

# Hypnose in der Palliativmedizin

Wolfgang Schulze

In der vorliegenden Arbeit werden einige Parallelen zwischen Palliativmedizin und Hypnotherapie dargestellt, die Möglichkeiten der Hypnose zur Behandlung wichtiger Symptome in der Palliativmedizin und Beispiele für die psychische und existenziell-spirituelle Begleitung durch Hypnotherapie in der letzten Lebensphase.<sup>1)</sup>

## Definitionen

„Palliativmedizin ist ein Ansatz, mit dem die Lebensqualität der Patienten und ihrer Familien verbessert werden soll, wenn sie mit einer lebensbedrohlichen Krankheit und den damit verbundenen Problemen konfrontiert sind. Dies soll durch Vorsorge und Linderung von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen und fehlerlose Erfassung und Behandlung von Schmerzen und anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen erfolgen.“ (WHO-Definition Palliative Care, zitiert nach Sepulveda 2002, bzw. deutsch Radbruch et al. 2006).

Ziele der modernen Hypnotherapie sind: „Problembewältigung durch Zugang zu eigenen Ressourcen zu verbessern, störende und überwertige Affekte zu dissoziieren, nicht zugängliche (dissoziierte) Gefühle (und Erinnerungen! Anm. des Autors) zu reintegrieren, physiologische Prozesse von Kreislauf, Magen-Darm-Trakt, Muskulatur, Immun- und Hormonsystem sowie ZNS zu beeinflussen...“ (Revenstorf 2006, S. 12).

## Parallelen zwischen Palliativmedizin und Hypnotherapie

Palliativmedizin und Hypnotherapie haben somit einen ähnlichen Ansatz und ein ähnliches individuelles Krankheits- und Symptomverständnis unter Berücksichtigung körperlicher, psychischer, sozialer und spirituell/existentieller Bedürfnisse.

*Hypnose - ZHH* 2010, 5(1+2), 145-162

Wolfgang Schulze, Klinikum Bayreuth

**Hypnose in der Palliativmedizin**

**These:** Hypnose/Hypnotherapie ist ein exzellentes Tool für das Management verschiedener Situationen in der Palliativmedizin und sollte (auch in Deutschland) breitere Anwendung finden. **Darlegung:** Bisher haben sich die moderne Hypnotherapie und die moderne Palliativmedizin weitgehend nebeneinander entwickelt, in Deutschland fast ohne Querverbindungen, aber mit vielen Parallelen u.a. in Bezug auf Menschenbild und Ziele, die den Einsatz der Hypnotherapie in der Palliativmedizin geradezu herausfordern. **Standpunkt des Autors:** Die Anwendungsmöglichkeiten der Hypnotherapie lassen sich in den palliativmedizinischen Kontext übertragen. Eigene Erfahrungen und Literaturberichte zeigen die gute Nutzbarmachung der Hypnose zur Behandlung der typischen, in der Palliativmedizin vorkommenden Symptome wie z.B. Schmerzen, Dyspnoe, Übelkeit. Darüber hinaus eignet sich die Hypnotherapie sehr gut zur psychischen und existenziell-spirituellen Begleitung in der letzten Lebensphase, bietet Hilfe zur Akzeptanz der zum Tode führenden Erkrankung und beim Abschied von Lebensmöglichkeiten und von Angehörigen und entfaltet auch ein (psycho-)therapeutisches Potenzial bei den für diese Patienten sehr begrenzten Zeitressourcen. Diese guten Möglichkeiten der Hypnotherapie für die Palliativmedizin werden leider in Deutschland derzeit noch kaum genutzt. **Schlussfolgerung:** Palliativmediziner sollten die hervorragenden Möglichkeiten der Klinischen Hypnose zur ganzheitlichen Betreuung von Patienten in der letzten Lebensphase kennen und anzuwenden lernen, Hypnotherapeuten sollten ihre Möglichkeiten für die Betreuung auch von Palliativpatienten nutzen. Beide sollten die Forschung auf diesem Gebiet intensivieren.

**Schlüsselwörter:** Palliativmedizin, Hypnose, Hypnotherapie, Symptomkontrolle, Schmerzen, Dyspnoe, Strahlentherapie, Spiritualität

**Hypnosis in palliative care**

**Theme:** Hypnosis/Hypnotherapy is an excellent tool in the management of various situations in palliative care. It should be used much more in palliative care (especially in Germany). **Development:** In the past, modern hypnotherapy and modern palliative care developed mostly juxtaposed, especially in Germany, nearly without interconnection, but with many parallels, which will be discussed, and which directly ask for the use of hypnotherapy in palliative care. **Author's point of view:** The potentials of hypnotherapy can be transferred into the context of palliative care. Own experiences and reports in clinical literature show the good effectiveness of hypnosis in the treatment of the typical symptoms in palliative care like pain, dyspnea, vomiting etc. Furthermore hypnotherapy is useful for the psychological, existential and spiritual support in the last life stage, is helpful for the acceptance of lethal diseases, the abandonment of life options and to take leave of relatives. It shows a (psycho-)therapeutic potential in respect of the very limited time resources of this patients. The excellent potentials of hypnotherapy for palliative care are unfortunately barely realized in Germany. **Conclusion:** Physicians in palliative care should know and use the eminent possibilities of clinical hypnosis for the holistic care of patients in their last phase. Hypnotherapists should utilize their possibilities for the treatment of patients in palliative care. Further investigations are necessary by both groups.

**Keywords:** Palliative care, hypnosis, hypnotherapy, symptom control, pain, dyspnoea, radiation therapy, spirituality

Beide Fachgebiete haben eine uralte Tradition: Palliativmedizin, die lindernde Heilkunde, war – solange es kaum kurative Therapieansätze gab (allenfalls z.B. die Entfernung von Parasiten, Medinawurm), also bis in die Neuzeit hinein – über Jahrtausende die vorherrschende Intention der Heilkunde neben einzelnen rehabilitativen (Prothesen bei Kriegsopfern) und präventiven Maßnahmen. Insbesondere die frühesten Intentionen der Heilkunde waren rein palliativ/lindernd. Dazu zählte insbesondere auch die Nutzung von Trance-Zuständen zur Palliation (Bongartz 1992). Heilungsrituale beinhalteten in nahezu allen Kulturen Trance-Zustände, zunächst allerdings des Therapeuten (Schamane, Mediziner), dann aber auch der Patienten.<sup>2)</sup>

Beide Fachgebiete haben durch charismatische Persönlichkeiten in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts einen enormen Entwicklungsschub genommen: Cicely Saunders und Milton Erickson. Ansatz, Achtsamkeit, Wertschätzung und Menschenbild beider zeigen auffallende Parallelen.

Cicely Saunders (1918 – 2005) gilt als die Begründerin der modernen Hospizbewegung und Palliativmedizin. Die Gründung des St. Christopher's Hospice in London im Jahre 1967 wird als der Start für die wissenschaftliche Erforschung dieser neuen alten Heilkunde gesehen (u.a. Radbruch 2006). Insbesondere hat sich Saunders um die Entwicklung einer effizienten Schmerztherapie auf der Basis von Morphin verdient gemacht. Und schließlich hat sie sich am eigenen Lebensende ihrer Fachrichtung anvertraut: 2005 ist sie in ihrem Hospiz in London verstorben, ein Beispiel für ihre Authentizität.

Milton Erickson (1901 – 1980) braucht an dieser Stelle nur kurz skizziert zu werden: Er gilt als Begründer der modernen (und indirekten) Hypnotherapie, hat bereits 1959 über „Hypnosis in painful terminal illness“ berichtet, auch er hat sich „seiner“ Methodik mittels Selbsthypnose zur Schmerztherapie seiner polio-bedingten Beschwerden anvertraut (u.a. Peter 1987) – auch hier Authentizität.

Beide Fachgebiete arbeiten in sensiblen (Er-)Lebensphasen der Patienten: Menschen in der letzten Lebensphase, insbesondere Patienten, die der Palliativmedizin bedürfen, also solche mit quälenden Symptomen oder in einem Lebensalter, in dem der Tod als zu früh angesehen wird, befinden sich oft in emotionalen Ausnahmezuständen und sind in verschiedener Hinsicht leicht verletzlich. Gleiches gilt auch für die An- oder Zugehörigen der Patienten. Ein achtsamer und wertschätzender Umgang mit diesen Patienten und Angehörigen ist daher Grundvoraussetzung in der Palliativmedizin (was auch für die gesamte übrige Medizin gelten sollte, wie Hansen in diesem Heft darlegt; siehe auch Franke<sup>3)</sup>). Die Palliativmedizin trägt dem Rechnung, indem sie z.B. schon in der Ausbildung die Bedeutung der Haltung als wichtigstes Trainingsziel definiert: „Haltung nennen wir den Bewusstseinszustand, mit dem man an eine Sache, eine Person oder ein zu erwartendes Erlebnis herantritt und von dem die Auffassung der Sache, der Person und der Verlauf des Erlebens mitbestimmt werden [...] Haltung ist besonders entscheidend für den Umgang mit dem Sterben“ (Kern et al. 2007). Von den 3 Lernzielen Wissen, Können, Haltung/Einstellung, international als Knowledge,

### *Hypnose in der Palliativmedizin*

Skills und Attitude bezeichnet, gilt Haltung/Einstellung/Attitude als herausragend (Block et al. 2007). „Empathie und Validation des Anderen durch Annäherung von Wirklichkeiten ist die absolute und unabdingbare Voraussetzung des verstehenden Dialogs [in der Palliativmedizin]“, schreibt der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Müller-Busch (2009). – Auch die Verletzlichkeit in einer therapeutischen Trance erfordert einen achtsamen und verantwortungsvollen Umgang. Eine besondere Wertschätzung der Patienten ist auch in der Hypnotherapie grundlegend und wird speziell von Milton Erickson (1964/1998) immer wieder betont. Die häufigen Spontan-Trancen (oft Problem-Trancen!) und eine erhöhte Suggestibilität in der letzten Lebensphase (Ebell 2009, S. 675) verdeutlichen die Parallelität und können als eine Begründung für die Notwendigkeit des besonders achtsamen Umgangs mit Palliativ-Patienten angesehen werden. Die Hypnotherapie setzt eine kooperative und partnerschaftliche Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Patient, den Rapport, selbstverständlich voraus (Revenstorf 2006, S. 17-24).

Das Spannungsfeld zwischen „Autonomie“ und „Paternalismus“ (Husebö 2003a) der Palliativmedizin findet seine Entsprechung in der Methodik der direkten (Hole 2009) und der indirekten bzw. permissiven Suggestionen, die je nach Situation des Patienten beide ihre Berechtigung finden (s.u.), ebenso wie „pacing“ und „leading“ kaum isoliert eingesetzt werden können (Revenstorf 2006, S. 17-24).

Der Begriff der Patientenautonomie in der Palliativmedizin meint im Übrigen nicht nur die Respektierung des Patientenwillens. Patientenautonomie wird insbesondere erzielt durch den Erhalt oder die Wiedererlangung von körperlichen, geistigen, psychischen und sozialen Fähigkeiten des Patienten (vgl. Selbstkompetenz und Selbstwirklichkeit in der Hypnotherapie). Beide Gebiete arbeiten ressourcenorientiert (Gerl 2009, S. 79 ff).

Die Einbeziehung des (Familien-) Systems findet sich in allen bisherigen Definitionen der Palliativmedizin und erfährt in der Hypnotherapie die bedeutsamste Ausprägung im „hypnosystemischen“ Ansatz von Schmidt (2005).

Die Hypnotherapie erfordert ein klares Arbeitsbündnis und eine Zieldefinition (Gerl 2009, S. 83ff). In der Palliativmedizin ist die Definition und Besprechung des Behandlungsziels Grundvoraussetzung. Eine „Palliativmedizinische Komplexbehandlung“ ist auch abrechnungstechnisch nicht möglich ohne dokumentierte wöchentliche Definition des aktuellen Behandlungsziels als Ergebnis der vorausgesetzten multiprofessionellen Teambesprechung. Als Sonderfall eines Behandlungsziels finden wir in beiden Fachrichtungen das Ziel der „Akzeptanz des Unabänderlichen“.

Die Symptome, die in der Palliativmedizin am häufigsten auftreten, sind prinzipiell einer hypnotherapeutischen Intervention zugänglich: Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Inappetenz, Pruritus, Schlaflosigkeit, Angst, Einsamkeit, Traurigkeit ... (vgl. Ebell 2009). Die beiden Fachrichtungen berücksichtigen also nicht nur gemeinsam körperliche, psychische, soziale und spirituell/existentielle Bedürfnisse, sie arbeiten auch an ähnlichen Symptomen.

Interessant ist auch, dass sich beide Fachrichtungen als multiprofessionelles Querschnittsfach verstehen: So arbeiten Psychotherapeuten, Ärzte, Zahnärzte, Anästhesisten, Internisten wie Onkologen und Gastroenterologen mit Hypnose – und so wird Palliativmedizin von Allgemeinärzten, Anästhesisten, Strahlentherapeuten, Internisten, Neurologen und anderen Fachärzten ausgeübt. – Es gibt in Deutschland keine Facharztbezeichnung „Palliativmedizin“, sondern bewusst die fachärztliche „Zusatzbezeichnung Palliativmedizin“. Die Krankenpfleger, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und weitere Professionen werden ebenfalls als unverzichtbar für die Palliativmedizin im multiprofessionellen Team angesehen. Ein Ziel beider Fachrichtungen ist die Durchdringung anderer Fachgebiete, um diese an den Erkenntnissen und Methoden teilhaben zu lassen („Hypnose als Hefe“, Revenstorf 2009, S. 862).

Hypnotherapie wie Palliativmedizin arbeiten mit Ritualen und Metaphern: hypnotherapeutische Rituale wie Levitation brauchen an dieser Stelle nicht näher erläutert zu werden. In der Palliativmedizin gibt es ebenfalls wichtige Symbolhandlungen an der Schwelle des Todes: Abendmahl/Eucharistie, Krankensalbung, nach dem Versterben das Öffnen der Fenster, Anzünden von Lichtern u.a.m.<sup>3)</sup> Die Treppenmetapher der Hypnotherapie ähnelt frappierend den Sterbensmetaphern wie „durch den Tunnel zum Licht“. Die Metaphern „Schmetterling“, „Fluss“, „Wetter und Mantel“ (Seemann 2009) finden sich in der Hypnotherapie wie der Palliativmedizin.

Das hypnotherapeutische Reframing, z.B. „Was stattdessen?“ (Ebell 2009, S. 676) erinnert an den Perspektivenwandel bzgl. „Hoffnung“ in der Palliativmedizin (Huseboe 2003b, S. 519-527).

Eine Besonderheit beider Fachrichtungen ist der Umgang mit begrenzten Zeitressourcen: Entgegen anderen Psychotherapieverfahren genügen in der Hypnotherapie manchmal wenige Sitzungen, gelegentlich – zur Symptombehandlung wie „Schmerz“ – eine einzige, was besonders im zahnärztlichen Kontext gezeigt werden konnte. Auch der Palliativmedizin stehen oft nur begrenzte Zeiträume zur Verfügung – das Ansprechen eines klassischen Antidepressivums nach 3-4 Wochen wird von den Patienten manchmal nicht mehr erlebt, sodass alternativ z.B. mit Modafinil oder Methylphenidat (Bausewein et al. 2005, S. 102-103) gearbeitet wird, die sofort wirken. Ähnliches gilt für Blutkonserven versus Erythropoietin und Trijodthyronin versus L-Thyroxin.

Interessant ist auch die Parallelität von Nahtoderlebnissen und hypnotisch induzierten Dissoziationsphänomenen: NDE-Elemente lassen sich unter entspannten Bedingungen (Hypnose, Autogenes Training) induzieren (Schröter-Kunhardt 1999).

Angesichts dieser vielen Parallelen ist die – zumindest in Deutschland – geringe Anwendung hypnotherapeutischer Vorgehensweisen in der Palliativmedizin unverständlich. So wird die Hypnotherapie im Standardwerk „Lehrbuch der Palliativmedizin“ von Aulbert, Nauck und Radbruch (2006) nur einmal – von Keller (2006) – erwähnt, und zwar lediglich als Entspannungsverfahren (S. 1121). Auch im „Leitfaden Palliativmedizin“ (Bausewein et al. 2000) wird die Hypnotherapie nur einmal ge-

## *Hypnose in der Palliativmedizin*

nannt, und zwar von Albrecht (2000, S. 372) zur Anwendung bei Dyspnoe in ihrem Kapitel über Respiratorische Symptome. In der hypnotherapeutischen Literatur gibt es einige wenige Arbeiten (Peter 1994, Finlay & Jones 1996, Curtis 2001, Marcus et al. 2003, Iglesias 2004, Rajasekaran et al. 2006, Peintinger & Hartmann 2008), wengleich Erickson bereits 1959 die Thematik beschrieben hat: *Hypnosis in painful terminal illness*.

## **Anwendungen von Hypnose und Hypnotherapie in der Palliativmedizin**

Sinnvollerweise unterscheiden wir gerade auch in der palliativmedizinischen Hypnose eine „Symptomorientierung“ („Symptomkontrolle“) von der „Problemorientierung“ (Ressourcen-, existenzielle Orientierung), wobei allerdings auch die moderne hypnotherapeutische Symptombehandlung mit den Ressourcen der Patienten arbeitet. Gelegentlich mündet die symptomorientierte Hypnose bei Aufdecken relevanter früherer Belastungen auch in einer problem- oder konfliktorientierten Hypnotherapie (Revenstorf 2006). Bei der existenziell bedrohten Situation terminal Erkrankter ist darüberhinaus die Hypnose eine hervorragende Methode, Verdrängungen aufzulockern und über Tod und Sterben ins Gespräch zu kommen (Peter 1994, Sztab<sup>4</sup>). Zunächst allerdings soll die mehr symptomorientierte Anwendung skizziert werden:

Die erwähnten klassischen, zunächst mehr körperlichen Symptome in der Palliativmedizin wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Inappetenz, Pruritus u.a. sind prinzipiell durch hypnotherapeutische Verfahren angebar (Syrjala et al. 1996, Rajasekaran et al. 2006, Ebell 2009), wengleich aufgrund der oft sehr schweren Symptomatik meist eine multimodale Therapie – Medikamente, Physiotherapie, Strahlentherapie, Kathetertechniken einschließend – erforderlich ist. So ist der Patient bei der Behandlung von Tumorschmerzen allein durch Hypnose oft überfordert, im multimodalen Ansatz ist die Hypnose indessen sehr wertvoll. Spezielle Schmerzformen wie neuropathische Schmerzen, die einer medikamentösen Behandlung nur zum Teil zugänglich sind, lassen sich durch alleinige oder zusätzliche Hypnose in vielen Fällen lindern (Ebell 2009, Peter 1996). Insbesondere die emotionale Komponente des (Tumor-)Schmerzes ist ein wichtiger Grund, Hypnose einzusetzen – dann allerdings mehr „problemorientiert“ als rein „symptomorientiert“.

In Analogie zur Hypnose bei (zahn-)ärztlichen Eingriffen (Schmierer 2009) gelingt es auch, den „Durchbruchschmerz“, z.B. das Auftreten von Schmerzattacken aus einer durch retardierte Schmerzmittel erzeugten schmerzfremen Zeit heraus, zu lindern. Dazu ist ein gewisses Training des Patienten erforderlich, um beim Auftreten des Durchbruchschmerzes in Selbsthypnose zu gehen und mittels zuvor konditionierter und verankerter Bilder oder Metaphern („Schmerzgestalt“ etc., s. Peter 2007, sowie in diesem Heft den nachfolgenden Beitrag) diesen auszublenden.

Noch effektiver als die Schmerzbehandlung ist nach den Erfahrungen des Autors die Behandlung der Dyspnoe, des subjektiven Gefühls, nicht genug Luft zu bekom-

men. So wird – wie erwähnt – in dem „Leitfaden Palliativmedizin“ (Bausewein et al. 2000) die Hypnotherapie nur bei Dyspnoe als Therapieoption der Palliativmedizin erwähnt (Albrecht, 2000, S. 372). Dyspnoe ist eins der führenden Symptome in der Palliativmedizin und ist meist durch irreversible Veränderungen der Lunge bedingt. Durch die Pathophysiologie werden sich selbst verstärkende Effekte der Dyspnoe hervorgerufen: Das Gefühl der Dyspnoe erhöht die Atemfrequenz mit Erhöhung von Atemarbeit und Sauerstoffverbrauch, die Abflachung der Atmung vermindert das Atemzugvolumen und erhöht damit das Totraumvolumen, was zu einem weiteren Anstieg des CO<sub>2</sub> führt mit weiterer Stimulation des Atemzentrums, wodurch die Dyspnoe intensiviert wird. Verbunden ist Dyspnoe fast immer mit Angst, die die Dyspnoe ebenfalls steigert. Diese wird gerade in der letzten Lebensphase häufig mit „Ersticken“ assoziiert und löst somit zusätzlich Panik aus, was den Circulus vitiosus nochmals verstärkt (Clemens & Klaschik 2006).

Als hilfreich hat sich folgendes Vorgehen erwiesen:

Im akuten Atemnotanfall können pacing und direkte Suggestionen die Aufmerksamkeit aus der Atmung z.B. in den Arm lenken - u.U. sogar mit Hilfe der Mesmerischen „passes“ - der dann zur Levitation angeregt wird. Utilisiert wird diese Veränderung durch Hinweis auf die „Kraft der Gedanken“ oder „des Unbewussten“ auf „Körperfunktionen“, und dass wir „die Atmung zuweilen zwar bewusst wahrnehmen, meist wird die Atmung aber zuverlässig gesteuert durch das autonome Nervensystem, das regelmäßig und ruhig arbeitet, ohne dass wir es erinnern müssen ... es sorgt für eine ausreichende Atmung, ruhig, weil der entspannte Körper nicht viel braucht, ruhig, entspannt ...“

Im Intervall, also außerhalb einer Atemnot- oder Hustenattacke, wird nach einer wie auch immer gearteten Induktion eine Altersregression angeregt mit der Suche nach einem Ort, an dem „es Ihnen so richtig gut ging (geht) – wo viel gute Luft spürbar ist – die Weite – der Sauerstoff – Windhauch ...“ Häufig werden Bilder aus früheren Zeiten oder der Kindheit generiert, im lichten Wald oder am Meer. Hier lässt sich durch Wechsel auf andere als optische Sinnesmodalitäten sowie das Einstreuen von Metaphern das Erleben der „freien Atmung“ erheblich verstärken: besonders der „Windhauch“ wird als angenehm erlebt, das „Rauschen der sattgrünen Blätter“, die die Luft „mit Sauerstoff anreichern“, der geradezu „gerochen“ werden kann, auch die „Luftbefeuchtung durch einen sprudelnden Wasserfall“. Eine Patientin mit einem „Cancer en cuirasse“ („Panzerkrebs“ mit Einengung durch derbe Tumormassen rund um den gesamten Thorax) hat den freien Atem erst so richtig gespürt, als sie auf ihrem Pferd – sozusagen „von Luft umgeben“ – durch einen frischgrünen Wald ritt. Sehr hilfreich ist dann das Setzen eines Ankers, den die Patienten selbst bestimmen sollen. Die Hand auf dem Oberbauch kann bei manchen Patienten die Aufmerksamkeit wieder auf die Atmung lenken und somit kontraproduktiv wirken, bei anderen hingegen den Atem weiter beruhigen.

Bereits eine einfache „Entspannungshypnose“ ist in der Lage, die Atemfrequenz zu

### *Hypnose in der Palliativmedizin*

senken und Angst zu mindern: ergotrope zu trophotrope Stoffwechsellage, Harmonisierung des inneren Milieus (Revenstorf 2009 S. 21). Die genannten Imaginationen verstärken diesen Effekt erheblich durch die Erinnerung und das Erleben des Gefühls, genug Luft zu haben: Die Atmung wird noch ruhiger, die Atemarbeit nimmt weiter ab, das Atemzugvolumen wird wieder größer mit Verminderung des Totraumvolumens, der Sauerstoffverbrauch wird gesenkt, der erhöhte  $p\text{CO}_2$  normalisiert sich, die Übererregung des Atemzentrums wird aufgehoben. Je öfter das erlebt wird, insbesondere wenn der Patient durch Autohypnose die Effekte selbst auslösen kann, um so mehr schwindet auch die Angst vor Dyspnoe und Ersticken. Auch wenn gerade bei Dyspnoe die Anwesenheit des Therapeuten besonders am Anfang als sehr angenehm erlebt wird, sollte der Patient möglichst oft autohypnotisch arbeiten, um Selbstwirksamkeit und Autonomie zu erleben. So können auch lang anhaltende Effekte erzielt werden.

Die Wirksamkeit der hypnotherapeutischen Behandlung von Übelkeit oder Erbrechen im Rahmen einer Chemotherapie ist gut belegt (z.B. Ebell 2009, Syrjala 1992). In der Palliativmedizin sind diese Symptome einschließlich der zu diesem Komplex zählenden Inappetenz (ANE = Anorexie, Nausea, Emesis) ebenfalls sehr häufig und oft schwieriger zu behandeln als z.B. der Schmerz, für dessen Behandlung es diverse medikamentöse und nichtmedikamentöse Optionen gibt. Nachdem ANE – für manche Patienten schlimmer als Schmerz oder Dyspnoe – als die Psyche stark beeinträchtigend, belastend und die letzte Lebensfreude raubend erlebt wird, sollte unbedingt der Versuch der (zusätzlichen) hypnotherapeutischen Behandlung gemacht werden (Rajasekaran 2006). Auch hier ist das Aufsuchen eines Ortes, an dem diese Symptome nicht existieren, hilfreich, kombiniert mit direkten Suggestionen nach Hole (2009) oder Bongartz und Bongartz (2009) wie z.B. „der Bauch ist wohlrig, weit und weich“ oder „die Wasser stürzen nach unten, sie brechen sich Bahn ... unerschöpftlich, immer neue Wassermassen ...“ und anderen indirekten Einstreuungen.

Beim Pruritus bietet sich an, dieses Symptom in ein weniger belastendes umzuwandeln im Sinne des „was stattdessen“ (Ebell 2009). Wie beim neuropathischen Schmerz wird hier gerne „Kälte“ verwendet.

Ein Sonderfall der Hypnoseanwendung in der Palliativmedizin sind Probleme, die bei einer zur Symptomkontrolle eingesetzten Strahlentherapie auftreten können (vgl. Schulze<sup>5</sup>). Eine Indikation zur Strahlentherapie in der Palliativmedizin besteht bei Schmerzen und Knochenbrüchigkeit durch Skelettmetastasen, bei Atemnot durch Bronchuskompression, bei Paresen, zentralem Erbrechen und sonstigen ZNS-Symptomen durch Hirn- oder Rückenmarksmetastasen, bei drohenden Tumordurchbrüchen nach außen, Tumorblutungen u.a. (Schulze<sup>5</sup>, van Oorschot et al. 2009). Die im Allgemeinzustand ohnehin stark reduzierten Patienten müssen bei der Bestrahlung eine gewisse Zeit ruhig liegen, zur guten Schonung der Nachbarorgane durch exakte Zielgenauigkeit der Bestrahlung auf harter Unterlage oder speziellen Lagerungshilfen zur Immobilisation und gelegentlich auch in einer individuellen Bestrahlungs-„Maske“ aus Kunststoff, die den Kopf immobilisieren soll. Besonders klaustrophobische Pa-

tienten belastet dieses „Setting“ bei der Strahlentherapie viel mehr als die Strahlung selbst; Patienten reden z.T. auch immer noch vom Bestrahlungs-„Bunker“. Nicht selten entsteht bei der Bestrahlung eine „Problemtrance“, die es zu „reframen“ gilt (vgl. auch Hansen in diesem Heft, Ebell<sup>6)</sup>):

Der Palliativmediziner (oder der Strahlentherapeut) wird in einem Vorgespräch sehr schnell eruieren können, ob eine hypnotherapeutische Vorbereitung sinnvoll oder erforderlich erscheint, sei es aus körperlichen Gründen (meist Dyspnoe, evtl. auch Unannehmlichkeit durch die harte Liege oder die Maske) oder aus psychischen Gründen (Klaustrophobie, Panik im Bestrahlungsraum oder unter der Maske, Strahlenangst etc.; Hansen in diesem Heft). Auch hier hat sich die Suche nach einem schönen oder sicheren Ort bewährt, wobei hier zu erwartende körperliche Reize als Anker oder zum Reframing oder im Sinne der posthypnotischen Suggestion mit eingebaut werden sollten: z.B. die meist an einzelnen Stellen besonders drückenden Lagerungshilfen: „Immer, wenn Sie den Druck des Bestrahlungstisches (o.a.) im Rücken spüren, werden Sie sich erinnern an den Stein im Sand, der Sie ganz sicher macht, dass Sie am Strand liegen und – unter dem Schutz Ihres Hutes (Maske) – die heilenden und wärmenden Strahlen der Sonne genießen ...“ Nach Auffinden des schönen Ortes werden also passende positive Suggestionen eingestreut (indirekt oder direkt) oder besser noch erfragt (indirekt).

## Fallbeispiele

Bei *Herrn K.*, einem jungen Patienten, Motorradfahrer, war zur Bestrahlung des Hirntumors eine Bestrahlungsmaske zur exakten Fixierung während der Bestrahlung erforderlich. Da er bei der Fixierung unter der Maske mit Panik reagierte, bot es sich an, den Motorradhelm zu nutzen: „Wenn Sie dann die Maske spüren, werden Sie sich erinnern an Ihren Motorradhelm, der Sie schützt bei Ihrer Fahrt durch die herrliche Landschaft der Fränkischen Schweiz, wo Sie mit jedem Atemzug die erfrischende, gut duftende Waldluft in sich einströmen lassen ... die Sie 100 mal entschädigt für die unbequeme Lage auf dem Motorrad ...“ Ein Patient mit einem beengenden Tumor im Hals und Atemnot, der ebenfalls in einer Maske bestrahlt werden musste und darunter Klaustrophobie und Panik entwickelte, hatte als Hobby aktives Fußballspiel genannt. Da er nur sehr schlecht sprechen konnte und kaum zu verstehen war, erfolgten folgende Suggestionen: „Und je lebendiger das Treiben wird, um so leichter die rechte Hand, die sich langsam abhebt ... Fußballer liegen auf dem Boden bei Erfolgserlebnissen ... nach dem entscheidenden, „erlösenden“, „befreienden“ Tor, das gerade Sie geschossen haben ... die Freunde und Kameraden stürmen auf Sie zu, stürzen sich auf Sie in ihrem Freudentaumel ... eine jubelnde Mensentraube entsteht, und lässt Sie die Leichtigkeit des Erfolgs erleben ... angenehm, leicht, die Freunde legen die Hände ums Gesicht, angenehm, wie die Maske, Steine im Rücken ... Sie werden sich erinnern ...“ Der Patient hält danach die Bestrahlung gut durch. – Ein anderer, der als Hobby Raumfahrt nannte, konnte aus

### *Hypnose in der Palliativmedizin*

dem Orbit die wunderschöne Erde betrachten mit Wäldern, Stränden, Flüssen, Wüsten und sich einen traumhaft schönen Ort aussuchen, an den er – an einem riesigen Fallschirm hängend – hinabschweben durfte, dort einfach liegenbleiben, den Blick an den Himmel gerichtet, von oben die heilsamen Strahlen .... Schließlich können die Geräusche im Bestrahlungsraum umgedeutet werden; die beiläufigen Stimmen der Assistentinnen, die beim Einrichten „in einer anderen Sprache reden“ und so das Gefühl des Urlaubs am Strand verstärken, das Summen des Linearbeschleunigers, das an Motorboote erinnert, leise Hintergrundmusik, die aus einem Kiosk im Hintergrund herrührt ... Das Einzeichnen der Bestrahlungsmarkierungen hat eine Patientin als „angenehm krabbelnden Käfer“ empfunden.

Bei Symptomen, die offensichtlich nicht beeinflussbar sind wie irreversible Lähmungen, Verlust der Mobilität, zunehmende Fatigue ist das Ziel, die Akzeptanz der Krankheit oder Behinderung zu verbessern bzw. die Symptomatik zu integrieren (Ebell 2009). Das kann gelingen durch einfache Entspannungshypnose (Finlay & Jones 1996, Curtis 2001), Utilisation von Bewältigungsstrategien bei früheren Verlusterfahrungen (Schmidt<sup>7</sup>) oder auch durch nochmaliges oder mehrmaliges Erleben von Mobilität in Trance (Meiss<sup>8</sup>). Im Grunde ähnelt das zunächst der Trance, in der bei der Symptombehandlung an einen Ort ohne dieses Symptom regrediert wurde. Das Ziel ist hier allerdings nicht mehr die Beeinflussung des Symptoms, sondern der „geordnete Abschied“ von Lebensmöglichkeiten, wie er z.B. auch bei Phantomgliedschmerzen eine Rolle spielen kann (Peter 2009). An diesen Abschied von Lebensmöglichkeiten schließen sich dann leichter Gespräche an über Tod und Sterben (Peter 1994), die essenziell sind für die Palliativmedizin.

*Herr D., 45 Jahre*, hat ein metastasierendes Pankreas-Ca. Nach Induktion beobachtet er ein Fußballspiel vom Spielfeldrand aus. Findet das ungewöhnlich, normalerweise würde er mitspielen. „Jetzt dürfen Sie sich zurücklehnen, müssen sich nicht mehr „reinstressen“. „Früher hab ich auch so rumgetollt“ – kann er sich sehen? Als Kind? Altersregression. Es kommen viele Bilder aus seiner Kindheit auf dem Dorf: „Wir waren immer draußen ...“ „Wo sind Sie jetzt?“ „Vor der Kirche und der Bäckerei, wir haben uns getroffen und spielen, Fußball, Schnitzeljagd“ – lasse ihn die Szenen wieder erleben. Bei der Ausleitung erneut: „Jetzt dürfen Sie sich zurücklehnen, müssen sich nicht mehr „reinstressen“ ... Es hat ihm sichtlich gut getan und war der Beginn, sich von nicht mehr möglichen Lebensinhalten zu verabschieden.

Das gleiche gilt für „nichtgelebte Lebensträume“ (Meiss<sup>8</sup>): „Sterbende haben dann oft große Schwierigkeiten, Abschied vom Leben zu nehmen, wenn bedeutsame Lebensträume nicht verwirklicht werden konnten und vorhandene Potentiale und Fähigkeiten sich nicht entwickeln konnten. Ein Leben, in dem man sich vieles versagt hat und Wesentliches ungelebt geblieben ist, geht schmerzvoller zu Ende als ein erfülltes Leben. Ein Angebot an den Sterbenden kann sein, Ungelebtes in der Vorstellung nachzuholen ...“

In der existenziellen Bedrohung von Patienten in der Palliativmedizin ist oft nicht zwischen einer symptomorientierten und einer „problem-“ oder besser existenziell orientierten Hypnose zu unterscheiden, hier gibt es nahtlose Übergänge (Iglesias 2004). Auch der Patientenauftrag bezüglich des Behandlungsziels, der sonst in Hypnotherapie wie in Palliativmedizin Klarheit erfordert, verwischt sich bei Hypnosen in der Palliativmedizin. Das sei an zwei Beispielen erläutert, beide übrigens bei Patientinnen mit Kindern in der Familie.

*Frau B.*, Krankenschwester, verheiratet, 2 Kinder im Alter von 16 und 11 Jahren, ist jetzt Patientin auf der Palliativstation bei metastasiertem Magencarcinom und Peritonealmetastasen (Kruckenberg-Tumor). Es besteht ein irreversibler Ileus, sie kann nichts mehr essen und trinken, Übelkeit und Erbrechen haben sich durch Anlage einer sog. Ablauf-PEG und durch spezielle Medikamentenkombinationen bessern lassen. Sie leidet früh morgens unter Atemnot, bei genauerem Befragen aber auch verbunden mit Panik-Attacken, Angstzuständen und Enge. Als ich ihr eine Hypnose anbiete, zeigt sie sich sehr interessiert, lehnte sonstige Zusatztherapien wie Musik-, Kunst- oder Gestalttherapie aber ab. – Nach einem Vorgespräch Induktion mit Augenfixation, die Ratifikation gelingt mit recht intensiver Armlevitation rechts. Kontaktaufnahme mit dem Unbewussten. Altersregression zu einem schönen, angenehmen und sicheren Ort: Sie nennt Gretsiel an der Nordsee. Sie findet sich (nicht etwa am weiten, freien Strand, sondern) in einem Zimmer, nicht sehr groß, in einem Kaffeehaus, die Fenster sind geöffnet, die Sonne scheint herein. Sie kann den Käsekuchen riechen, Kaffee, Tee riecht gut, kann Kuchen essen. Kann sie auch etwas hören? „Ja, die Stimmen meiner Familie, besonders der Kinder“ „Wo sind sie?“ „Die Kinder wollen raus“ „Geht das?“ „Natürlich, sie müssen raus!“ Habe diese Formulierung durch Wiederholung verstärkt, sie bei sich gelassen. Später habe ich einen vorher vereinbarten Anker am linken Handgelenk gesetzt. Posthypnotische Suggestion: „Wenn Sie diesen Anker am Handgelenk spüren, werden Sie sich wiederfinden in dieser Kaffeestube in Gretsiel, die Kinder spielen draußen, es ist alles gut ... und wenn Sie den Ort langsam wieder verlassen wollen, wohl wissend, jederzeit hierher zurückkehren zu können, ... wird sich die Hand langsam senken ...“ Am nächsten Morgen hat sie eine Stunde verschlafen, was für sie ganz untypisch sei, sie berichtet, sie fühle sich viel besser, es sei keine Panik aufgetreten, keine Atemnot oder Enge. Sie ist verwundert, dass sie sich das „enge Kaffeehaus“ ausgesucht hat, wo doch Enge das Thema war ... Bestärke sie, dass das alles schon richtig sei. In diesem Nachgespräch wird auch thematisiert, dass sie die Kinder rausgeschickt hat. Thema ist jetzt Abschied: „Ja, die gehören nicht in den engen Kasten (!)“ Frau B. ist zuversichtlich, „die kommen schon allein zurecht“.

13 Tage später: Das Engegefühl und die Panik sind auf Dauer beseitigt. Thema ist jetzt vordergründig für Frau B. die für morgen geplante Portimplantation (Subcutane Infusionskammer bei Trinkunmöglichkeit, um auf die die Körperintegrität stärker beeinträchtigenden Venenkatheter verzichten zu können). Diese ist geplant in

### *Hypnose in der Palliativmedizin*

Vorbereitung auf eine für nächste Woche mögliche Entlassung nach Hause (um dort sterben zu können). Diesbezüglich ist sie sehr ambivalent, einerseits wünscht sie sich nach monatelangen Krankenhausaufenthalten nichts sehnlicher, als zu Hause zu sein, andererseits formuliert sie, dass sie die Sicherheit der Palliativstation brauche. Dahinter steckt – so ist die einhellige Meinung des Pflorgeteams (ihre Kolleginnen!) – offensichtlich die Befürchtung, ihre Familie zu stark zu belasten. Soll sie sich freuen oder überwiegt die Angst? Nach Induktion und Armlevitation Aufsuchen eines schönen und sicheren Ortes, des bekannten oder eines neuen, Erleben mit allen Sinnen. Sie ist offensichtlich sehr intensiv dabei, spricht aber nicht, was nicht stört. Anregung zum ideomotorischen Signalisieren: Überwiegt die Freude, dann wird sich der Arm weiter heben; überwiegt das Gefühl der Sicherheit auf der Palliativstation, dann wird sich der Arm senken. Das Signal ist ganz eindeutig: die Freude auf zu Hause überwiegt. Es folgen noch Suggestion für die morgige Portimplantation: Der Port wird sie bereichern, und der Venenkatheter wird sie dann nicht mehr stören, die Körperintegrität wird wieder hergestellt sein. - Ihr hätte es sehr gut getan, sagt sie anschließend mit einem Strahlen im Gesicht. An der Entlassung hat sie nicht mehr gezweifelt, wir konnten sie nach Hause entlassen mit der Zusage, sie bei Problemen wieder aufnehmen zu können. Sie ist zu Hause geblieben und 24 Tage später dort verstorben.

*Frau R., 40 Jahre, Künstlerin, gut verheiratet, 2 Kinder (14 und 11 Jahre) mit metastasiertem Mamma-Carcinom: Lähmung des rechten Armes durch Plexus-Tumordinfiltration, Rippenfell- und Lungenmetastasen hatten zu Atemnot geführt, ausgedehnte Skelettmetastasen zu pathologischen Frakturen, zweimal musste bereits operativ stabilisiert werden. Es bestanden Lebermetastasen, die schließlich das Leben limitieren werden. Palliative Chemotherapien waren unterbrochen worden zugunsten einer Strahlentherapie mehrerer weiterer Knochenmetastasen, um die drohenden Frakturen (u.a. Gefahr der Querschnittslähmung bei Wirbelmetastasen) abzuwenden und Schmerzen zu lindern. Von 5 zu bestrahlenden Regionen schaffte sie täglich 3-4, länger konnte sie nicht liegen. Aufgrund der Komplexität der Beschwerden Behandlung auf der Palliativstation. – Trotz dieses Krankheitsstadiums äußerte die Patientin, „gesund werden“ zu wollen. Das auf unserer Station bekannte Angebot der Hypnose wollte sie sehr gerne nutzen, hatte eine gewisse Vorerfahrung in Autogenem Training. Sie wollte kein klares Ziel oder Thema nennen außer der Erwartung, dass es ihr gut täte. In solchen Situationen empfiehlt sich, auf die Impulse des „Unbewussten“ zu vertrauen:*

Sie hat spontan die Augen geschlossen, diskrete Levitation des gesunden Armes, sie sah eine (Keller)-Treppe, die sie hinaufging, Kontaktaufnahme mit dem Unbewussten, Altersregression zu schönen Orten, sie fand deren vier. Erlaubnis, sich einen aussuchen zu dürfen: Sie fand sich auf einem Skilift nach oben, allein, herrliche Sonne, Schnee knirscht, Wald ... es ging durch Wolken nach oben (!).

Diese Bilder wurden genutzt bezüglich der Dyspnoe mit Begriffen wie „Frei-

heit, Weite, Luft, Sauerstoff ...“, ohne allerdings darauf zu verzichten, zu erwähnen, dass „das Unbewusste schon längst weiß, was das bewusste Denken noch nicht weiß“. Auf verstärkende Einstreuungen hinsichtlich „Übergang“ oder „sterben“ habe ich in dieser ersten Sitzung zugunsten des Rapports aber bewusst verzichtet. Sie hat die Hypnose als sehr angenehm erlebt und sich mehrfach bedankt.

Meine Frage bei der Visite am Folgetag: „Welche Stellen konnten wir heute bestrahlen?“ Antwort mit einem Lächeln: „Alle fünf, es ging gut, mit den Bergen, Sie wissen schon!“

Eine Woche später, zweite Hypnose. Wieder die Steintreppe hinauf: „Werden Sie wieder an den letzten Ort gehen oder an einen der drei anderen?“ Sie fand sich wieder an der Ostsee, Urlaub, die Bilder wechseln: Fahrradfahren, mit den Kindern beim Märchenvorleser, auf der Terrasse sitzend, die gute Luft, Sonne, „alle sind glücklich“ ... nach Fokussierung auf eine Situation: „Ich bin bei mir, die Kinder sind für sich ...“ zunächst wieder genutzt: die Seeluft ist angenehm, freies Atmen ... die Sonnenstrahlen, heilsam für die Knochen ... (in Anlehnung an Simonton & Simonton 1978, zur Stärkung der Motivation, die unbequemen Bestrahlungen fortzusetzen, ohne jedoch einen direkten Effekt auf das Tumorgewebe zu erwarten). Vorsichtige Verstärkung der Aussage: „Die Kinder sind für sich.“

Am Tag danach dritte Hypnose. Geht gut in Trance, sehr entspannt, keinerlei Husten. Diesmal spricht sie nicht. Levitation nur minimal, ist wohl zu schwach. Autonome Prozesse betont. „Das Unbewusste ist schon weiter als das bewusste Denken“ und Aufgreifen des Fadens von gestern: „Die Kinder sind für sich, kommen gut zurecht ...“ Nachdem sie weiterhin nicht spricht und (bei Schwäche) möglicherweise eingeschlafen ist: „Sie kommen mit Ihren guten Erlebnissen selbst gut zurecht, finden Ihren guten Ort für heute ... lasse Sie jetzt bei sich ... komme später wieder.“ Als ich das Zimmer wieder betrete, ist sie hellwach. Erzählt mir von ihren lebendigen Bildern: der Geburt ihrer Tochter, Hebammengeburt ohne Klinik. Habe das Thema „existenzielle Erfahrungen“, Leben, neues Leben, Lebensgefahr, Begrenzung des Lebens aufgegriffen. Sie ist voll dabei: „Wenn es zu Ende geht, 40 Jahre sind doch viel!“ sagt sie, und „ich habe intensiv gelebt ... schlimm ist eher, wenn Kinder sterben.“ Verstärke nochmal, dass nicht nur ihr Verstand, sondern „das Unbewusste, ihr Herz“, sicher ist, „die Kinder kommen zurecht“. Sie lächelnd: „Das war mir doch schon gestern klar!“ Sie erzählt mir von ihrer Hoffnung auf Wiedergeburt. Sie verdrängt nichts, wie es sonst schien. Jetzt kann offen über Fragen der wahrscheinlichen Lebensdauer gesprochen werden, was noch vorzubereiten oder zu klären ist.

Speziell Patientinnen mit Mamma-Carcinom erweisen sich als sehr offen hypnotherapeutischen wie überhaupt psychosozialen Angeboten gegenüber. Bei keiner anderen Tumorerkrankung gab es so früh Selbsthilfegruppen, Diskussionsforen, Selbstbildnisse der Betroffenen, etc. Möglicherweise spielt eine Rolle, dass besonders junge Mütter gerade diese Tumorerkrankung trifft.

## *Hypnose in der Palliativmedizin*

Schließlich ermöglicht Hypnose die Begleitung von Trauerprozessen im inneren Dialog mit dem Verstorbenen.

20 Jahre (!) *nach dem Tod seines Sohnes* suchte mich ein Mann auf, er komme über den Tod seines Sohnes nicht hinweg. Er hatte im Rahmen einer Strahlentherapie dem Sohn von der Einnahme von Cortison abgeraten, glaubte, damit an dessen Tod schuldig zu sein und kam zu mir als Strahlentherapeut, um in dieser Frage Klarheit zu gewinnen. Er legte mir umfangreiches Aktenmaterial über die Erkrankung seines Sohnes vor und Briefe namhafter Spezialisten, die bereits einen Zusammenhang ausgeschlossen hatte, was er aber noch anzweifelte. Er erhoffte von mir eine weitere Bestätigung der „objektiven“ Unschuld. Ich erklärte ihm, dass wir so nicht weiter kämen, sondern „schaun müssten, was der Sohn darüber gedacht haben mag oder denkt“. Da er nicht zu einer Hypnose-Sitzung gekommen war, erkläre ich noch weiter, dass „ich glaube, dass da nur der Sohn helfen kann. Und da kann man in Hypnose rankommen“. Er kann es sich zunächst nicht vorstellen, so erkläre ich ihm, dass „irgendwo in seinem Hirn der Sohn gespeichert ist, alles, wie er war und was er gedacht und gefühlt hat ... dass diese Stelle im Gehirn aber völlig überdeckt ist von den Schuldgefühlen etc. und freigelegt werden kann in Hypnose“. Das hat ihm eingeleuchtet, und da er eine weite Anfahrt hatte, haben wir uns auf einen Hypnose-Versuch geeinigt.

Nach üblicher Induktion sieht er einen Eisenbahnwagen. Umfeld: in seinem Heimatbahnhof. Sonst keine Menschen. Der Wagen stehe allein, bewegt sich nicht. „Der Bahnhof ist Ihnen sehr vertraut?“ „Ja. Bin öfters mit der Bahn gefahren.“ „Wenn Sie jetzt angekommen sind, dann gehen Sie doch heim. Sie kennen den Weg. Und denken schon mal drüber nach, wie Sie Ihrem Sohn zu Hause begegnen ... Sind Sie angekommen? Gehen Sie hinein. Wo ist Ihr Sohn, hat er ein Zimmer?“ „Ja.“ „Wie werden Sie ihn begrüßen? Manche Väter nehmen ihren Sohn in den Arm, manche begrüßen die Kinder anders, wie ist es bei Ihnen?“ „Ich nehme ihn in den Arm.“ „Gut. Spüren Sie seine Kleidung? Sie riechen den Geruch des Zimmers – ganz vertraut, spüren mit den Händen den Rücken – und spüren auch die Hände Ihres Sohnes ... Sie bleiben in dem Zimmer, setzen sich ... Ihr Sohn setzt sich auch ... Sie schau sich um, Sie kennen die Gegenstände rechts und links, Sie sehen das Fenster ... ganz vertraut ... und jetzt schauen Sie Ihrem Sohn in die Augen ... was sagt er Ihnen?“ „Warum hast Du das Cortison reduziert?“ „Sagen Sie ihm, dass Sie jetzt wissen, dass das mit der Verschlechterung der Krankheit nichts zu tun hat!“ – „Hans, die Reduktion des Cortisons hat nichts mit Deinem Tod zu tun, das hat mir Dr. Schulze ganz klar gesagt!“ Es folgen Blickkontakte:.. „Dann werde ich es ihm auch noch einmal sagen: ‘Hans, ich bin Strahlentherapie-Arzt, und dass dein Tod irgendetwas mit der Cortison-Reduktion zu tun haben soll, das ist völliger Unsinn!’“ Langsamer Abschied, er umarmt seinen Sohn erneut, geht den Weg zurück zum Bahnhof bis zu dem Wagen, der immer noch da steht, immer noch keine Menschen ... soll es einwirken lassen. Bedankt sich. Ein halbes Jahr später kommt er wieder:

Der Sohn sei kein Problem mehr.

Selbst bei diesem Beispiel, in dem der Verstorbene kaum agierte, war die Hypnose effektiv. Häufig entlastet der Verstorbene den Klienten aber unmittelbar.

## Schlussbemerkung

Abschließend sei noch auf einige Besonderheiten in der Arbeit mit Hypnose bei Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen bzw. am Lebensende hingewiesen:

Wegen der körperlichen Schwäche – die Patienten liegen meist im Bett – kann die Armlevitation zur Ratifikation eine Überforderung sein. Bei den in dieser Phase häufig auftretenden Spontan-Trancen bzw. dem häufigen Wechsel von Wach- über Trance- zu Schlafzustand und umgekehrt ist das meist auch gar nicht erforderlich. Zum ideomotorischen Signalisieren bieten sich hier Fingersignale o.ä. an. – Bei Patientinnen mit starkem Lymphödem des Armes kann die Suggestion der Leichtigkeit hilfreich sein, hier sollte man aber bewusst auf die Erwartung einer echten Levitation verzichten. Das Ausbleiben der Levitation aufgrund der Schwere des Armes würde sonst als „Versagen“ gedeutet. Oft haben diese Patientinnen zudem gleichzeitig mehr oder weniger ausgeprägte Plexusparesen. Besser ist es, in Altersregression die damals noch vorhandene freie Beweglichkeit imaginativ ausleben zu lassen analog zur Behandlung des Phantomgliedschmerzes (Peter 2009).

Durch die allgemeine Schwäche, Fatigue und Müdigkeit der Palliativpatienten kommt es immer wieder vor, dass Patienten während der Hypnose einschlafen. Das kann durchaus erwünscht und förderlich sein. In diesen Fällen verlasse ich das Zimmer, vergewissere mich aber nach einiger Zeit grundsätzlich persönlich, ob es dem Patienten gut geht.

Die Metaphern, auch zur Induktion, müssen mit Bedacht gewählt werden: „Sie werden jetzt die Augen schließen“ oder „Ihre Augen werden sich jetzt schließen“ hat bei Patienten in der letzten Lebensphase einen anderen Klang als z.B. „Die Augen dürfen jetzt einfach zufallen“. Unverfänglich ist auch: „Wenn die Lider schwer werden, dürfen sie (Sie) dem nachgeben“ oder „dürfen sie (Sie) sich senken“ oder „dürfen die Oberlider mit den Unterlidern den Kontakt suchen“. Nach längerem Leiden und Akzeptanz der Todesnähe kann allerdings folgende Metapher tröstlich sein: „Wenn es für Sie gut ist, werden (dürfen) sich die Augen schließen“ oder „Wenn es für Sie gut ist, werden (dürfen) Sie die Augen schließen“.

Zusammenfassend halte ich die Möglichkeiten von Hypnose und Hypnotherapie in der Palliativmedizin für so faszinierend, dass die Zusammenarbeit zwischen Palliativmedizinern und Hypnotherapeuten in Praxis und Forschung erheblich intensiviert werden sollte.

## *Hypnose in der Palliativmedizin*

### **Literatur**

- Albrecht, E. (2000). Respiratorische Symptome. In: Bausewein, C., Roller, S., Voltz, R. (Hrsg): Leitfaden Palliativmedizin. Urban & Fischer, München, Jena. S. 372
- Aulbert, E., Nauck, F. & Radbruch, L. (Hrsg). (2006). Lehrbuch der Palliativmedizin. Schattauer, Stuttgart, New York
- Bausewein, C., Remi, C., Twycross, R. & Wilcock, A. (Hrsg). (2005). Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin. Urban & Fischer, München, Jena
- Bausewein, C., Roller, S. & Voltz, R. (Hrsg). (2000). Leitfaden Palliativmedizin. Urban & Fischer, München, Jena
- Block, S.D., Billings, J.A. & Fittkau-Toennesmann, B. (2008). Train the Trainer für universitäre Dozenten im Fach Palliativmedizin, Syllabus, München-Harvard-Allianz
- Bongartz, W. (1992). Die prähistorischen Wurzeln der Trance. In: B. Peter & G. Schmidt (Hrsg): Erickson in Europa. Carl Auer, Heidelberg
- Bongartz, B. & Bongartz, W. (2009). Stellvertretertechnik. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg): Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Springer, Heidelberg, S. 270
- Clemens, K.E. & Klaschik, E. (2006). Respiratorische Symptome. In: Aulbert, E., Nauck, F. & Radbruch, L. (Hrsg). Lehrbuch der Palliativmedizin. Schattauer, Stuttgart, New York S. 375 ff.
- Curtis, C (2001). Hypnotherapy in a specialist palliative care unit: evaluation of a pilot service. *Int J Palliat Nurs* 2001 Dec;7(12). S. 604-609
- Ebell, H. (2009). Krebserkrankungen. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg): Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Springer, Heidelberg, S. 673-691
- Erickson, M.H. (1964/1998). Die Last der Verantwortung in einer erfolgreichen Hypnotherapie. In: Rossi, EL, Hrsg., *Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 1*, Carl Auer, Heidelberg, S. 79-94
- Erickson, M.H. (1959). Hypnosis in painful terminal illness. *Am J Clin Hypn* 1: 117-121
- Finlay, IG & Jones, OL (1996) Hypnotherapy in palliative care. *J R Soc Med* 1996 Sept. 89(9) S. 493-496
- Gerl, W. (2009) in: In: Revenstorf, D. & Peter, B.(Hrsg): Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Springer, Heidelberg, S. 78-85
- Hansen, E. (2010). Hypnotische Kommunikation – Eine Bereicherung für den Umgang mit Patienten. *Hypnose und Medizin. Hypnose-ZHH*, 5.
- Hole, G. (2009). Direkte Induktionen. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg): Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Springer, Heidelberg, S. 181-191
- Huseboe, S. (2003a). Ethik. In: Huseboe, S. & Klaschik, E. *Palliativmedizin*. S. 37-49
- Huseboe, S. (2003b). Die Rolle des Arztes – Hoffnung, In Huseboe S. & Klaschik, E. *Palliativmedizin*. S. 519-527
- Iglesias, A. (2004). Hypnosis and existential psychotherapy with end stage terminally ill patients. *Am J Clin Hypn*. 46(3): 201-13
- Keller, M. (2006). Depression. In: Aulbert, E., Nauck, F. & Radbruch, L. (Hrsg): Lehrbuch der Palliativmedizin. Schattauer, Stuttgart, New York, S. 1121
- Kern, M, Müller, M., & Aurnhammer, K. (2007). *Basiscurriculum Palliative Care*. (S. 28-29). Pallia Med, Bonn.
- Marcus, J., Elkins, G. & Mott, F. (2003). The integration of hypnosis into a model of palliative care. *Integr Cancer Ther* 2003 Dec;2(4): S. 365-370
- Müller-Busch, H.C. (2009). Kommunikation mit Sterbenskranken und Sterbenden. *Forum (Deutsche Krebsgesellschaft)* Band 24 S. 51-53
- Oorschot, B.v., Rades, D., Schulze, W., Feyer, P. & Flentje, M. (2009). Palliative Strahlentherapie. *Zeitschrift für Palliativmedizin Georg Thieme, Stuttgart*

- Peintinger, C. & Hartmann, W. (2008). Hypnose als schmerztherapeutische Option in der Palliativmedizin. *Wien Med Wochenschr.* 158/23-24: 674-679.
- Peter, B. (1987). Milton H. Ericksons Weg der Hypnose. *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 3(2), 129-142.
- Peter, B. (1994). Hypnotherapy with cancer patients: On speaking about death and dying. *Hypnos* 21(4), 246-251
- Peter, B. (1996). Hypnosis in the treatment of cancer pain. *Hypnos* 23: 99-108
- Peter, B. (2007). Konstruktion von "Schmerzgestalt" und "Symptomträger". Zwei hypnotherapeutische Strategien bei chronischen Schmerzpatienten. *Psychotherapie*, 12(1), 116-122.“
- Peter, B. (2009). Phantomgliedschmerzen. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg): *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Springer, Heidelberg, S. 613
- Radbruch, L., Nauck, F. & Aulbert, E. (2006). Grundlagen der Palliativmedizin. In: Aulbert, E., Nauck, F. & Radbruch, L. (Hrsg): *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Schattauer, Stuttgart, New York, S. 1-15
- 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
- Revenstorf, D. (2006). Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie. In: *Hypnose, Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie, Wissenschaftliche Anerkennung, Band 1+2*, S. 12
- Revenstorf, D. (2009). Schlussdiskussion. Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg): *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Springer, Heidelberg, S. 862
- Schmidt, G. (2005). Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung. Carl Auer, Heidelberg
- Schmierer, A. (2009). Zahnärztliche Problempatienten. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg): *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Springer, Heidelberg, S. 734-748
- Schröter-Kunhardt, M. (1999). Nah-Todeserfahrungen aus psychiatrisch-neurologischer Sicht. In: Soeffner, H-G & Knoblauch, H (Hrsg.): *Todesnähe: Interdisziplinäre Zugänge zu einem außergewöhnlichen Phänomen*. Universitätsverlag Konstanz, Konstanz 1999, S. 68
- Seemann, H. (2009). Psychosomatische Schmerzen. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg): *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Springer, Heidelberg, S. 597-598
- Sepulveda, C., Marlin, A., Yoshida, T. & Ullrich, A. (2002). Th World Health Organisation`s global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 96-6
- Simonton, C. & Simonton, S. (1978). *Getting well again. A step by step, self help guide to overcoming cancer for Patients and their Families*. J.P. Tarcher, Inc., Los Angeles
- Syrjala, K.L., Cummings, C, Donaldson, G.W. (1992). Hypnosis or behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial. *Pain*, 48, S. 137-146

Dr.med. Wolfgang Schulze  
 Klinikum Bayreuth GmbH  
 Preuschwitzer Str. 101  
 95445 Bayreuth  
 wolfgang.schulze@klinikum-bayreuth.de

erhalten: 20.9.09

revidierte Version akzeptiert: 11.11.09

### *Hypnose in der Palliativmedizin*

- 1) Schulze, W. (2009): Hypnose in der Strahlentherapie. Hypnose und Medizin – Therapeutische Kommunikation, MEG-Kongress Bad Kissingen. W17
- Schulze, W. (2009): Hypnose und Palliativmedizin – eine Begegnung. Hypnose und Medizin – Therapeutische Kommunikation, MEG-Kongress Bad Kissingen. V6
- 2) In der Folge wird zur Vereinfachung nur noch die generische („männliche“) Form verwendet.
- 3) Franke, C.M. (2009). Palliative care in Trance. Hilfen für die Seele, wenn der Körper stirbt. Hypnose und Medizin – Therapeutische Kommunikation, MEG-Kongress, Bad Kissingen. W79.
- 4) Sztab, T.I. (2008): Der „Sichere Ort“ in der Wandlung zum Paradies, Hypnotherapie am Ende des Lebens. Hypnotherapie, DGH-Kongress Bad Lippspringe, Workshop W44.
- 5) Schulze, W. (2005). Strahlentherapie in der Palliativmedizin versus Palliative Strahlentherapie - Der Versuch einer Grenzziehung. DGP-Kongress Aachen 2005.
- 6) Ebell, H. (2009). Hypnose bei Krebserkrankungen. Hypnose und Medizin – Therapeutische Kommunikation, MEG-Kongress Bad Kissingen. V18
- 7) Schmidt, G. (2007). Probleme als Kraft- und Kompetenzgeneratoren – wie man Schwächen hypnosystemisch transformieren kann. MEG-Kongress Heidelberg D63
- 8) Meiss, O. (2008). Trauer und Verlust. Seminar der M.E.G. München Nov. 2008