

Hypnotherapeutische Interventionen in der Herztransplantation

*Katharina Tigges-Limmer
Jan Gummert*

*“Gib Worte Deinem Schmerz.
Grimm, der nicht spricht,
presst das beladene Herz,
bis dass es bricht!“
William Shakespeare
(1564 – 1616)*

Die Herztransplantation (HTX) hat sich in den letzten 35 Jahren zu einem Standardverfahren in der chirurgischen Behandlung der terminalen Herzinsuffizienz entwickelt. Auf Grund der begrenzten Verfügbarkeit von Spenderorganen werden derzeit deutschlandweit nur knapp unter 400 Herztransplantationen pro Jahr durchgeführt. Die Hauptprobleme liegen heute nicht mehr im operationstechnischen Bereich, sondern in der Vermeidung akuter und chronischer Abstoßungsreaktionen, den unerwünschten Wirkungen der Immunsuppression (Medikamente, die die Abstoßung verhindern, indem sie die körpereigene Abwehr schwächen) und dem zunehmenden Mangel an Spenderorganen (Claus et al. 2004).

Sowohl die Wartezeit als auch die verschiedenen Phasen nach der Transplantation können erhebliche psychische Belastungen für die Patienten und deren Angehörige bedeuten. Das Transplantationsgesetz von 1997 fordert daher explizit eine psychologische Mitbehandlung der Patienten in den Transplantationszentren (TPG 1997).

Der dauernde Mangel potentieller Spenderorgane hat unter anderem eine verschärfte Selektion der Empfänger zur Folge. Dabei erhalten psychosoziale Faktoren in der Evaluation besonderes Gewicht. Vor allem angesichts der hohen medikamenten-

Hypnose - ZHH 2010, 5(1+2), 179-197

Katharina Tigges-Limmer und Jan Gummert, Ruhr Universität Bochum
Hypnotherapeutische Interventionen in der Herztransplantation

These: Die Herztransplantation in ihren verschiedenen Phasen bedeutet für den Patienten eine massive Herausforderung für Körper und Psyche. Gerade in der Akutphase der Transplantation, die durch starke körperliche Beeinträchtigungen, emotionale Hochspannung und affektive Krisen ausgezeichnet ist, können hypnotherapeutische Interventionen teilweise auch jenseits verbaler Kommunikationsmöglichkeiten sowohl konflikt- als auch ressourcen- und zukunftsorientiert äußerst hilfreich sein. **Beispiele:** In den verschiedenen Phasen der Herztransplantation (Diagnose-, präterminale, Transplantations- und Nachsorgephase) können unterschiedliche psychische Belastungen zum Tragen kommen, die mit verschiedenen hypnotherapeutischen Interventionen behandelt werden können. Es lassen sich sowohl direkte Induktionen (z.B. zur Biopsie, Einschwemmkatheter) als auch indirekte Induktionen (z.B. zur Entscheidungsfindung, Bewältigung der Wartezeit, Bewältigung von ICD-Auslösungen, Organintegration, Bewältigung von Phantasien zum Spender) anwenden. **Folgerungen:** Die Möglichkeit und Notwendigkeit einer psychologischen Mitbehandlung herztransplantierte Patienten ist im Transplantationsgesetz verankert. In der klinischen Praxis erscheint es ausgesprochen hilfreich, hypnotherapeutische Interventionen in den Transplantationsprozess einzubinden, um eine bessere Krankheitsbewältigung zu begünstigen.

Schlüsselwörter: Herztransplantation, Hypnose, hypnotherapeutische Interventionen

Hypnotherapeutic interventions in heart transplantation

Major theme: Heart transplantation in its various phases means for the patient a massive challenge for both body and mind. Especially in the acute phase of the transplant process, which is characterized by severe physical disabilities, emotional stress and affective crises, hypnotherapeutic interventions with its future and resource orientation can be extremely helpful partially beyond verbal communication. **Examples:** In the various phases of heart transplantation (diagnosis, preterminal, transplant and follow-up phase), different psychological stress can be treated with different hypnotherapeutic interventions. Formal hypnotic inductions (eg biopsy, catheter implementation) and indirect inductions (eg decision making, management of the waiting period, dealing with ICD-action, donor organ integration, management of donor fantasies) can be used. **Implications:** The possibility and necessity of psychological co-treatment of heart transplant patients is embodied in the German Transplantation Law. In clinical practice it is very helpful to use hypnotherapeutic interventions in the transplant process to facilitate an improved disease management.

Keywords: heart transplantation, hypnosis, hypnotherapeutic interventions

bezogenen postoperativen Non-Adhärenz – ca. 20 % aller Patienten nehmen nicht, nicht regelmäßig, nicht zur vorgegebenen Zeit oder in exakter Dosierung ihre Immunsuppressiva (Kugler et al. 2007) – erscheint es umso wichtiger, frühzeitig psychologische/psychiatrische Kontraindikationen zu identifizieren und entsprechend reagieren zu können.

Daneben führt der hohe Anteil der HTX von der Hochdringlichkeitsliste (HU= high urgent) neben einem Zuwachs der somatischen Komorbiditäten auch zu einer Zunahme der psychischen Komplikationen. Patienten auf der HU-Liste müssen im

Transplantationszentrum hospitalisiert sein und dort zum Teil wochen- oder teilweise auch monatelang auf ihr Herz warten. In der täglichen klinischen Beobachtung scheint die lange Konfrontation mit der Todesbedrohung der Nährboden für akute Belastungsreaktionen zu sein. Psychische Belastungen in der Wartezeit sind aber keineswegs einfach nur Befindlichkeitsstörungen, sondern können den Transplantationserfolg ernsthaft gefährden.

Das Herz wird von vielen Patienten immer noch als „Motor des Lebens“ angesehen: „Eine psychische Realität ist, dass kein anderes Organ emotional so befrachtet ist wie das Herz. Im Alltag, in der Umgangssprache und in der Literatur ist es seit Jahrtausenden fast weltweit Symbol und Metapher für die Liebe und das Leben, für Kraft und Stärke, der Ort des Fühlens und Denkens, der Sitz der Seele, Liebe und Persönlichkeit. Die emotionale Überfrachtung des Herzens bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Psyche. Alle Herzpatienten empfinden Ängste um ihr Herz, oftmals Todesängste, sei es durch Luftnot und Erstickungsgefühle, sei es durch Angina- oder Vernechtungsschmerz. Nach Herzoperationen zeigen sich wie bei sonst keiner Patientengruppe Ängste und depressive Verstimmungen in psychopathologisch auffälliger Weise. Verdrängung der Ängste und Verleugnung der Realität sind aber angesichts solcher massiven Bedrohungsgefühle durchaus legitime und effektive psychische Mechanismen, um vermeintliche innere oder äußere Gefahren abzuwehren“ (Meffert 2000, S. 283).

Anders als vielleicht bei der Transplantation anderer Organe gilt also auch bei einem „Herzwechsel“, die besondere psychosomatische Bedeutung des Herzens im Blick zu haben.

Die verschiedenen Phasen der Herztransplantation, die dazu parallel verlaufenden psychischen Anpassungsreaktionen der Patienten, die entsprechenden medizinpsychologischen Aufgaben und mögliche hypnotherapeutische Interventionsmöglichkeiten sind in Abbildung 1-4 dargestellt (nach Schulz, Lotz-Rambaldi & Koch 2004, S. 497, von der Erstautorin modifiziert und um die hypnotherapeutischen Interventionen ergänzt).

Die Psychologische Exploration

Das psychologische Explorationsgespräch ist in der Regel der erste Kontakt zwischen Psychologen eines Transplantationszentrums und dem Patienten, der sich im Prozess der Evaluation zur Listung befindet. Struktur und Inhalt des Listungsgesprächs sind gut dargestellt bei Drees (2002) und sollen hier nur um einige ressourcenorientierte und hypnotherapeutische Dimensionen ergänzt werden.

Das Listungsgespräch dient zum einen dazu, psychologische/psychiatrische Kontraindikationen zu identifizieren und zum anderen ein vertrauensvolles Verhältnis zum Patienten aufzubauen. Der Patient wird zu psychiatrischen Vorerkrankungen (Psychosen, Schizophrenien, schwere Depressionen, akute Suizidalität) befragt, die eine abso-

Hypnotherapie in der Herztransplantation

lute Kontraindikation zur Herztransplantation bedeuten. Persönlichkeitsstörungen, mittelschwere Depressionen, schwere Angststörung beinhalten eine relative Kontraindikation.

Daneben wird eine eingehende Suchtmittelanamnese erhoben. Alkohol-, Drogen-, Nikotin- und Medikamentenabhängigkeit gelten als absolute Kontraindikation, deren Abusus stellt eine relative Kontraindikation dar. Schwere Adipositas und eine aktive Anorexia nervosa sind wiederum absolute Kontraindikation. – Bei allen psychiatrischen und psychischen Erkrankungen sind insgesamt der Verlauf der Erkrankungen und deren Behandlungen von Bedeutung.

Von großem Interesse ist eine Einschätzung der Adhärenz. Ist der Patient fähig, willens und in der Lage, einem komplexen Medikamentenregime zu folgen? Besonderes Augenmerk gilt hier der bisherigen Medikamenteneinnahme, dem allgemeinen Gesundheitsverhalten und der Bindungsfähigkeit zu Ärzten.

Von Bedeutung sind ferner Qualität und Quantität der sozialen Unterstützung: Familienangehörige und Freunde können den Transplantationsprozess ebenso unterstützen wie hemmen. Mögliche Konfliktfelder, aber auch Stärken des Familiensystems werden ausgelotet. Eine komplett fehlende oder konfliktreiche soziale Unterstützung kann eine relative Kontraindikation zur HTX sein.

Im weiteren Verlauf werden Copingstrategien eruiert. Die Bewältigung bisheriger Lebenskrisen, bestehende Stressverarbeitungsmechanismen und der genaue Informationsstand der Patienten bezüglich ihrer Herzerkrankung stehen im Vordergrund. So resultiert fehlendes Wissen nicht automatisch aus schlechter Aufklärung, sondern kann auch ein Hinweis auf vermeidende, ignorierende oder ängstliche Grundmuster sein. Ferner sind auch Hobbys, Werte und innere Ressourcen von großem Interesse, weil diese Teil einer Bewältigungsstrategie für die kommende Herztransplantation bedeuten können. Zusätzlich werden kognitive Beeinträchtigungen wie Störungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration und der Gedächtnisleistung erfasst.

Die Patienten werden nach ihrer subjektiven Krankheitstheorie und damit nach ihren ganz persönlichen Gründen und Überzeugungen, warum sie erkrankt sind, befragt. Falls hier die Krankheit als Strafe oder Schuldzuweisung betrachtet wird, kann das Angebot einer „Ent“-Schuldigung gemacht werden, einer hypnotherapeutisch angeleiteten Auseinandersetzung mit als schuldhaft erlebten Anteilen des Verhaltens, der Persönlichkeit oder eigener biografischer Erlebnisse. Dies sprengt allerdings den Rahmen der Exploration und könnte in einem weiteren ambulanten Setting bei vorhandenem Patientenauftrag bearbeitet werden.

Von großem psychologischem Interesse ist die Einstellung des Patienten zur und seine Erwartungen an die TX. Welche persönlichen Gründe gibt es für die TX, existiert ein sozialer Druck zur TX und welche emotionalen Vorstellungen verbindet der Patient mit der Explantation seines eigenen Herzens und der Implantation eines Spenderherzens? Wie fand die Entscheidungsfindung statt, ist sie tatsächlich abgeschlossen, gibt es Zweifel an der TX?

Katharina Tigges-Limmer und Jan Gummert

<i>Krankheitsverlauf</i>	<i>Psychische Reaktionen und Aufgaben der Krankheitsbewältigung</i>	<i>Medizinpsychologische Aufgaben</i>	<i>Mögliche hypnotherapeutische Interventionen</i>
Diagnose	Anpassung an Krise	Förderung der Krankheitsverarbeitung	Imagination „Reise zum Herzen“
Chronische Herzerkrankung (z.B. Dilatative Kardiomyopathie)	Versuch der Aufrechterhaltung der persönlichen Autonomie	Krisenintervention bei psychischer Dekompensation	Ort der inneren Ruhe
Kontinuierliche Symptome	Bedeutungszuschreibung	Förderung von Adhärenz und Krankheitsverständnis	„Ent“-Schuldigung bei schuldhafter Bedeutungszuschreibung
Häufige Arztbesuche/Krankenhausaufenthalte	Anpassung an veränderte Rollen in Beruf/Familie	Beratung der Familie	„Wachhund-Geschichte bei traumatisch erlebter Defibrillator-Auslösung“
Medizinische Therapie	Setzen neuer Lebensinhalte/Ziele	Vermittlung von Selbsthilfegruppen	

Abb. 1: Diagnosephase

An dieser Stelle muss deutlich betont werden, dass es im psychologischen Kontakt kein Drängen für oder gegen die TX geben darf, der Patient sollte hier einen freien Raum für sich finden dürfen, auch Zweifel und Bedenken zu äußern. Viele Patienten empfinden den Konflikt, sich für oder gegen eine Transplantation zu entscheiden oft als Konflikt zwischen Gefühl und Vernunft.

Das Abwägen für oder gegen eine Transplantation kann hypnotherapeutisch begleitet werden, indem das Für und das Wider an seine beiden Hände gekoppelt wird und der Patient in Trance beide Positionen auf und in den Händen fokussiert. Zum Schluss wird der Patient dann eingeladen, beide Hände zusammenzuführen und neugierig zu schauen, was diese „Verhandlung“ auslösen kann.

Falls sich ein Patient für die HTX entschieden hat, scheint bedeutsam, wie er sich ein Leben mit dem Spenderherzen vorstellen kann, welche Hoffnungen und Ziele er damit verbindet und ob eine Zukunftsorientierung vorhanden ist. Auch diese Ziele müssen wertfrei eruiert werden

Insbesondere hypnotherapeutische Interventionen der Zukunftsorientierung (Zeitprogression) können die Patienten anregen, das Leben mit dem „neuen“ Herzen auf allen Sinneskanälen zu erfahren.

Hypnotherapie in der Herztransplantation

<i>Krankheitsverlauf</i>	<i>Psychische Reaktionen und Aufgaben der Krankheitsbewältigung</i>	<i>Medizinpsychologische Aufgaben</i>	<i>Mögliche hypnotherapeutische Interventionen</i>
Präterminales Stadium	Schockreaktion	Psychologische Evaluation; Unterstützung der Entscheidungsfindung	„Abwägen mit Rechts- und Linkshändigkeit“
Evaluation zur Transplantation	Umgang mit Todesangst	Hilfe beim Umgang mit Angst, Trauer, Ärger, Aggressivität, Depression, Schlafstörungen	Ideomotorische Signale
Warteliste	Entscheidungskonflikt	Entspannungsverfahren, Familiengespräche	Ressourcenaktivierung (innerer Helfer, weiser Ratgeber, etc.), „Schatzkiste“, Zukunftsorientierung (Imagination des Lebens mit dem Spenderherzen)
	Hilf- und Hoffnungslosigkeit Aufgeben vs. Kämpfen	Entspannungsverfahren, Familiengespräche	„Schatzkiste“, Zukunftsorientierung (Imagination des Lebens mit dem Spenderherzen)
	Umgang mit Luftnot, Schmerzen, Ungewissheit der TX	Familiengespräche	Abschied vom Herzen

Abb. 2: Präterminales Stadium

Weiterhin steht die affektive Situation des Patienten im Focus. Insbesondere Ängste vor der Operation, dem Tod, vor Schmerzen, möglichen Komplikationen und vor dem Spenderorgan brauchen Raum; viele Patienten fürchten z.B. eine eventuelle Übernahme von Persönlichkeitsanteilen des Spenders. Daneben können psychogene Schlafstörungen, reaktive Depressionen, weitere Belastungen wie Schulden, Konflikte, Gerichtsverfahren oder sexuelle Probleme thematisiert werden. Abschließend wird der Patient um eine Selbstbeschreibung mit besonderem Blick auf eigene Stärken gebeten. So sollen bereits Ressourcenprozesse aktiviert werden.

Neben dem Vertrauensaufbau und dem Informationsgewinn gilt es auch, Angehörige als Patienten zweiter Ordnung frühzeitig einzubeziehen. Die Gespräche können durch psychologische Testverfahren, Fragebögen und Zweitkonsile ergänzt werden. Im Anschluss an die Listungsgespräche erfolgt ein schriftlicher psychologischer Befund und im günstigsten Fall eine Darstellung des Patienten in einer teaminternen TX-Konferenz. Angesichts der Fülle der Themen und Bereiche auf der einen Seite und einer oft skeptischen Haltung vieler Patienten auf der anderen Seite kann die Phase der Exploration konfliktbeladen sein:

Katharina Tigges-Limmer und Jan Gummert

<i>Krankheitsverlauf</i>	<i>Psychische Reaktion und Aufgaben der Krankheitsbewältigung</i>	<i>Medizinpsychologische Aufgaben</i>	<i>Mögliche hypnotherapeutische Interventionen</i>
Transplantation	Postoperatives akutes organisches Psychosyndrom	Verarbeitung des akuten organischen Psychosyndroms	„Heilung beginnt bei der OP“ „Begrüßung des Spenderherzens“
	Angst vor Fehlfunktion und Abstoßung	Hilfe bei der Integration des neuen Organs: „Aus dem Fremden wird das Eigene“	Imagination des anonymen Spenders
	Spenderphantasien		Handschuh-Anästhesie Transfer
	Integration des neuen Organs	Schmerzbewältigungs-Techniken Unterstützung bei organischen und psychischen Krisen	Ort der inneren Ruhe/Sicherheit Geschichten für den Schlaf (z.B. Wach- und Schlafhund)

Abb. 3: Transplantationsphase

(1) Viele Patienten fühlen sich auf dem Prüfstand (sind es tatsächlich auch) und stellen sich in den Leistungsgesprächen psychisch stabiler dar, als sie es sind. Insbesondere ein möglicher Suchtmittelabusus wird oft zu verschleiern versucht. Gleichzeitig wird die somatische Belastung der Herzerkrankung in ihrer Alltagsbeeinträchtigung überbetont.

(2) Auch für die Psychologen gibt es zu bewältigende Konflikte. Der Prozess, ein vertrauensvolles Verhältnis zum Patienten aufzubauen, kann durch die Diagnostik von relativen oder absoluten Kontraindikationen gehemmt werden. Andererseits können immer nur Wahrscheinlichkeitsaussagen bezüglich menschlichen Verhaltens getroffen werden, keine sicheren Prognosen. Eigene Schuldgefühle und eventuelle Mitverantwortung an einer möglichen Nichtleistung und damit am Tod des Patienten stellen mögliche Konflikte dar. Hier erscheint es wichtig, zum einen emotional tragfähig in das Behandlungsteam integriert zu sein, sich für Supervisionsprozesse zu öffnen und einen fürsorglichen Kontakt zu sich selbst zu haben.

Hypnotherapie in der Herztransplantation

<i>Krankheitsverlauf</i>	<i>Psychische Reaktionen und Aufgaben der Krankheitsbewältigung</i>	<i>Medizinpsychologische Aufgaben</i>	<i>Mögliche hypnotherapeutische Interventionen</i>
Postoperative Phase/Nachsorge	Abstoßungsängste, Angst vor Infektionen (erhöhtes	Bearbeitung der Ängste	„Unerschöpflicher Speicher von Lebenskraft“ nach
Rekonvaleszenz	Angstniveau bis 6 Monate post),	Förderung der Adhärenz und der	Lorenz Wallacher, 2002
Neue medizinische Therapien (Herzmuskelbiopsien)	Adhärenz, Neuanpassung an soziale und berufliche Rolle (z.B.	Neuanpassung Krisenintervention	„Kontakt zum Herzen pflegen“
Immunsuppression	Nachreifung, Partnersuche, Ablösung,	Supportive Therapie	„Neue Normalität in Freundschaft mit dem Herzen“
Nebenwirkungen	Ausbildung), Bei Abstoßung: Depression, Schuldgefühle, Retrauma, Angst vor Retransplantation	Begleitung der Angehörigen	Anästhesien bei Biopsien

Abb. 4: Postoperative und Nachsorgephase

Hypnotherapeutische Interventionen mit Patienten auf der Warteliste

Angesichts der vielen möglichen psychischen Belastungen auf der Warteliste, die nun nach der Listung auf die Patienten zukommen können, erscheint eine psychologische Mitbehandlung dringend indiziert.

Die am häufigsten genannte Belastung ist die Ungewissheit bezüglich des Zeitpunkts der Transplantation (Riedel-Keil et al. 1994). Die andauernde innere Anspannung, dass theoretisch die Transplantation jederzeit erfolgen könnte, und auf der anderen Seite die immer länger werdenden Wartezeiten lösen eine psychische Dauerstresssituation aus. Diese wird verschärft durch die Erfahrung des eigenen Leistungsabbaus, oft verbunden mit Luftnot oder Schmerzen (Jalowiec et al., 1994). Mit dem Verlust der Belastungsfähigkeit kann ein Verlust der eigenen Autonomie, Selbstbestimmung und Kontrolle einhergehen. Dies kann als Selbstwerteinbruch erlebt werden. Vor allem sehr selbst bestimmte Menschen erleben das Gefangensein in einem immer schwächer werdenden Körper als massive Bedrohung der gesamten Identität (Zipfel

et al. 1999). Insbesondere wenn Männer als Alleinverdiener einer Familie betroffen sind, kann dies eine Rollenkehr für das gesamte Familiensystem bedeuten (Bunzel 1993).

Viele Patienten berichten von Schuldgefühlen angesichts des Wartens auf den Tod eines anderen Menschen (Köllner & Archonti 2003). Das eigene Überleben auf dem Tod eines anderen Menschen und der Trauer von Angehörigen aufzubauen oder sich selbst dabei zu erleben, auf den Tod anderer Menschen zu hoffen (z.B. bei schlechter Witterung sich über mögliche Unfallopfer zu freuen), nährt Schuldgefühle, die unbearbeitet wiederum depressive Stimmungen verschärfen.

Mit zunehmender Wartezeit rücken Operations- und Todesängste in den Vordergrund, die als sehr allumfassend, drängend und massiv erlebt werden. Viele Patienten wissen, dass mehr Menschen auf der Warteliste als durch Komplikationen nach der Transplantation versterben. Falls es auf der Warteliste zu einer Implantation eines Herzunterstützungssystems oder Kunstherzens kommen muss, steigt sprunghaft das Risiko einer posttraumatischen Belastungsstörung und die Entwicklung eines postoperativen Delirs an (Albert et al. 2002)

Dieser Vielfalt der verschiedenen psychischen Belastungen steht eine Vielzahl psychologischer Interventionsmöglichkeiten gegenüber, um dem Patienten adäquat zu helfen. Neben klinischer Erfahrung und psychotherapeutischer Ausbildung scheinen sich folgende Interventionen zu bewähren:

Grundlage im Kontakt mit den Patienten sollte die empathische, kongruente und authentische Grundhaltung sein, die im Alltag leicht gefordert und in der Praxis schwer zu erreichen ist. Durch VEE (Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte) wird zum einen die ansonsten im Krankenhausbetrieb zu selten wahrgenommene Emotionalität in aller Bandbreite in den Focus genommen, somit als Teil der Persönlichkeit hervorgehoben und so die emotionale Verarbeitung der akuten psychischen Belastungen forciert. Aufgrund der kardialen Situation sind aus ethischen Gründen konfliktaufdeckende oder -aufarbeitende Verfahren nur sehr bedingt einsetzbar. Hypnotherapeutische Interventionen in der Herztransplantation zeichnen sich durch Ressourcenorientierung und durch die Möglichkeit maßgeschneiderter Induktionen und Suggestionen aus (Tigges-Limmer et al. 2005)

Die Angst, vor einem rechtzeitig eintreffenden Herzen zu versterben muss sehr ernst genommen und kann als intensiver Lebenswunsch uminterpretiert (reframing) werden. In der klinischen Praxis hat sich die folgende Intervention „Reise zum Herzen“ insofern bewährt, als der Patient neben dem sorgenvollen erstmals einen eher fürsorglichen Kontakt zu seinem Herzen aufnimmt.

Reise zum Herzen

*Sie haben sich einen Platz in Ihrem Bett gesucht,
wo Sie allen Raum und alle Zeit für sich haben,
Sie ruhen sich in Ihrem Bett aus,*

Hypnotherapie in der Herztransplantation

machen es sich bequem, ruckeln sich noch ein wenig zu recht, wenn Sie mögen, um es sich noch bequemer zu machen.

Und nun suchen Sie sich einen Punkt, den Sie ganz entspannt anschauen können, einfach nur schauen, gar nichts machen, wie angenehm das schon sein kann und während Sie so schauen, kann es sein, dass Sie jetzt oder später spüren, wie Ihr Blick etwas wolkig wird, als ob Nebel am Rande des Blickes auftauchen würde, während Sie einfach nur ganz entspannt weiterschauen.

Und dann kann es sein, dass die Augen ganz leicht zu brennen beginnen, und Sie lieber die Augen schließen mögen, ganz leicht und wie von selbst schließen sich die Augen.

Jetzt oder später schließen Sie die Augen. Und Sie genießen die innere Abgeschlossenheit als eine angenehme Ruhe.

Und während die Augen sich fester und fester schließen, richten Sie den Blick nach innen. Nach innen in Ihren besonderen inneren Raum. Als eine Wachheit nach innen, die Sie für sich nutzen können,

wo Sie spüren wie Ihr Atem seinen Rhythmus findet in einer inneren Begleitung, in einen Rhythmus, den der Körper von selber findet, so dass Sie loslassen von allen Ereignissen des Tages, alle Spannungen loslassen

und tiefer gleiten in diesen besonderen Zustand

wo man der Ruhe erlaubt tiefer zu werden, Entspannung erlaubt sich auszubreiten

Stellen Sie sich einfach vor, wie Entspannung und Ruhe sich allmählich ausbreitet

von dem Körperteil, der jetzt schon angenehm entspannt und schwer ist

hin zu den Körperteilen fließen kann, die Entspannung brauchen können,

denn Entspannung ist die Art, wie der Körper sein inneres Gleichgewicht findet

und zu spüren wie die angenehme Schwere immer tiefer wird

und immer tiefer zu genießen

sich mehr und mehr wohl und schwer und warm fühlen

mehr und mehr wie von selbst sein inneres Gleichgewicht finden,

von allein mehr und mehr der Weisheit des Körpers vertrauen,

und der eigenen inneren Aufmerksamkeit vertrauen,

und dann mit der eigenen inneren Aufmerksamkeit das eigene Herz wahrnehmen,

in Ruhe und mit innerem Gleichgewicht Kontakt zum Herzen aufnehmen,

und da können angenehme Bilder und Vorstellungen so leicht

und wie von selbst kommen,

und jeder hat seine inneren Bilder und Vorstellungen und Erinnerungen,

die er mit seinem Herzen verbindet

in Ruhe und mit Sicherheit Kontakt zum Herzen aufnehmen,

so wie es passt und angenehm ist,

hineinspüren in das Herz

und einfach neugierig sein,

Katharina Tigges-Limmer und Jan Gummert

*welche Vorstellungen Ihr Unbewusstes Ihnen von Ihrem Herzen zukommen lässt,
 in aller Ruhe,
 dem eigenen Herzen bei der ruhigen, regelmäßigen Arbeit zuschauen,
 wie es ruhig und regelmäßig und gleichmäßig arbeitet,
 einfach neugierig sein, welche Bilder und Empfindungen auftauchen können
 schauen Sie sich in Ruhe um, welche Farben und Formen Sie sehen
 und vielleicht kommt Ihnen der Impuls,
 Ihrem Herzen zuzuhören,
 staunend dem eigenen Herzen lauschen
 in Ruhe und Zuversicht lauschen,
 vielleicht möchte es Ihnen etwas mitteilen,
 einfach mal hinhören
 mit viel Zeit und Zuversicht dem arbeitenden Herzen lauschen,
 und vielleicht möchten Sie Ihrem Herzen etwas mitteilen,
 etwas sagen, etwas mitteilen,
 einfach mal sich erlauben
 wie leicht es sein kann, mit seinem Herzen in Kontakt zu kommen,
 in guten Kontakt kommen
 sich tragen lassen von der Ruhe und dem Gleichmaß des Herzens
 und es annehmen,
 die ruhige Arbeit annehmen
 die Arbeit des Herzens annehmen
 in Ruhe und mit Gleichmaß
 mit Wohlwollen und mit Ruhe
 mein Herz annehmen
 so wie es ist,
 wie es jetzt ist,
 und vielleicht spüren Sie bei sich den Impuls,
 sich bei dem eigenen Herzen zu bedanken
 für die ruhige, gleichmäßige, anhaltende Arbeit bedanken
 danke sagen
 in aller Ruhe
 und zu spüren, wie die Zuversicht wächst,
 die Zuversicht, dass etwas seine Richtung findet,
 dass Vertrauen wachsen kann, wie von selbst,
 denn wachsen geht wie von selbst,
 dass mehr und mehr das Vertrauen in die Ruhe und in das Gleichmass des Herzens
 wachsen kann, ein Wachsen wie von selbst
 und sich Zeit nehmen, in dieser Ruhe, die Tag für Tag wachsen kann,
 was einen angenehmen Abstand zu den Dingen bewirkt,
 sich erlauben zu bemerken, wie sich etwas leichter anfühlt, und dass man dies wieder*

Hypnotherapie in der Herztransplantation

*und wieder genießen kann
jedes Mal deutlicher, mehr und leichter
und wenn Sie das wissen, können Sie langsam wieder zurückkommen
in all der Zeit, die Sie dazu brauchen
und die Sie sich nehmen können
wie Ihr Unbewusstes all die Entspannung und Ruhe mitnimmt,
die es braucht beim Zurückkommen
und jeder hat so seine Art, wieder zurückzukommen
ausgeruht und erfrischt zurückkommen
der eine hört meine Stimme jetzt wieder deutlicher beim Zurückkommen,
der andere nimmt den Raum hier und das Bett wieder deutlicher wahr,
und das Bedürfnis entsteht, sich zu strecken und zu dehnen,
und sich frisch und ausgeruht zu fühlen.*

Als Dauerbelastung auf der Hochdringlichkeitsliste erleben die Patienten oft medizinische Eingriffe wie die Anlage eines zentralvenösen Katheters oder Einschwemmkatheters. Hier können Handschuhanästhesien mit Transfer zur Kathetereinstichstelle gut greifen. Dabei erfolgt nach der klassischen Handschuhanästhesie ein imaginiertes Transfer mit kleiner Handbewegung in die Richtung zur Einstichstelle hin (*„Je mehr sich die Hand in die Richtung zu ihrem Hals dreht, desto intensiver überträgt sich das Betäubungsgefühl auf die Halshaut“*), da aus sterilen Gründen eine große Bewegung mit eigener Berührung der Einstichstelle ausbleiben muss.

Viele Patienten auf der Transplantationswarteliste mit Herzrhythmusproblemen tragen einen Defibrillator (ICD), der bei Rhythmusstörungen das Herz stimuliert und bei Kammerflimmern einen elektrischen Impuls an das Herz abgibt. Dieser Impuls wird von den meisten Patienten als äußerst belastend, schmerzhaft und traumatisch beschrieben. Der Elektroschlag als solcher wird massiv und die Todesnähe als äußerst existenziell bedrohlich erlebt. Neben der genauen Beschreibung der Auslösung mit Fokussierung auf das emotionale Erleben und die sprachlichen Bilder, die die Patienten benutzen, erzähle ich manchmal folgende persönliche Geschichte zur Bewältigung der ICD-Auslösung:

„Als kleines Kind bin ich auf einem Bauernhof groß geworden. Ich habe dort viel gelernt über den selbstverständlichen Umgang mit Tieren, den Kreislauf der Jahreszeiten, den Wechsel des Wetters und das Zusammenleben mit der Natur. Wir Kinder hatten einen netten kleinen Hund zum Spielen. Und wir hatten einen riesigen Schäferhund zum Wachen. Mir ist immer eingeschärft worden, Abstand und Respekt vor diesem Hund zu bewahren, er sei gefährlich und scharf. Das konnte ich ja gar nicht glauben. Er lag da so friedlich und mit glänzendem Fell vor seiner Hütte, den großen Kopf auf den großen Pfoten und stellte maximal ein Ohr auf um zu lauschen. Dann schlummerte er wieder weiter. Eigentlich schlummerte er den ganzen Tag. Er sah herrlich und freundlich aus und ich wollte ihn zu gerne streicheln, gab es doch auf dem Hof

Katharina Tigges-Limmer und Jan Gummert

viel größere Tiere, vor denen ich auch keine Angst hatte. Ich war sehr versucht, meine Hände in sein Fell zu wühlen und nur eine kleine innere Stimme hielt mich zurück.

Eines Tages kam ein tollwütiger Fuchs auf den Hof und lief direkt auf mich zu. Ich konnte den Schaum vor seinem Maul erkennen und war wie gelähmt vor Angst. Ich wusste, dass er mich beißen könnte und ich hatte Todesängste. Da konnte ich erleben, wie aus dem großen schlummernden Hund innerhalb einer Sekunde ein gefährlicher und aggressiver Wachhund wurde. Ich erlebte ein riesiges Gebiss, ein bedrohliches Knurren, scharfes Bellen, angespannte Muskeln und wölfisches Aussehen. Jetzt stand ich erst recht unter Schock. Der Fuchs war offensichtlich genauso erschrocken wie ich und verzog sich sofort. Unser Wachhund hatte ihn vertrieben, die Situation entschärft und mich gerettet. Aber es war kein zärtliches Retten gewesen, er war nicht sanft und friedlich bei seiner Arbeit, sondern scharf, präsent, schnell und aggressiv gewesen. Die Familie lief zusammen, alle waren aufgereggt und erschrocken und redeten laut durcheinander. Da lag unser Hund schon längst wieder mit seinem großen Kopf auf den großen Pfoten und schlummert wieder vor sich hin. Und er stellte wieder maximal ein Ohr auf um zu lauschen. Ich habe ihn seither anders betrachtet. Ich wusste, dass er ein Beschützer war, auf den ich mich verlassen konnte, aber ich hatte auch Respekt vor ihm. Und ich habe gelernt, dass Leben retten nicht immer sanft und friedlich geht, sondern dass es manchmal scharf, schnell und präsent sein muss.“

Je länger das Warten andauert, desto emotional belasteter sehen sich die meisten Patienten. Alle Interventionen, die dem Warten einen neuen Sinn geben (Wartezeit als Klärungszeit, Zeit der Sehnsucht) und die inneren Kräfte mobilisieren, sind hier indiziert. Hypnotherapeutisch bietet sich hier Ressourcen-Aktivierung (innerer Helfer, weiser Ratgeber, Geschichten zum Warten z.B. von „Oase zu Oase“, Lied der Wüste, Ort der inneren Ruhe) an.

Zusätzlich können Schmerzbewältigungstechniken zum Tragen kommen und weitere, nicht transplantationsbezogene psychische Belastungen entweder behandelt oder dissoziiert werden. Wichtig scheinen Familiengespräche zur Entlastung der Angehörigen, Klärung anstehender Konflikte und emotionale Unterstützung bei der Behandlung der typischen familiären Erstarrung angesichts der (vielleicht auch) tödlichen Bedrohung eines Familienmitglieds.

Einige Patienten berichten von Ängsten, die eigene Identität, Gefühlswelt, emotionale Erinnerungen mit einem Herzwechsel zu verlieren. Sie sind der Überzeugung, ihre Emotionalität wohne in ihrem Herzen. Es erscheint im medizinischen Setting wenig sinnvoll auf den Paradigmawechsel Herz–Hirn hinzuweisen, denn die archaische, psychosomatische Bedeutung des Herzens wird in diesen Ängsten deutlich.

Eine Utilisierung hat sich in der Praxis außergewöhnlich gut bewährt. Wenn kostbare Gefühle, Erinnerungen oder Geheimnisse im Herzen wohnen, bietet sich ein Umzug bei einem Herzwechsel an. Dazu imaginieren die Patienten nach Tranceinduktion eine Schatzkiste:

„Je kostbarer Ihnen der Inhalt ist, umso wertvoller, sicherer und schöner wird Ihre

Hypnotherapie in der Herztransplantation

Kiste aussehen, in die Sie all das, was Ihnen wertvoll und kostbar und wichtig ist, in Ruhe hineinpacken, wann immer es Ihnen passt und angenehm ist, können Sie wieder etwas hineinlegen, wohl wissend, dass nichts, was Ihnen wichtig erscheint, verloren gehen muss, sondern alles seinen guten Platz findet. Und Sie entscheiden selbst, was hineinkommt und mit darf und auch, wann Sie es wieder auspacken möchten.“

Einige Patienten haben das Bedürfnis, sich kurz vor ihrer Transplantation von ihrem alten Herzen zu verabschieden, sich zu bedanken und es loszulassen. In der klinischen Praxis hat es sich als sinnvoll gezeigt, diese Verabschiedung nicht zu früh zu initiieren. Kardiale Verschlechterungen könnten sonst dieser Verabschiedung zugeschrieben werden. Von daher empfiehlt es sich, eine Verabschiedung eingebettet in ein Dankesritual im Rahmen der Operationsvorbereitung auf die Transplantation zu terminieren. Da dies in der Regel ohne den Psychotherapeuten geschieht (nachts, Wochenende), kann es im Vorfeld vorbereitet werden. Dies sollte aber nur stattfinden, wenn die Patienten dies explizit ansprechen und wünschen:

„Und wenn Sie auf dem Operationstisch liegen und Sie die Aktivität um sich herum wahrnehmen, können Sie, wenn Sie mögen, noch mal Kontakt zu Ihrem Herzen aufnehmen, sich bei ihm für alle die Mühe und Arbeit bedanken, sich von ihm verabschieden und es in Gedanken loslassen. So wie man sich von einer alten Liebe verabschiedet und sie gut lässt um sich zu öffnen für eine neue Liebe.“

Hypnotherapeutische Interventionen direkt nach der Herztransplantation

Sobald der Patient nach der Operation wach, klar und orientiert ist – durchaus noch auf der Intensivstation – bietet sich ein Begrüßungsritual für das Spenderherz an zur Anstoßung des Integrationsprozesses des neuen Herzens in das Gesamtkörperbild. Der Patient wird eingeladen, beide Hände auf sein Herz zu legen und dieses nach Tranceinduktion zu begrüßen. Dabei findet er für sich persönliche Begrüßungsformeln wie z.B.:

Hallo

Ich begrüße Dich

Ich habe lange auf Dich gewartet

Du bist heiß ersehnt

Ich kenne Dich noch nicht und möchte Dich kennen lernen

Ich freue mich über Dich

Herzlich willkommen

Wir beide machen uns ein gutes Leben

Ich werde gut auf Dich achten

Wir werden zusammenwachsen

Wir werden jetzt ein gutes Team

Du wirst wie ein guter Freund/eine gute Freundin für mich sein

Katharina Tigges-Limmer und Jan Gummert

*Danke, dass Du jetzt schon für mich arbeitest
Ich brauche Dich und Du brauchst mich
Mein Blut fließt durch Dich und nimmt Dich an
Du arbeitest für mich und nimmst mich an
Ab jetzt gehen wir zusammen unseren Weg
Schön, dass Du da bist.*

Oft reagieren die Patienten sehr emotional auf diese Begrüßung, deshalb erscheint es ratsam, dies in Ruhe, mit Zeit und der Möglichkeit und dem Angebot einer Reflexion zu verbinden. Interventionen zur Wundheilung können sich anschließen:

„Und während Sie mit mir sprechen oder etwas ganz anderes tun, fängt gleichzeitig das Herz an einzuwachsen. Das was die Chirurgen so wunderbar aneinander genäht haben, wird jetzt gerade von Ihrem Körper genauso wunderbar umbaut, es fügt sich aneinander, während Sie mit dem bewussten Denken gar nichts machen müssen, sondern sich auf die Heilungskraft Ihres Körpers verlassen können, der von ganz alleine und automatisch die versorgenden Gefäße zusammenwachsen lässt.“

Aus medizinischer und psychologischer Sicht ist es ausgesprochen sinnvoll, dass der Operateur den Patienten schon länger vor der TX kennen gelernt und mit betreut hat, im klinischen Alltag ist dies nicht immer zu realisieren. Entsprechend haben die meist seltenen Begegnungen zwischen Operateur und Patienten einen ausgesprochen sensiblen und suggestiblen Charakter. Für viele Patienten ist der Operateur der Lebensretter, derjenige, der „einen von innen sah“, der direkt das alte und das neue Herz vergleichen konnte, der letztendliche Prüfer über die tatsächliche Notwendigkeit der Operation und derjenige, der die wahrhaftige „Güte“ des neuen Organs beurteilen kann. Das Beziehungsangebot auf Patientenseite kann zwischen Ehrfurcht, Skepsis, Spannung, Dankbarkeit und erhöhter Heilserwartung pendeln. Hier muss von chirurgischer Seite her auf sorgfältige Kommunikation, insbesondere was die Funktionsweise des neuen Organs betrifft, geachtet werden. Unbedachte Äußerungen könnten den Integrationsprozess des Spenderorgans in das Gesamtkörperbild empfindlich stören.

Falls die Patienten länger als einige Tage auf der Intensivstation verbleiben müssen, besteht die Gefahr einer akuten Belastungsreaktion (ICU-Syndrom), ausgelöst durch die Tag- und Nachtaktivität auf der Station, viele Alarmgeräusche, fehlende Intimität, erlebte und tatsächliche Todesnähe, diverse Ängste, Spannung und Schlafmangel. Hier empfehlen sich Trancemusik, Entspannungs-CDs und Schlafgeschichten (Wach- und Schlafhund, Siebenschläfer Meiss, 2005) um *Inseln der Ruhe inmitten der intensiven Aktivität* zu schaffen.

Das Ziehen der postoperativen Thoraxdrainageschläuche wird insbesondere von den jüngeren Patienten als schmerzhaft empfunden. Auch hier bietet sich die Hand- schuhanästhesie mit Transfer zur Drainageeintrittsstelle – ebenfalls mit kleiner Hand- bewegung - an.

Hypnotherapie in der Herztransplantation

Im weiteren postoperativen Verlauf kann es zu Genesungsverzögerungen aufgrund der präoperativen langen Liegezeit, vermehrten Komorbiditäten, Gewöhnungsprozessen an die Immunsuppression kommen. Patienten haben sich inständig auf die HTX (den Tag "X") vorbereitet und sind dann enttäuscht, wenn die Genesung nicht so zügig wie erwartet vorangeht. Hier bietet sich die hypnotherapeutische Übung „Unerschöpflicher Speicher von Lebenskraft von Liz Lorenz-Wallacher (2002) an.

Der Patient schaut dabei aus dem Fenster, sieht im günstigsten Fall einen Baum und stellt sich nach Tranceinduktion vor, dass der Baum als unerschöpflicher Speicher von Lebenskraft unsichtbare Fäden zum Patienten spinnt und nur durch das Anschauen Kräfte vermittelt (bei Genesungsverzögerung passives Kräfte sammeln als Ergänzung zum aktiven Körpertraining). Die vor lauter Lebenskraft strotzenden Bäume sind ein Teil der Lebenskraft, die jetzt (z.B. im Frühling) überall wirke, die nicht aufzuhalten sei und auch nicht durch Wände aufgehalten werden könne.

„Man könne sich gut vorstellen, dass feine energetische Verbindungsleitungen zwischen diesen Bäumen und dem Patienten existieren, die man mit dem inneren Auge wahrnehmen kann. Lebenskraft sei genug da zu jeder Zeit, er brauche sich nur vorzustellen, wie sich bei jedem Atemzug der Körper ganz von alleine mit dieser köstlichen Lebenskraft füllt und wie er von Stunde zu Stunde gesünder und kraftvoller wird.“

Viele Patienten beschäftigen sich nach der Transplantation mit dem Organspender. Ehrlicherweise ist ihr neues Herz kein neues Herz, sondern ein gebrauchtes Herz. Das Transplantationsgesetz verbietet jegliche Auskunft über den Spender, oft verbirgt sich hinter diesem Interesse die Sorge um eine Übernahme von Charaktereigenschaften des Spenders durch den Empfänger. Hier empfiehlt es sich, den Patienten nach Tranceeinleitung einen eigenen Spender phantasieren zu lassen, das Angebot zu formulieren, Kontakt mit ihm aufzunehmen, sich für die „Liebesgabe“ zu bedanken, noch alles das zu sagen, was ihm wichtig ist, um ihn dann in Ruhe gehen zu lassen. Auch dieser Teil des Bewältigungsprozesses kann emotional bewegend erlebt werden, auch hier empfiehlt sich ein ungestörtes Setting.

Im weiteren Genesungsverlauf gilt es für den Patienten „eine neue Normalität in Freundschaft mit dem Herzen“ für sich zu finden. Hypnotherapeutische Interventionen im weiteren postoperativen, auch ambulanten Verlauf können hierbei gut unterstützen. Die Patienten beschreiben sofort Abstoßungsängste und einige reagieren mit Schuldgefühlen, wenn es zu einer akuten Abstoßungsreaktion kommt. Sie befürchten, unbewusst ihr Herz abgelehnt zu haben, und so mittels falscher Einstellung eine Abstoßung provoziert zu haben. Wichtig erscheint hier eine psychoedukative Aufklärung über die Wirkweise der Immunsuppression zur emotionalen Entlastung. Und es empfiehlt sich wieder die „Reise zum Herzen“, um neben der sorgenvollen auch eine fürsorgliche Haltung zum Organ zu finden.

In den meisten Transplantationszentren finden in vorher festgelegten Rhythmen zur Überprüfung einer möglichen Abstoßung so genannte Herzmuskelbiopsien statt. Dabei wird über einen Katheter eine kleine Gewebeprobe des transplantierten Herzens

genommen. Der Einstich und das Verschieben des Katheters kann als schmerzhaft erlebt werden, die Biopsie in der Regel nicht. Dennoch fürchten einige Patienten um ihr Herz. Auch dieser Prozess kann hypnotherapeutisch begleitet werden. Nach der Tranceinduktion erfolgt wie beim ZV-Katheter-Anlegen eine Handschuhanästhesie mit Transfer zur Einstichstelle mit kleiner Handbewegung. Anschließend gibt der Patient mittels ideomotorischer Signale (Heben des Ja-Fingers) die Erlaubnis zur Gewebeprobeentnahme (*einen kleinen Teil geben für die Sicherheit des Ganzen*).

Durch die Einnahme der Immunsuppressiva sind die Patienten in der Regel anfälliger für Infektionen (Viren, Bakterien, Pilze) aller Art. Neben einer zunächst vorsichtigen Verhaltensweise (Fernhalten von Tieren, Vermeidung von keimreicher Nahrung, Abstinenz von Nikotin/Alkohol/suchtpotenten Medikamenten) muss auch eine sorgfältige UV-Protektion erfolgen. Zudem müssen die Immunsuppressiva zuverlässig und pünktlich eingenommen werden, damit ein ausreichender Spiegel gehalten werden kann. Insgesamt gesehen wird also von den Patienten ein ausgesprochen diszipliniertes Verhalten verlangt. Dies ist der Preis für das Leben mit einem Spenderherzen und einigen Patienten erscheint er im Laufe der Zeit als (zu) hoch. Welche hypnotherapeutischen Interventionen hier greifen könnten zur besseren Akzeptanz des Preises, bleibt (mir) zur Zeit offen. Günstig könnte eine interdisziplinäre Schulung zu Erhöhung der Adhärenz unter Einbezug hypnotherapeutischer Interventionen (z.B. Zeitprogression, Ressourcenorientierung, Abwägungen) sein.

Da die Herztransplantation ein so eingreifendes persönliches Erlebnis bedeutet, gibt es auch einige persönliche veröffentlichte Erfahrungsberichte von Patienten über ihre Transplantation (Gauder, 2007 oder Claussen, 1996). Gerade aus den persönlichen Berichten können wertvolle Hinweise auf die Emotionalität des Prozesses bezogen werden.

Alle hypnotherapeutischen Interventionen im Herztransplantationsprozess sollten eingebettet sein in einen therapeutischen Prozess. Unbedingte Voraussetzung scheint eine tragfähige Beziehung zum Psychotherapeuten, die sich auf Vertrauen und Kompetenz des Behandelnden stützen muss. Gleichzeitig muss der Psychotherapeut auf Selbstregulation, Ressourcen und Grenzen seines Klienten vertrauen können. Wichtig ist auch die Einbindung der Interventionen in das supportive Gespräch und weitere psychotherapeutische Interventionen. Ebenso bedeutsam ist die Einbindung des Psychotherapeuten in das restliche Behandlungsteam (Ärzte und Pflegepersonal). Nur so können z. B. schnelle Kriseninterventionen zum Tragen kommen und nicht alltägliche Interventionen im Klinikalltag realisiert werden. Wichtig erscheint außerdem, dass die hypnotherapeutischen Interventionen als Angebote formuliert und die „Ungehorsamkeitsregel“ eingearbeitet wird:

„Wenn Sie mir in Trance folgen mögen, ist das Wichtigste die Ungehorsamkeitsregel. Sie lautet: Folgen Sie mir nicht oder nur, wenn Sie wirklich mögen. Sie können meiner Stimme folgen oder auch nicht, Sie brauchen mir auch gar nicht zuzuhören, wenn Sie Lust haben, folgen Sie ihren eigenen Bildern. Alles was Sie nicht brauchen

Hypnotherapie in der Herztransplantation

können, das können Sie einfach überhören. Alles was für Sie nicht wichtig ist, das können Sie auch einfach überhören.“

Es lassen sich gut direkte Induktionen (z.B. zur Biopsie, Einschwemmkatheter) als auch indirekte Induktionen (z.B. zur Entscheidungsfindung, Organintegration, Bewältigung von Spenderphantasien) anwenden.

Eine Integration des hypnotherapeutisch arbeitenden Psychotherapeuten in das TX-Behandlungsteam erscheint unerlässlich, damit gegenseitiges Vertrauen, Respekt und Geduld in die Arbeit einfließen kann. Unter Hypnose dauert z.B. die Biopsientnahme durch die Tranceinduktion, ideomotorisch gegebene Erlaubnis zur Entnahme und die Rücknahme etwas länger, zudem müssen alle Beteiligten bereit sein, etwas leiser zu sprechen und hektische Bewegungen zu vermeiden. Gleichwohl erleben die Kollegen eine deutlich entspanntere angstfreiere Situation mit dem Patienten. An der Vielfalt der Herausforderungen, die mit einer HTX einhergeht, können Patienten (und Psychotherapeuten) auch reifen und wachsen.

Das anfängliche Zitat von William Shakespeare spiegelt den psychosozialen Anteil von Herzerkrankungen und deren mögliche Heilung gut wider. „Gib Worte Deinem Schmerz“ - verbalisierter und damit geteilter „Grimm“ belastet dementsprechend das Herz nicht mehr. Und gerade ein frisch transplantiertes Herz bedarf besonderer emotionaler Entlastung. Zusätzliche Stressoren könnten erneuter Kummer sein, der wiederum das frisch transplantierte Herz „pressen“ könnte. Dementsprechend sollte alles dafür getan werden, auch die belastete, „beladene“ Emotionalität herztransplantierten Patienten ernst zu nehmen und solche, die sich psychologische Mitbehandlung wünschen und brauchen, auch entsprechend zu versorgen. Hätte es zu Shakespeares Zeiten schon Herztransplantationen gegeben, wie hätte er dies literarisch wohl verarbeitet?

Literatur

- Albert, W., Bittner, A., Kikbusch, S., Buschtöns, C., Geringer, A., Kinzel, S., & Hetzer, R. (2002). Das Kunstherz – eine extreme Belastungssituation? Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, 16 (suppl 1), 1110 – 1119.
- Bunzel, B. (1993). Herztransplantation: Psychosoziale Grundlagen und Forschungsergebnisse zur Lebensqualität. Stuttgart: Thieme.
- Claus, M., Beling, M., & Baumann, G. (2004). Chirurgische Therapiemöglichkeiten bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz. Intensivmedizin, 46, 6-11.
- Claussen, P.C. (1996). Herzwechsel Carl Hanser Verlag: München .
- Drees, G. (2002). Die psychosoziale Evaluation – das Listungsgespräch. Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, 16 (Suppl 1), 1107-1109.
- Gauder, H. (2007). Zwei Leben, drei Herzen – Vom Olymp zum Heiligen Berg. Großburgwedel: Bombus-Verlag.
- Jalowiec, A., Grady, K., & White-Williams, C.(1994). Stressors in patients awaiting a heart transplant. Behavioral Medicine, 19, 145-154.
- Köllner, V., & Archonti, C.(2003). Psychotherapeutische Interventionen vor und nach Organtransplantation. Verhaltenstherapie, 13, 47-60.

Katharina Tigges-Limmer und Jan Gummert

- Kugler, C., Fischer, S., Simon, A.R., Haverich, A., & Strüber, M. (2007). Compliance nach Organtransplantation – Einfluss von Lebensqualität und Arzt-Patienten-Beziehungen. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 132, 40-44.
- Lorenz-Wallacher, L. (2002). Hypnotherapie in der Vorbereitung und Begleitung einer Knochenmarkstransplantation. *Psychomed*, 14(4), 209-215.
- Meffert, H.J. (2000). Lebensqualität nach Herzoperationen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43, 280-284.
- Meiss, O. (2000). Der Wachhund und der Schlafhund. Unveröffentlichter Text zu erhalten unter info@milton-erickson-institut-hamburg.de.
- Riedel-Keil, B., & Strenge, H. (1994). Praktische Erfahrungen in der psychologischen Betreuung von Herztransplantierten. in Strenge, H., Strauß, B., & Stauch, C. (Hrsg), *Ein neues Herz. Medizinische und psychosoziale Aspekte der Herztransplantation*. Göttingen: Hogrefe, S. 111-125.
- Schulz, K-H., Lotz-Rambaldi, W., & Koch, U. (2004). Transplantationsmedizin. In Strauß, B., Bergen, M., v. Troschke, J., & Brähler, E. (Hrsg.), *Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*. Göttingen: Hogrefe, S. 493-506.
- Tigges-Limmer, K., Leppert, K., Strauss, B., & Wahlers, T. (2005). Hypnotherapie in der Herztransplantation. *Psychotherapeut*, 50, 52-56.
- Transplantationsgesetz TPG (1997). Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen. Ausfertigungsdatum: 5. November 1997, Verkündungsfundstelle: BGBl I 1997, 2631, Sachgebiet: FNA 212-2, GESTA MO32, Stand: Zuletzt geändert durch Art. 14 V v. 25.11.2003 I 2304.
- Zipfel, S., Löwe, B., Schneider, A., Herzog, W., & Bergman, G. (1999). Lebensqualität, Depressivität und Krankheitsverarbeitung bei Patienten in der Wartezeit auf eine Herztransplantation. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 49, 187 – 219.

Dipl.-Psych. K. Tigges-Limmer
 Prof. Dr. med. J. Gummert
 Klinik für Thorax- und Kardiovaskularchirurgie
 Herz- und Diabeteszentrum NRW
 Ruhr-Universität Bochum
 Georgstraße 11
 32545 Bad Oeynhausen

erhalten: 22.3.2010

akzeptiert: 31.3.2010

Buchbesprechung

Fortsetzung von S. 110 über O'Hanlon, H., & Hexum, A.L. (Hrsg.) (2009)

Bei der einen oder anderen Angabe kann man auch fragen, ob es sich überhaupt um einen „Fall“ handelt. Die Anfrage eines Vaters am Telefon, ob Erickson seinen Sohn behandeln könne, die Ablehnung Ericksons und seine Bemerkung zu Jeffrey Zeig, dass für den Jungen keine Hoffnung bestehe, lässt sich schwer unter Behandlungsfall einordnen, zumal eine Überprüfung der prognostischen Einschätzung nicht möglich war (Fall 8). Vielleicht ist aus dem Jungen (mit oder ohne Hilfe von Therapeuten) ja doch etwas geworden und Erickson lag schief?

Das große „Glück“, dass die Autoren mit dieser Übersicht den Lesern bescheren ist allerdings nicht ganz ohne Gefahr, auch zu einem „Pech“ zu werden.

Dann nämlich, wenn jemand diese Fälle als direkte Anleitung zu eigenen therapeutischen Vorgehensweisen missverstehen mag.

Ohne die Fähigkeiten Ericksons zu genauester Beobachtung minimaler Hinweisreize, seine kommunikative Kompetenz, seinen in vielen Jahren auch des Experimentierens entwickelten enormen Erfahrungsschatz sind viele seiner Interventionen nicht denkbar. Auch sein schon zu Lebzeiten legendärer Ruf machte wahrscheinlich einige Interventionen erst möglich und erfolgreich.

Vielmehr sollte das Buch als Anregung verstanden werden, der eigenen Kreativität auf die Sprünge zu helfen und für jeden einzelnen Patienten in jeder Therapiestunde wieder die geeigneten Interventionen und Angebote zu finden, damit dieser seine Kompetenzen und Ressourcen entdecken und zur Entwicklung und Problemlösung nutzen kann.

Möchte der Leser sich verblüffen und überraschen lassen, kann er sich an jeder Stelle des Buches auf die Lektüre der Fälle stürzen. Möchte jemand das, was er liest in etwa verstehen, Ericksons Konzept (einmal unterstellt, er hatte etwas derart starr klingendes) in die eigenen Ansätze einordnen, empfehle ich, das Nachwort von Gunther Schmidt zuerst zu lesen. Er zeigt nicht nur gut nachvollziehbar, welche Zusammenhänge bestehen zwischen Ericksons therapeutischen Prämissen (u.a. sein grundsätzlich positives Menschenbild, sein Vertrauen in die bewussten und unbewussten Potentiale und Kompetenzen, die ein Mensch braucht um seine Probleme zu lösen) und seinen therapeutischen Absichten und den auf dieser Grundlage entwickelten Interventionen. Ebenso verdeutlicht Schmidt an Hand der Schilderung vieler biographischer Informationen, dass diese Sichtweisen Ericksons erst auf dem Erfahrungshintergrund der Überwindung eigener Handicaps und Erkrankungen durch die Fokussierung auf die gewünschten Ergebnisse so entstehen konnten.

Wenn man all das voraussetzt, dann ist diese Sammlung „eine herrliche Geschenkbox“ und ein „Inventur-Schatz“ (G. Schmidt) der bewirken kann, dass man nach jeder Lektüre wieder neugierig auf die kreativen Veränderungen in der eigenen Arbeit wird. - Viel Spaß dabei!

Peter Brock (Leipzig)