) der Arzt als die letzte Autorität angesehen wird, ist dieser Mangel an Akzeptanz schwerwiegend, vor allem deshalb, weil alle Erfahrungen darauf hindeuten scheinen, daß der Glaube des Patienten an den Wert seiner Beteiligung seine Erfolge ganz wesentlich mitbestimmt. Eine der Konsequenzen aus dieser negativen ärztlichen Einstellung ist, daß einige Patienten Anzeichen eines Hin- und Hergezogenenseins zwischen medizinischer und psy-

chologischer Behandlung zeigen, während wir unsere Arbeit als zusätzlich zu der medizinischen sehen. Auch wenn die Patienten nicht den Eindruck haben, sie müßten zwischen der einen oder der anderen Behandlung wählen, sondern könnten beide nutzen, baut sich doch oft eine Kommunikationsschranke auf. Sie fühlen sich dann schuldig und nicht fähig, mit dem einen und dem anderen Doktor ganz offen zu sein. Wir sind wachsam dafür, daß diese Situation entstehen könnte, und arbeiten daran, ihren Einfluß auf den Patienten so gering wie möglich zu halten, glücklicherweise mit gutem Erfolg. Die Arbeit mit den Patienten jener Ärzte, zu denen wir eine gute kollegiale Beziehung herstellen konnten, ist ganz entscheidend einfacher. Um mit diesen ärztlichen Haltungen umgehen zu können, unternehmen wir alle Anstrengungen, um den Onkologen oder andere behandelnde Ärzte wiederholt zu kontaktieren, um ihnen Informationen über unsere Arbeit und Angebote zu jedweder Zusammenarbeit zu machen. Es ist befriedigend zu sehen, daß wir mehr und mehr Unterstützung bekommen.

Noch ein anderer Problembereich entstand durch unsere Entscheidung, ortsansässige Patienten fortlaufend zu behandeln. Bei einigen Behandlungsmodellen leben Patienten nicht zu Hause in Los Angeles, sondern halten sich dort nur zur Behandlung auf; daraus ergibt sich dann eine Kurzzeittherapie mit einem Intensivprogramm von täglich acht Stunden. Bei anderen Behandlungsmodellen sehen wir die Patienten für ein bis zwei Stunden die Woche über eine längere Zeit hinweg. Die Vorteile in unserer Art von Terminplanung liegen darin, jede Gelegenheit zur Unterstützung des Patienten nutzen, das Programm gemäß den jeweiligen Bedürfnissen des einzelnen verändern und auch nötigenfalls längerdauernde Psychotherapien durchführen zu können. Jedoch sind unsere Patienten keine Gefangenen – um es einmal so auszudrücken – wie sie es in dem anderen Modell sind, und der Druck der alltäglichen Anforderungen, der Umgang mit Freunden und mit der Familie und die Vielzahl der Arzttermine verlangen eine Aufteilung ihrer Zeit, Aufmerksamkeit und Energie. Manchmal kann der Patient unseren Terminplan wegen medizinisch erforderlicher Krankenhausaufenthalte nicht einhalten. In solchen Fällen machen wir Krankenhaus- oder Hausbesuche. Dennoch bemerken wir die Auswirkung der täglichen Entscheidungen, die der Patient darüber treffen muß, was er an einem bestimmten Tag lieber tun würde; und besonders, wenn es ihm besser geht, ist es wahrscheinlich, daß er Termine ausfallen läßt.

Die Rolle der Hypnose

Wir haben die Erfahrung gemacht, daß Hypnose in allen Phasen unseres Programms überaus hilfreich ist. Wir sind auch der Meinung, daß es klare Vorteile hat, dem Patienten und seiner Frau Hypnose als Hypnose und nicht als Tiefenentspannung oder Meditation darzustellen. Die Bedeutung des Glaubens des Patienten haben wir schon hervorgehoben; auch den möglichen Placebo-Effekt in vielem, was wir tun; ebenso das Gefühl des Patienten, zunehmend Kontrolle zu haben über das, was mit ihm geschieht; und auch die Bedeutung, die es für den Patienten hat, in einen zutiefst veränderten Bewußtseinszustand zu gelangen. Wir sind fest davon überzeugt, daß die explizite Bezeichnung als „Hypnose“, die Verwendung von hypnotischen Induktionstechniken statt von Meditation und das Erlebnis von Dissoziationsphänomenen zu-

sätzlichen Einfluß hat und den eigentlichen Behandlungsprozeß erleichtert. Aus diesem Grunde benutzen wir spezifische, eher mechanische und einfache anstatt indirekte oder eher subtilere Methoden zur Induktion. Wir wollen, daß der Patient sofort daran glauben kann, daß etwas Wirkliches und Wichtiges geschieht, und daß er später dann diese wichtigen Dinge selbst durchführen kann.

Hypnose hat sich als nützlich erwiesen insbesondere für die folgenden Bereiche, die natürlich miteinander zusammenhängen und sich überschneiden:

1. Durch Hypnose macht der Patient die Erfahrung eines zutiefst entspannten Zustandes. Um das zuvor Gesagte nochmals zu wiederholen: Dies ist die Grundlage all dessen, was wir oder die Patienten in der Behandlung tun können. Die Auswirkungen sind: herabgesetzte Angst, veränderte Stimmung, geringere Schmerzwarnnehmung und weniger Beschwerden; und es scheint, daß die tiefe Ruhe es möglich macht, daß Heilung stattfindet.
2. Durch Hypnose können auch die Symptome der Krankheit wie auch die schmerzhaften Begleiterscheinungen der meisten medizinischen Behandlungen verringert werden. Bis dies gelungen ist, fehlt vielen Patienten der Wunsch weiterzuleben; sie haben kein Interesse und keine Energie mehr, an dem was sie tun, Vergnügen und Befriedigung zu empfinden. Häufig reicht eine mittlere Trancetiefe aus, um wesentliche Verbesserungen zu erzielen. Viel Zeit und Mühe verwenden wir jedoch, um durch entsprechende Suggestionen solch behindernde Zustände wie Schmerzen, Übelkeit, Schlaflosigkeit oder Appetitverlust zu lindern. Zur Unterstützung dieser Arbeit machen wir oft zusätzliche Tonbänder, damit der Patient zu Hause die Suggestionen erneuern und verstärken kann, so lange, bis er genügend selbsthypnotische Fähigkeiten erlernt hat.
3. Durch Hypnose kann das Gefühl des Patienten zur Selbstkontrolle verstärkt werden. Häufig gehört zur Persönlichkeit des Patienten die Grundhaltung, daß er auf die Gnade anderer und auf äußere Einflüsse angewiesen sei, und ganz gewiß ist es ein allgemein verbreiteter Glaube, daß der Krebspatient das hilflose, hoffnungslose Opfer dieser Krankheit ist. Wenn der Patient bemerkt, daß in seiner unmittelbaren Situation größere positive Änderungen stattfinden, und vor allem, wenn er entdeckt, daß er diese Änderungen verstärken und ausdehnen kann durch den Gebrauch der Tonbänder und später durch Selbsthypnose, wird er dadurch stark beeinflusst. Er beginnt, überzeugt zu sein von seinen Fähigkeiten, die Geschehnisse um ihn herum beeinflussen und um sein Leben kämpfen zu können. Dies hat dann eine sich selbst verstärkende Wirkung, hebt sein Selbstbild und kurbelt seine Motivation an, sich an seiner Behandlung zu beteiligen.
4. Und schließlich kann Hypnose uns ganz entscheidend darin unterstützen, eine fundierte analytische Psychotherapie durchzuführen, die in vielerlei Hinsicht notwendig ist. Viele Autoren wie z.B. LeShan (1977) haben detailliert die Entwicklung und Organisation der Persönlichkeit vieler Krebspatienten beschrieben: niedrige Selbsteinschätzung und Verzweiflung, Verleugnung starker Gefühle und nachfolgende Depression, Fehlen von bedeutsamen Beziehungen zu emotional wichtigen Mitmenschen. In diesem Bereich unserer Arbeit wird unser ganzes Geschick als Psychotherapeut gefordert. Der wichtigste Unterschied zu anderen Patienten besteht nur darin, daß die Situation der Krebspatienten lebensbedrohlich ist und man daher gezwungen ist, eine wirkliche Veränderung in relativ kurzer Zeit erreichen zu müssen.

Ergebnisse

Obwohl unser Zentrum eine private Einrichtung ist, sammeln wir Daten und glauben, einige wichtige Angaben darüber machen zu können, welche Richtung unsere Ergebnisse zu nehmen scheinen.

1. Wir betreiben keine Vorauswahl und sehen Patienten mit weit gefächerten Interessen, Stärken, Zielen und verschiedener Art und Ausprägung der Beschäftigung mit ihrer Krankheit. Die Erkrankungen selbst wiederum reichen von Primärtumoren in ganz frühen Stadien bis hin zu fortgeschrittenen metastasierten Endstadien. Einige kommen aus eigenem Antrieb, viele auf Druck ihrer Frauen, Familien oder Freunde; und einige wollen nur vor ihren Schmerzen und Ängsten fliehen. Nach unserer klinischen Einschätzung gehören sie im großen und ganzen nicht zu den Menschen, die normalerweise um Psychotherapie nachsuchen.

2. Während unserer nunmehr beinahe achtjährigen Arbeit haben wir 283 Krebspatienten mindestens eine Stunde lang gesehen (siehe Tab. 1).

Tabelle 1: Population unserer Krebspatienten

Alter: 2 bis 74 Jahre	
Durchschnittsalter: 44 Jahre	
Adäquat behandelte Patienten:	105
Inadäquat behandelte Patienten:	57
Unbekannte:	121
Insgesamt:	283

3. Wir haben willkürlich festgelegt, daß mit „adäquat behandelt“ ein Patient bezeichnet werden soll, der mindestens zehn einstündige Sitzungen über eine Zeit von drei Monaten bei uns gewesen war; dies waren 105 von 283.

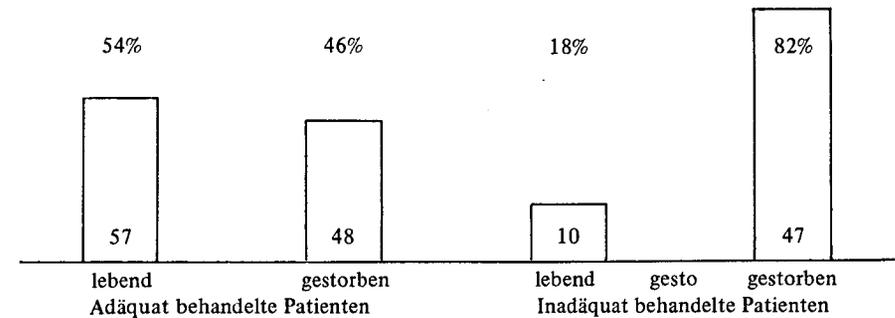
4. Als „inadäquat behandelt“ gilt ein Patient, wenn er nur zwischen drei und zehn Sitzungen bei uns ist, oder wenn er nach der Meinung des behandelnden Therapeuten ganz klar mit einem Minimum an Beschwerden zu sterben versucht; von den 283 gehören 57 zu dieser Gruppe.

5. 121 oder 43% der 283 Patienten haben wir „unbekannt“ bezeichnet, da wir sie weniger als dreimal gesehen haben.

6. Entsprechend der Veränderungen in unseren Prioritäten sehen wir als unser wichtigstes Ergebnis die Tatsache an, daß mit nur zwei Ausnahmen alle „adäquat“ und alle „inadäquat“ behandelten Patienten eine signifikante Verbesserung ihrer Lebensqualität erfahren haben – eingeschätzt zum Teil durch unsere klinische Beobachtung, hauptsächlich aber durch die Berichte der Patienten selbst, ihrer Familienangehörigen, Freunde und behandelnden Ärzte.

7. Wenn wir die Daten im Licht unserer übrigen Ziele sehen – Verlängerung des Lebens und Rückbildung des Krankheitsprozesses – und dann die „adäquat“ mit den „inadäquat“ Behandelten vergleichen, finden wir zwar keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen für die Variablen Diagnose, Krankheitsstadium zu Beginn der Behandlung, Alter oder Dauer der Krankheit. Es ergeben sich jedoch signifikante Unterschiede im Vergleich dieser beiden Gruppen für die Variable lebend/gestorben (siehe Fig. 1). Von den 105 „adäquat behandelten“ Patienten

sind noch 57, das sind 54%, am Leben und 48 oder 46% tot. Von den 57 „inadäquat behandelten“ Patienten sind 10 bzw. 18% am Leben und 47 oder 82% gestorben.



Figur 1: Vergleich der Ergebnisse zwischen adäquat und inadäquat behandelten Patienten.

8. Unter den „adäquat behandelten“ Patienten sind 24, die entweder keine medizinische Behandlung hatten oder deren medizinische Behandlung sechs oder mehr Monate vor Beginn unserer psychotherapeutischen Behandlung beendet war, die aber noch in einem aktiven Krankheitsprozeß waren. Von diesen 24 leben 15 und 9 sind gestorben. 3 von diesen Lebenden hatten an unserem Programm während der ersten zwei Jahre teilgenommen. 9 von diesen 15 erlebten von ihren Ärzten voll attestierte Remissionen, 3 hatten die Krankheit stabilisiert und 3 sind in ungewissem Zustand.

9. Neben klinischen Eindrücken können wir unsere Ergebnisse bezüglich der Überlebenszeiten nur mit denen von Simonton et al. (1980) vergleichen. Simonton et al. wiederum verglichen die Überlebenszeiten ihrer eigenen Patienten, aufgegliedert nach fortgeschrittenem metastasierten Brustkrebs, Darmkrebs und Lungenkrebs mit den in „Cancer“ und „Cancer Report“ veröffentlichten nationalen Überlebensraten der USA. Tabelle 2 zeigt diese drei Vergleiche, wobei die mittleren Überlebenszeiten in Monaten ausgedrückt sind. Für Brustkrebs beträgt die durchschnittliche Überlebenszeit in den USA 16 Monate, Simonton berichtet 35 Monate, und bei unseren Patienten liegt der Durchschnitt bei 42,5 Monaten. Für metastasierten Darm- und Lungenkrebs zeigt der Vergleich eine ebenso hervorragende Verbesserung der Lebenslänge, wobei unsere Daten doppelt so gut und in einigen Fällen sogar dreimal besser als die nationalen Durchschnittsdaten sind.

Tabelle 2: Vergleiche der Überlebenszeiten bei fortgeschrittenen metastasierten Erkrankungen

	Mittlere nationale Überlebenszeiten (in Monaten)	Simontons mittlere Überlebenszeiten (in Monaten)	Mittlere Überlebenszeiten des Newton Center (in Monaten)
Brustkrebs	16	35	42,5
Darmkrebs	11	21	40
Lungenkrebs	6	14	24

Diskussion

Bevor wir dies zu diskutieren beginnen, müssen wir nochmals darauf hinweisen, daß diese Daten klinische Eindrücke darstellen und deshalb nur als Hinweise dafür betrachtet werden können, daß ein möglicher Zusammenhang besteht zwischen Behandlung und beobachteten Ergebnissen. Ferner muß bedacht werden, daß wir nur relativ kleine Untersuchungsgruppen hatten und daß in diesen viele selektive Faktoren wirksam waren, die bestimmen, wer bei uns um Hilfe nachsucht und wer lang genug bleibt, um in unsere Ergebnisse einzugehen. Da jedermann weiß, daß wir Psychologen sind und uns deshalb mit der psychischen Seite derjenigen befassen, die zu uns kommen, erfassen wir mit unserem Programm wahrscheinlich nur einen Teil der gesamten Population der Krebspatienten. Weiterhin muß man bedenken, daß die angegebenen Mittelwerte der nationalen Überlebenszeiten eher nichtreliable Maße sind, da innerhalb jeder Diagnostikkategorie ein Individuum nur wenige Tage leben kann oder auch viele Jahre. Dennoch lassen diese nationalen Daten grobe Schätzungen zu und müssen wohl einigen Wert haben, sonst wären sie nicht gesammelt und veröffentlicht worden. Alles was wir sagen können ist, daß unsere Patienten eine viel geringere Streuung bezüglich der Lebensdauer haben und daß die Mittelwerte vermuten lassen, daß unsere Patienten signifikant länger leben, als man gewöhnlicherweise erwarten kann.

Am wichtigsten ist jedoch, daß beinahe jeder unserer Patienten ein besseres Leben hat. Im großen und ganzen leben Krebspatienten ihr Leben in Furcht, Schmerz und mit sehr begrenzter Aktivität und vermindertem Interesse, und der Tod wird oft nur mehr als Erlösung von alledem angesehen. Unter solchen Umständen ist eine Lebensverlängerung in vielerlei Hinsicht weder für den Patienten selbst noch für seine Familie etwas zu Erhoffendes. Deshalb ist es sehr befriedigend zu wissen, daß es nicht nur den Anschein hat, als lebten unsere Patienten länger als erwartet, sondern daß sie ein erfüllteres, reicheres und bedeutungsvolleres Leben leben, in vielerlei Hinsicht sogar ein besseres Leben als vor der Diagnose. Selbst bei denen, die sterben, scheint es so, daß der Tod ganz überraschend kommt, weil der Patient bis zuletzt aktiv und bedeutungsvoll gelebt hat.

Wir sind auch interessiert an dem, was der Patient für sich tut, soweit es Ernährung und körperliches Training betrifft. Diese Punkte werden in den Diskussionen mit dem Patienten angesprochen, und er wird, falls notwendig, zu geeigneten Beratern geschickt.

Wir glauben nicht, daß unsere Arbeit den einzig bedeutsamen Teil der gesamten Behandlung des Patienten darstellt. Wir unterstützen die Arbeit des Onkologen und sind bereit, mit ihm in jeder Weise zusammenzuarbeiten. Trotz der Erfahrung, daß es schwierig ist, mit vielen der Onkologen einen sinnvollen Kontakt aufrechtzuerhalten, müssen wir in unseren diesbezüglichen Bemühungen fortfahren. Solange wir unsere Arbeit als zusätzlich ansehen – und das ist nur passend –, kann jegliche Schranke des Mißverständnisses oder des Nichtakzeptierens nur zum Schaden des Patienten reichen. Nach unserer Erfahrung sind unsere Patienten zu ihren Onkologen und anderen behandelnden medizinischen Fachärzten wesentlich kooperativer, sobald sie sich besser fühlen, aktiver geworden sind in ihrem täglichen Leben und ihre Kontrollmöglichkeiten für das, was mit ihnen geschieht, ausgeweitet haben. Wir würden auch

gerne wissen, ob das größere Wohlbehagen, das der Patient empfindet, die positivere Erwartung und die größere Bereitschaft, sich der medizinischen Behandlung zu unterziehen, auch deren Effizienz förderlich sind.

Wenn wir auf unsere Erfahrungen zurückschauen und die Kritik einiger Onkologen sorgfältig abwägen, kommen wir bei einer Reihe von Punkten zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Eine Verbesserung der Lebensqualität unserer Patienten muß in unserer Arbeit das wichtigste Ziel für uns sein. Dies ist das Gebiet, auf dem wir am meisten Gutes tun können und auf dem unsere Ergebnisse am ehesten noch unzweideutig sind; es ist auch das Gebiet, zu dem Ärzte und ganz besonders Onkologen keinen Zugang haben und möglicherweise durch die besondere Art ihrer Tätigkeit auch nicht haben können. In dieser Hinsicht können wir ihnen deshalb von größter Hilfe sein.
2. Den Patienten damit zu konfrontieren, daß er selbst seine Krankheit verursacht hat, ist das genaue Gegenteil von dem, was man tun sollte. Es genügt uns nicht, einen Unterschied zu machen zwischen Schuld und Verantwortlichkeit, denn der Patient interpretiert nur allzu häufig die Worte nicht in der gleichen Weise wie wir. Er fühlt sich oft schuldig und wird nur noch angespannter, was mit allen Mitteln vermieden werden muß. Zudem ist nach unserer Erfahrung eine solche Konfrontation auch unnötig, um Fortschritte dahingehend machen zu können, daß der Patient begreift, daß er die Möglichkeit hat, sich selbst in entscheidender und grundlegender Weise zu helfen.
3. Therapeuten müssen Unterstützung geben und für ihren Patienten Sorge tragen, ohne ihm zu erlauben, weder zu kollabieren noch eine abhängige Haltung einzunehmen. Gerade weil der Krebspatient leicht verleugnet, ist es an uns, die Tatsache der Präsenz der Krankheit im Auge zu behalten, solange sie tatsächlich vorliegt; aber wir müssen alles tun, um den Patienten dazu zu bringen, mit seinem Leben so vollständig und energisch fortzufahren, wie seine Kondition es ihm erlaubt.

Häufig wird vermutet, daß in den Fällen, bei denen eine Remission eingetreten ist, wir es mit einer Spontanremission zu tun gehabt hätten. Es scheint uns aber, daß unsere Remissionen mit viel größerer Häufigkeit auftreten als in der Population der Krebspatienten insgesamt. Wir sollten auch bedenken, daß diese Bezeichnung selbst per definitionem ein Eingeständnis des Nichtwissens ist. Möglicherweise ist das, was wir tun, genau das Anregen jener Prozesse, die sich auch ohne Intervention in jenen Fällen abspielen, die „spontan“ zu sein scheinen. Selbst wenn unsere Arbeit nur darin bestehen sollte, daß wir lediglich die Häufigkeit erhöhen, mit der diese Prozesse auftreten, so ist sie gewiß der Mühe wert.

Zusammenfassung

Wir glauben, daß unsere nun beinahe achtjährige Erfahrung mit Krebspatienten klar zeigt, daß angemessene hypnotherapeutische Interventionen die Qualität des Lebens beinahe eines jeden Krebspatienten wesentlich verbessern können, wenn seine physische und psychologische Kondition es ihm erlaubt, diese Art der Behandlung zu nutzen. Tatsächlich scheint es, daß viele Patienten einen meßbaren Gewinn von der sehr kurzen Periode von nur ein paar Wochen der Fürsorge haben. Unsere Ergebnisse le-

gen in hohem Maße nahe, daß diese Art der Behandlung eine Verlängerung der Lebensdauer und in manchen Fällen sogar einen Stillstand oder eine Remission des Krankheitsprozesses bringen kann.

LITERATUR:

- Bahnson, C.B.: The psychological aspects of cancer. Paper presented at the *American Cancer Society's Thirteenth Science Writer's Seminar*, 1971.
- Benson, H.: *The Relaxation Response*. New York: William Morrow & Company, 1975.
- Evans, E.A.: *The Psychological Study of Cancer*. New York: Dodd, Mead & Company, 1926.
- Gengerellig, J.A. & Kirkner, F.J. (Eds.): *Psychological Variables in Human Cancer*. Berkeley & Los Angeles: University of California Press, 1954.
- Green, E.E., Green, A.M. & Walton, E.D.: Voluntary control of internal states: psychological & physiological. *Journal of Transpersonal Psychology*, 1970, 2, 1-26.
- LeShan, L.L.: An emotional life history pattern associated with neoplastic disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1966, 125, 780-793.
- LeShan, L.L.: *You Can Fight For Your Life*. New York: M. Evans & Co., 1977.
- Selye, H.: *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill, 1956.
- Simonton, O.C., Mathews-Simonton, S. & Sparks, T.F.: Psychological intervention in the treatment of cancer. *Psychosomatics*, 1980, 21, 226-233.
- Solomon, G.F., Amkraut, A.A. & Kasper, P.: Immunity, emotions & stress. *Annals of Clinical Research*, 1974, 6, 313-322.
- Solomon, G.F. & Amkraut, A.A.: Psychoneuroendocrinological effects on the immune response. *Annual Review of Microbiology*, 1981, 35, 155-184.

Keywords: cancer, hypnosis

Summary: *For nearly eight years, cancer patients have been treated at this outpatient facility using hypnosis and psychotherapy. Basis concepts, assumptions and procedures are presented and the issues and problems encountered are discussed. Results are given as they relate to the three goals of treatment.*

Anschrift des Autors:

Bernauer W. Newton, Ph.D.
Newton Center for Clinical Hypnosis
11340 West Olympic Blvd., Suite 350
Los Angeles, California 90064

Hypnose als begleitende Maßnahme bei der chemotherapeutischen Behandlung von Krebs¹

Sidney Rosen

Zusammenfassung: *Chemotherapie wird bei Krebspatienten in zunehmendem Maße angewandt; dadurch werden häufig Remissionen in Fällen erzielt, die früher als unbehandelbar galten. Unglücklicherweise geht diese Behandlung nahezu immer mit Nebenwirkungen einher, wie z.B. Übelkeit, Diarrhö, Schwäche oder Schwindelgefühl. Solche Begleiterscheinungen können die Lebensqualität des Patienten ruinieren. Hypnotische Techniken allgemein und speziell solche, die auf der Philosophie und dem Ansatz von Milton H. Erickson beruhen, können zur Linderung der Nebenwirkungen und zur Unterstützung lebensbehaltender und -aufrechterhaltender Kräfte hilfreich eingesetzt werden. Dieser Artikel stellt Induktionsansätze mit spezifischen und allgemeinen Suggestionen vor.*

Patienten, die wegen Krebs chemotherapeutisch behandelt werden, leiden manchmal so sehr unter den Nebenwirkungen, daß sie einen schnellen Tod dieser „zusätzlichen Folter“ vorziehen würden. Den Berichten einer Reihe von Forschern zufolge können die Nebenwirkungen durch die Verwendung von Marihuana oder durch systematische Desensibilisierung gemildert werden. Nach meiner eigenen Erfahrung wie auch der anderer (siehe Morrow & Morrell, 1982 oder Redd et al. 1982/1983) sind hypnotische Interventionen hilfreicher, insbesondere wenn sie sich auf das Wohlergehen und die Entwicklung des Menschen als Ganzes richten.

Gleich bei meiner ersten Begegnung mit dem krebskranken Patienten versuche ich, zukunftsprojektive Methoden anzuwenden. Ich führe ihn dahin, sich im reifen Alter zu sehen, vielleicht im 8. Lebensjahrzehnt, und auf die Zeitspanne zurückzublicken, während der er an Krebs gelitten hat; dabei soll er wahrnehmen, daß er nicht nur gelernt hat, körperlich zu überleben, sondern auch, daß er die chemotherapeutische Behandlung angenehm und sicher überstanden hat und daß er an der Gesamterfahrung gewachsen ist und aus ihr lernen konnte. Ich verwende dabei gewöhnlich sowohl allgemeine Suggestionen, die auf Ermutigung zu Lernprozessen, Wohlbefinden und Heilung abzielen, wie auch spezifische, die sich auf Symptome wie z.B. den Brechreiz richten.

Nach einer Induktion durch „frühe Lernerfahrungen“ sage ich z.B.:

„Du kannst Geist ohne Körper werden. Und als Geist ohne Körper kannst Du überallhin reisen in Zeit und Raum. Du kannst drei Jahre alt sein oder zehn Jahre alt. Du kannst Behaglichkeit in jedwedem Alter erfahren.“

(Manchmal lasse ich den Patienten durch eine spontane Bewegung anzeigen, wann er sich wohlfühlt.)

Dann mache ich z.B. den Vorschlag:

„Wir schreiben heute nicht 1983. Heute ist nicht der 18. Juli 1983. Und Du bist

1) Vortrag auf dem „Second International Congress on Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy“, 30. Nov. – 4. Dez. 1983 in Phoenix; übersetzt von Rosemarie Fuchs und Haik-Henrik Petrossian.