

Hypnose und Hypnotherapie in der Psychoonkologie

K. Hönig

Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

Schlüsselwörter

Hypnose, Hypnotherapie, Psychoonkologie, Kommunikation, Trance, Patientenorientierung

Zusammenfassung

Gegenstand und Ziel: Ziel dieser Übersichtsarbeit ist die Darstellung des Nutzens und der Anwendungsgebiete von hypnotherapeutischen Interventionen in der Psychoonkologie. **Methoden:** Literaturrecherche zu den einzelnen Anwendungsbereichen und Einholung von klinischem Erfahrungswissen. **Ergebnisse:** Hypnose und Hypnotherapie bieten sanft und schonend wertvolle Unterstützung bei zahlreichen Belastungen von Patienten vor, während und nach einer Krebserkrankung. Hypnotherapeutische Interventionen fördern aufgrund ihrer Erlebnisorientierung und Ressourcenfokussierung in idealer Weise die Selbstwirksamkeit der Patienten und tragen zur Steigerung von Lebensqualität und Krankheitsbewältigung bei. Ein zentraler Wirkmechanismus ist die hoch effektive psychosomatische Umschaltung in einen physiologischen Anti-Stresszustand. Krankheits- und behandlungsbedingte Belastungen wie

Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen oder auch Ängste aufgrund invasiver medizinischer Behandlungen lassen sich rasch, wirksam und nachhaltig reduzieren. Hypnosystemische Gesprächsführung steigert die Patientenorientierung und erleichtert die interprofessionelle Kommunikation. **Schlussfolgerungen:** Hypnotherapeutische Interventionen bieten sich aufgrund ihrer sanften, permissiven und indirekten Wirkungsweise ideal zur psychoonkologischen Versorgung von Krebspatienten an. Allein mit hypnosystemischer Kommunikation lassen sich bereits krankheits- und behandlungsassoziierte Belastungen reduzieren, die Behandler-Patient-Beziehung stärken und ein kreatives kommunikatives Arbeiten fördern.

Keywords

Psycho-oncology, health care system, care, outpatient, inpatient, rehabilitation

Summary

Objectives: This article aims to describe the applicability of hypnotic and hypnotherapeutic interventions in psycho-oncology. **Methods:**

Literature search for the different fields of application including demanding medical procedures, nausea /vomiting, hot flashes, pain, communication /counselling and procuring expert knowledge. **Results:** Hypnosis and hypnotherapy offers a wide variety of effective interventions to treat various kinds disease- and treatment-related burdens of cancer patients gently throughout the entire treatment cycle and thereafter. A central mechanism for bringing about the beneficial effects is the instantiation of a psychosomatic conversion from a stressful to an anti-stress condition. Both disease- and treatment-related strains can be reduced rapidly, effectively and sustainably. The experience-based and resource-oriented nature of hypnotherapeutic interventions are essential ingredients of the reported effectiveness. In addition, hypnosystemic negotiation promotes patient-orientation and facilitates inter-professional communication. **Conclusion:** Due to their safe, gentle and often indirect effectiveness hypnosis and hypnotherapy are ideally suited for the treatment of cancer-related distress. They effectively strengthen the self-efficacy of cancer patients, foster their disease coping and enhance quality of life. The mere adoption of hypnosystemic communication skills already substantially reduces disease- and treatment related burdens, improves the patient-physician relationship and creatively enriches communication.

Korrespondenzadresse

Dr. rer. nat. Klaus Hönig
Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm
Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm
Tel. 0731/50061881
klaus.hoenig@uniklinik-ulm.de

Hypnosis and hypnotherapy in psycho-oncology

Nervenheilkunde 2017; 36: 981–987
eingegangen am: 3. Juli 2017
angenommen am: 10. Oktober 2017

Hypnose ist eines der ältesten Heilmittel der Menschheit. Eine erste schriftliche Anleitung zur Trance-Induktion und Selbsthypnose mit Hilfe einer Blickfixation findet sich bereits im demotisch-magischen Papyrus, der in Teilen auf die Zeit von 1500 bis 1000 v. Chr. zurückgeht (1). Der therapeutische Einsatz von Hypnose scheint schon

500 v. Chr. weitverbreitet gewesen zu sein. Entsprechende Belege finden sich beispielsweise im alten Ägypten und im antiken Griechenland, wie dem Serapis-Tempel in Memphis, den Isis-Tempeln entlang des Nils oder den Asklepios-Tempeln in Epidauros, Pergamon und Kos (2). Im 9-tägigen Tempelschlaf des Isis-Kults z. B.

erschien dem Patienten die Göttin Isis, die eine Diagnose des Zustands stellte und Behandlungsanweisungen gab (3). Anthropologische Untersuchungen fanden in über 90% der analysierten traditionellen Kulturen (48) kulturstufenspezifisch institutionalisierte Trance-Rituale (4). Auch in diesen Kulturen wurde Trance sowohl zur Re-

Tab. Therapeutischer Nutzen subjektiver Veränderungen in Trance

Subjektive Veränderung	Therapeutische Nutzbarkeit
Einengung der Aufmerksamkeit	Fokussierung auf spezifische Erlebnismerkmale bei gleichzeitiger Ausfilterung irrelevanter /störender Aspekte
Veränderung der Körperwahrnehmung	Förderung des Erlebens von Leichtigkeit, Beweglichkeit, körperlich-emotionaler Größe
Trance-Logik	Toleranz gegenüber logischen Widersprüchen ermöglicht u. a. gleichzeitiges Vorliegen sich auf der bewussten Ebene ausschließender Erlebnisqualitäten
intensivere Vorstellungsaktivität	Verstärkung der körperlich-emotionalen Konsolidierung der imaginativen Erfahrungen durch gesteigertes Echtheitserleben und Erinnern zusätzlicher Details
veränderte Zeitwahrnehmung	Verkürzung (Verlängerung) der Dauer negativer (positiver) Erlebniszustände
Zunahme von Suggestibilität	Stärkere Wirksamkeit positiver Suggestionen
Verbesserung dissoziativen Erlebens	Abspaltung unerwünschter /leidvoller Erlebnisqualitäten (z. B. Schmerz, Ängste)
Erleichterter Zugang zu Gefühlen	Vertrauensvollere Annäherung an schwierige /angstbesetzte Herausforderungen; Aktivierung von Ressourcenerfahrungen; rascherer Abbau von Vermeidungsverhalten

duktion als auch zur Verhütung seelischer Belastung genutzt.

Die moderne Hypnotherapie ist ein ressourcenorientiertes und erlebnisbasiertes Verfahren, das die vielfältigen Vorteile von Trance-Phänomenen zu therapeutischen Zwecken nutzt (3, 5–8). Ihre wohltuenden Effekte lassen sich dabei auf sehr schonende Weise meist schon in wenigen Sitzungen erzielen. Hypnotherapeutische Techniken eignen sich aber nicht nur zur raschen Krisenintervention oder akuten Linderung von vielfältigen krankheits- und behandlungsassoziierten Belastungen, sondern auch zur mittelfristigen Unterstützung bei notwendigen Anpassungsleistungen sowie langfristig zur psychotherapeutischen Bearbeitung von chronischen Belastungen und unwiederbringlichen Verlusten (9).

Auf diesem Hintergrund bieten sich Hypnose und Hypnotherapie für die psychoonkologische Arbeit unter anderem aus den folgenden Gründen in besonderer Weise an.

- Erlebnisorientierung und Ressourcenfokussierung fördern nachhaltig Selbstwirksamkeitserleben und Krankheitsbewältigung;
- Trance-Arbeit ermöglicht eine hoch wirksame psychosomatische Umschaltung;

- wirksame Interventionen erlauben rasche und nachhaltige Linderung /Beseitigung von krankheits- und behandlungsassoziierten Belastungen;
- hypnosystemische Kommunikation verbessert die Patientenorientierung und erleichtert die interprofessionelle Kommunikation.

Ressourcenfokussierung und Erlebnisorientierung

Psychoonkologische Interventionen zielen primär auf die Förderung der Krankheitsbewältigung und Aufrechterhaltung bzw. Steigerung von Lebensqualität. Hierbei spielen die Verfügbarkeit von Ressourcen sowie das Selbstwirksamkeitserleben der Patienten eine zentrale Rolle (10). Die hypnotische Trance ist ein in hohem Maß ressourcenfördernder Zustand (11). In Trance wird die Erlebnisqualität einer Ressourcenerfahrung wie z. B. Freude, Vertrauen oder Selbstsicherheit intensiviert dank natürlicher Veränderungen wie Zunahme der Suggestibilität, Intensivierung der Vorstellungsaktivität und Verbesserung der dissoziativen Erlebens (3) (► Tab.).

Eine wesentliche Wirkkomponente der imaginativen Arbeit in Trance ist die er-

zeugte körperlich-emotionale Erlebnisrepräsentation. Ressourcenerfahrungen, die im Zuge der Erkrankung und Behandlung abhanden gekommen sind, können hierbei (wieder) ganzheitlich verfügbar gemacht werden. Vielen Patienten mit Krebserkrankungen ist ihr Körper im Laufe der Erkrankung fremd geworden, meist nur mehr eine Quelle von Unbehagen und Schmerz. Die (Re-)Aktivierung einer Erfahrung von körperlichem Wohlbefinden über Imagination in Trance lässt den Patienten ganz real erfahren, dass ein solches Körpererleben trotz allem immer noch möglich ist, ganz egal wie groß oder wie lang anhaltend die Missempfindungen zwischenzeitlich waren. Diese Erfahrung wirkt häufig auch motivierend und lässt Hoffnung wachsen.

Das körperlich-emotionale Wiedererleben einer Ressourcenerfahrung bereichert auch die kognitive Arbeit insofern, als sie für eine verkörperte Verankerung (Konsolidierung) der therapeutischen Inhalte sorgt (63–65). Es ist davon auszugehen, dass die Aktivierung und Konsolidierung des in der Therapiesitzung Erarbeiteten im Sinne eines solchen Embodiments wesentlich dazu beiträgt, dass die Veränderungsprozesse rascher, ganzheitlicher und oft nachhaltiger wirksam werden können. Nicht zuletzt aus diesem Grund sind hypnotherapeutische Interventionen in verhaltenstherapeutische durchaus auch in psychodynamische Arbeitsweisen bereichernd integrierbar (12–16).

Im klinischen Alltag lassen sich regelhaft verblüffende Veränderungen des Verhaltens und Erlebens beobachten. Exemplarisch hierfür kann die Reaktion einer Patientin stehen, die nach erfolgreicher Therapie eines Mammakarzinoms in starker Erregung und mit großer innerer Unruhe zur Mitbehandlung in der psychoonkologischen Ambulanz erschien. Hintergrund war die in drei Wochen (!) bevorstehende erste Nachsorgeuntersuchung. Der sichtbare Eindruck ihrer Verfassung deckte sich mit ihrer Beschreibung, dass sie seit dem vorangegangenen Wochenende nun kaum mehr schlafen könne, tagsüber nicht mehr zur Ruhe komme und sich ständig in angstvoller Erwartung des Termins befinde. Dieselbe Patientin erwiderte nach einer systematischen Desensibilisierung in Trance auf die Verabschiedung „*Ich wünsche Ih-*

nen nun alles Gute für die Nachsorge“ mit völliger Ruhe und Gelassenheit „Ja, nun, das werden wir jetzt einfach abwarten müssen. Schließlich macht es ja keinen Sinn, sich vorher schon verrückt zu machen.“ Die automatische Beiläufigkeit, mit der die körperlich-emotionale Konsolidierung der therapeutischen Lernprozesse in Trance erfolgt, muss als ein wesentliches Agens in Betracht gezogen werden, für die Mühelosigkeit, mit der Patienten bis dahin gefürchtete und daher vermiedene Veränderungsprozesse in Gang bringen und selbstständig fortsetzen. Das Selbstwirksamkeitserleben der Patienten scheint durch die dem bewussten Zugriff entzogene psychosomatische Umschaltung in Trance entscheidend befördert zu werden.

In Einklang hiermit ließen sich bei der Erstellung der S3-Leitlinie „Psychoonkologie“ bei den häufig extremen akuten psychosozialen Belastungen in der Onkologie die stärksten Effekte für die imaginativen und entspannenden Verfahren finden (17). Dieser Wirksamkeit von in den Behandlungsprozess integrierten ressourcenaktivierenden und erlebnisbasierten imaginativen Interventionen wurde folgerichtig durch die Anerkennung der Hypnotherapie für diesen Bereich (F54 des ICD 10) durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie angemessen Rechnung getragen (18).

Vegetative Umschaltung in der Trance-Arbeit

Die wohl elementarste Stärke der Trance-Arbeit liegt in ihrer Anti-Stress-Wirkung, d. h. in der organismischen Umschaltung des autonomen Nervensystems von einem sympathisch getriebenen *ergotropen* in einen parasympathisch modulierten *trophotropen* Zustand (3, 19). Der Schweizer Physiologe und Nobelpreisträger W. R. Hess hat diese beiden Begriffe gewählt zur Beschreibung und Differenzierung des funktionalen Wechselspiels sympathischer und parasympathischer Systeme bei der Anpassung psychischer und physischer Prozesse auf interne und externe Herausforderungen (20). Das ergotrope Reaktionsmuster bildet ein wesentliches Merkmal der sympathikotonen Kampf-Flucht-Reaktion, die

in aller Regel einhergeht mit einer Steigerung von Herzrate, Atemfrequenz und Muskeltonus. Parasympathisch vermittelte trophotrope Reaktionsmuster hingegen schützen den Organismus vor Überlastung und ermöglichen Erholung und Genesung über Entspannung und Ruhe.

Die zahlreichen physischen und psychischen Belastungen im Zuge einer Krebserkrankung führen aufgrund der oft langwierigen Behandlung zu einer hohen anhaltenden Stressbelastung. Progredienzanxiety, Fatigue und andere Krankheits- und Behandlungsfolgen bedingen zudem eine prolongierte Herausforderung der psychophysischen Adaptionssysteme – ebenfalls mit der Konsequenz einer anhaltenden chronischen Stressbelastung. Die Schädlichkeit einer chronischen Stressbelastung in psychischer und physischer Hinsicht im allgemeinen darf mittlerweile als anerkannt gelten (21). Umso mehr sind wir aufgefordert, insbesondere bei schweren chronischen Erkrankungen – wie den Krebserkrankungen – präventive und interventionelle Maßnahmen zu entwickeln, die möglichen negativen stressbezogenen Konsequenzen frühzeitig, rasch und effektiv entgegenwirken (22). Neben der Verminderung von Herzrate, Atemfrequenz, Blutdruck und Muskeltonus, lässt sich in hypnotischer Trance auch die verminderte Ausschüttung von Stresshormonen beobachten (19, 23, 24).

Wirksame Reduktion vielfältiger Belastungen Antizipatorische Übelkeit

Ein weiteres Argument für den Einsatz hypnotischer Interventionen in der Psychoonkologie ist das Vorliegen effizienter Behandlungsmethoden zur nachhaltigen Linderung bzw. Beseitigung von vielfältigen krankheits- und behandlungsassoziierten Belastungen. Antizipatorische Übelkeit und Erbrechen lässt sich bei Kindern und Erwachsenen wirksam mittels hypnotischer Interventionen reduzieren (25–27). Marchioro und Kollegen konnten zeigen, dass mitunter eine einfache Ressourcenaktivierung über Naturszenen ausreichend sein kann, um die Prodromalreaktionen zu unterbrechen und antizi-

patorische Übelkeit und Erbrechen bei sämtlichen Patienten der Stichprobe zum Verschwinden zu bringen (27). Eine analoge Reduktion von post-operativer Übelkeit und Erbrechen konnte im Rahmen einer Studie aus Belgien demonstriert werden (28).

Erleichterung medizinischer Eingriffe

Hypnotische Behandlungen haben sich auch als förderlich erwiesen bei Belastung durch invasive medizinische Behandlungen (z. B. Punktionen, Gewebstanzen, Bildgebung, Bestrahlung) (29, 30). Neurowissenschaftliche Untersuchungen legen nahe, dass Hypnose eine einzigartige Form der Top-Down-Regulation darstellt, bei der verbale Suggestionen innere Bilder erzeugen, die letztlich körperlich-emotional wirksam werden und dadurch ausgeprägte Veränderungen in einer Vielzahl psychosomatischer Phänomene hervorrufen (31). Darüber hinaus beginnen die Neurowissenschaften den Nutzen von durch hypnotische Suggestionen veränderten Bewusstseinszuständen für das Verständnis von Hirnmechanismen zu erkennen, die den Aufmerksamkeitsprozessen, der Schmerzkontrolle und kognitiv-emotionaler Verarbeitung zugrunde liegen (32).

Hitzewallungen

Hypnotische Suggestionen im tiefenentspannten Zustand zur Anregung innerer Vorstellungsbilder lassen sich auch erfolgreich in der Bekämpfung von Wechseljahresbeschwerden aufgrund antihormoneller Therapie bei Frauen mit /nach Brustkrebs einsetzten – wo sich eine Ergänzung der fehlenden Östrogene und Gestagene aufgrund der Behandlungslogik verbietet (33–35). So konnte bspw. eine Reduktion von mindestens 69% der Hitzewallungen bei Frauen nach Brustkrebs im Rahmen eines Selbsthypnosetraining mit 5 wöchentlich stattfindenden Sitzungen erzielt werden (33, 34). Ein einfach verblindetes RCT konnte bei 187 postmenopausalen Frauen mit mindesten 50 Hitzewallungen bei der Baseline-Messung signifikante und klinisch bedeutsame Reduktionen sowohl der Häufigkeit (74%) von Hitzewallungen so-

wie der dadurch bedingten Alltagsbeeinträchtigungen (80%) – verglichen mit einer Aufmerksamkeitskontrollbedingung (17% und 15%) nachweisen (35). Auf diesem Hintergrund sprach ein kürzlich erschiener Literaturüberblick eine klare Empfehlung für klinische Hypnose zur Behandlung von Hitzewallungen aus, und zwar aufgrund ihrer empirischen Wirkung, ihrer positive sekundären Endpunkte sowie dem Ausbleiben unerwünschter Nebenwirkungen (36).

Schmerzen

Die mannigfaltigen hypnotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten zur Linderung /Beseitigung von Schmerzen wurden von Milton H. Erickson, dem Begründer der modernen ressourcenorientierten Hypnotherapie, bereits 1967 systematisch beschrieben (37). Empirische Belege zur meist selbsthypnotischen Schmerzlinderung (38) sowie weiterer therapeutischer Effekte (39) folgten nur wenig später (40). Dementsprechend wurde die Evidenz für die Linderung von krebsassoziierten Schmerzen durch Hypnose bereits 1996 von einem Expertengremium der US-amerikanischen Gesundheitsbehörde als stark eingeschätzt (41).

Aus neurowissenschaftlicher Sicht werden Intensität und Affekt des Schmerzes von unterschiedlichen neuronalen Netzwerken, der „Schmerzmatrix“, kodiert (42, 43). Modulationen der Schmerzintensität, z. B. durch Aufmerksamkeitslenkung, und des Schmerzaffektes, z. B. durch zusätzliche Belastungen und Konflikte, kommen in unterschiedlichen Hirnregionen zur differenziellen Abbildung (z. B. vorrangig im primären Somatosensorischen Kortex (S1) respektive dem anterioren zingulären Kortex). Zöge man mithin die viszerale Afferenzen der affektiven Schmerzkomponente in Betracht, so wäre noch die Aktivität in der Insula hinzuzufügen. Erwartungsgemäß ziehen hypnotische Suggestionen zur Variation von Intensität und Affekt des Schmerzerlebens differenzielle Modulationen in S1 bzw. ACC nach sich (44, 45). Dass eine Top-Down-Modulation der Schmerzverarbeitung durch Placebo-Suggestionen bereits auf dem Rückenmarksniveau möglich ist, wurde durch Studien zur

funktionellen Hirnbildgebung aus der Arbeitsgruppe um Christian Büchel vom Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf gezeigt. Eine suggestive Placebo-Reduktion schmerzbezogener BOLD-Antworten konnte im dorsalen Horn des Rückenmarks auf Höhe von C6 ebenso gezeigt werden (46) wie eine efferente Sensibilisierung (Hyperalgesie) durch Nocebo-Suggestionen (47). In einem Vergleich von hypnotisch induziertem Schmerz und vorgestelltem Schmerz konnten Derbyshire und Kollegen zeigen, dass schädigende thermische Stimulation und hypnotische Suggestion substanziiell Schmerzerleben und eine vergleichbare Aktivierung der Schmerzmatrix hervorriefen – was in der Kontrollbedingung (einfache Vorstellung) nicht der Fall war (48). Betrachtet man die modernen Bildgebungsbefunde auf dem Hintergrund der von Milton H. Erickson bereits 1967 gegebene Empfehlung, in einer Behandlung möglichst viele hypnotische Schmerzlinderungstechniken einzusetzen, so bildet das systematisch aufbereitete hypnotherapeutische Behandlungsmanual von Mark Jensen geradezu eine Synthese dieser Erkenntnisse (49). Jensen empfiehlt dort die sukzessive Einbeziehung von verarbeitungsspezifischen Suggestionen entlang der Schmerzmatrix, sodass eine möglichst ganzheitliche suggestive Abdeckung des Schmerzgeschehens erfolgen kann, die eine Linderung lokaler, perzeptiver Schmerz Aspekte (S1) aus der Peripherie ebenso berücksichtigt wie viszeraler (Insula) und emotionaler Komponenten (ACC) und schließlich auch eine Abmilderung von soziokognitiven und existenziellen Belastungen aufgrund anhaltender Schmerzproblematik („prefrontal cortex“, PFC).

Steigerung der kommunikativen Kompetenz

Kommunikative Kompetenz soll im ärztlichen Alltag gestärkt werden. Dieses Fazit zieht die Bundesärztekammer im Nachgang zum 118. Deutschen Ärztetag in ihrem Pressebericht von Mai 2015 (<http://www.presseportal.de/pm/9062/3022299>). Eine gelungene Kommunikation zwischen Arzt und Patient – so der Grundtenor dieses Hauptthemas auf dem Ärzte-

tag – habe maßgeblich Einfluss auf die Zufriedenheit von Patienten und ihren Ärzten. Sie verbessere zudem die Behandlungstreue der Patienten, senke die Fehlerquote auf der Behandlerseite und verringere die Beschwerden über Ärzte (50). Auch im Nationalen Krebsplan wird kommunikative Kompetenz als dezidiertes Ziel (12) formuliert, und zwar im Handlungsfeld 4, wo es um die Verbesserung der Patientenorientierung geht. Dort heißt es: „Alle in der onkologischen Versorgung tätigen Leistungserbringer verfügen über die notwendigen kommunikativen Fähigkeiten zu einem adäquaten Umgang mit Krebs-Patienten und ihren Angehörigen“ (51).

Bei dem Versuch solch einen „adäquaten Umgang“ zu bestimmen, sollte in der Kommunikation unbedingt die besondere Situation berücksichtigt werden, in der sich schwer kranke Patienten häufig befinden. Patienten sind aufgrund ihrer Krankheit häufig mit Stress, Angst, Behinderung und Tod konfrontiert. Dieses Bedrohungsszenario ist besonders präsent bei Aufenthalten im Krankenhaus und am stärksten im OP, auf Intensiv- und Palliativstationen sowie im Kreißsaal. Emotional gefärbte Erregung, z. B. Angst oder Schmerz, reduziert die ohnehin naturgemäß begrenzte Aufmerksamkeitsspanne drastisch und geht einher mit einer emotionalen Voreingenommenheit (Bias) für Negatives. Besonders eindrücklich macht sich diese Ressourcenbegrenzungen beim Überbringen schlechter Nachrichten oder bei Vorliegen depressiver Verarbeitung bemerkbar (52–54). In derartigen Situationen ist der bewusste Gedächtnisabruf deutlich erschwert und die Behaltensleistung massiv reduziert. Beim Überbringen schlechter Nachrichten werden von den Patienten oft nicht mehr als 10% der vermittelten Informationen behalten. Erstgradangehörige kommen gerade mal auf 50%. Und wenn sie einen Menschen mit einer depressiven Störung nach den Höhepunkten im eigenen Leben oder anderen erfreulichen Erfahrungen befragen, wird die Exploration oft unergiebig und rasch zu einem quälenden Procedere für Patient und Therapeutin.

Existenzielle Bedrohung ruft bei uns Menschen offenbar eine natürliche Trance-Neigung hervor, die bereits in den 1960er-

Jahren bei chirurgischen Patienten beobachtet und beschrieben wurde (55). Dieser besondere Bewusstseinszustand ist durch eine fokussierte Aufmerksamkeit gekennzeichnet, bei der der Patient begierig aufnimmt was er hört oder sieht und unumwunden auf sich bezieht (56). Im Zustand dieser stark erhöhten Suggestibilität, d. h. Empfänglichkeit für bestimmte Äußerungen, tritt das rationale Verständnis hinter ein bildhaftes emotional-assoziatives zurück, vergleichbar mit der neurokognitiven Verarbeitung in traumatischen Momenten (57).

Diese Ausgangssituation ist Fluch und Segen zugleich. Zum einen sollten Behandler möglichst gut darauf achten, Patienten nicht kommunikativ zu schädigen, indem sie sie ungewollt kränken, Ängste schüren oder negative Erwartungen (Nocebo-Effekte) befeuern (58–60). Achtsamkeit im kommunikativen Umgang mit Patienten ist umso wichtiger als das medizinische Milieu oft selbst voller unbeabsichtigter Negativsuggestionen ist (56). Die im klinischen Alltag anzutreffenden Suggestionen reichen von einfachen Negativsuggestionen bis hin potenziell traumatisierenden Prophezeiungen: *„Sie brauchen keine Angst, haben. Das tut nur kurz weh“*. Hier wird einem Patienten mit stark fokussierter Aufmerksamkeit und erhöhter Suggestibilität unmittelbar klar wird, dass er sich aktuell offensichtlich in einer potenziell ängstigenden Situation befindet, in der zudem mit Schmerzen zu rechnen ist. Auf dem Hintergrund der besonderen Wahrnehmung in Bedrohungssituationen, verfehlen solche Äußerungen zumeist ihre gewünscht Wirkung. Beklemmungsgefühle können sich leicht verstärken, wenn die *„Pain-Nurse“* hinzugezogen, etwas aus dem *„Giftschrank“* geholt oder der Patient in den *„Strahlentanker“* gebracht werden soll. Andere oft unbedachte oder als Übersprunghandlung angesichts eigener bzw. vom Patienten übertragener Hilflosigkeit getätigte Äußerungen können mithin sogar potenziell traumatisierend sein und noch viele Jahre später bei bloßer Erinnerung heftige emotionale Belastungen hervorrufen. Beispiele hierfür sind: *„Da können wir nichts mehr für Sie tun“* (nämlich in Bezug auf Heilung; palliativmedizinisch wären ansonsten allerdings eine ganze Menge von Hilfsmaßnah-

men noch möglich) oder *„Der Krebs, den Sie haben, der ist so aggressive, da können Sie Gift drauf nehmen, dass der wieder kommt“* oder *„wollen Sie eigentlich, dass wir Ihren Mann zu Tode therapieren?“* (als Antwort auf wiederholtes Nachfragen einer stark verängstigten Angehörigen). Derartige Negativsuggestionen verunsichern Patienten, erhöhen ihr Angstniveau und steigern ihr Schmerzerleben (58, 61). Mache der Äußerungen können sogar ein langanhaltendes traumatisierendes Potenzial entfalten.

Neben dem Bemühen, Patienten möglichst nicht unnötig zu schädigen, können wir durch eine gezielte Nutzung des natürlichen Trance-Zustands sogar aktiv dazu beitragen, die Lage der Patienten zu verbessern. Zum einen können wir Positivsuggestionen nutzen, um Ängste abzubauen, negativen Erwartungen entgegenzuwirken sowie Sicherheit und Vertrauen zu fördern. Zum anderen können wir durch Aktivierung individueller Ressourcen des Patienten seine Hoffnung und Zuversicht erhöhen sowie sein Selbstwirksamkeitserleben

Fazit für die Praxis

Hypnotherapeutische Interventionen eignen sich ideal zur Behandlung schwerkranker Patienten. Sie tragen zur Dämpfung psychophysiologischer Erregung bei und verbessern den persönlichen Zugang zum Patienten. Die erhöhte Trance-Neigung des Patienten lässt sich gut zur indirekten, beiläufigen Ressourcenaktivierung nutzen. Empirisch belegt bieten sie wirksame Methoden zur Reduktion einer Vielzahl von krankheits- und behandlungsassoziierten Belastungen. Ihre Wirksamkeit eignet sich besonders gut für den häufig akuten Mitbehandlungsbedarf bei Hier-und-Jetzt-Problemen. Hypnosystemische Kommunikation stärkt die kommunikative Kompetenz der Behandler und fördert interprofessionellen Austausch und Patientenorientierung. Hypnotische Interventionen wirken sich zudem durch ressourcenorientierte Bewältigungsunterstützung, Erhalt und Steigerung der Lebensqualität sowie Förderung der Salutogenese wohltuend auf die Folgebelastungen von Krebsüberlebenden aus.

steigern, z. B.: *„Ich frage mich, wie es Ihnen früher gelungen ist, mit herausfordernden Situationen umzugehen“*; *„vielen Menschen geht es in solch einer Situation ähnlich wie Ihnen, wir merken dann aufgrund der vielen Belastungen manchmal gar nicht mehr, was sich seither mitunter auch wieder gebessert hat“*.

Durch die feinfühlig Berücksichtigung dieses besonderen Bewusstseinszustands wird sich die Patientin zurecht angemessener wahrgenommen und meist besser verstanden und wohler fühlen. Es gilt mittlerweile als ein Gemeinplatz, dass man in der akuten Behandlung onkologischer Patienten zunächst mit der Abwehr des Patienten geht, da es sich hierbei um eine wichtige – meist die einzige verfügbare – Schutzvorkehrung handelt. Psychische Abwehrmechanismen sind Bewältigungsmechanismen, die uns bei der Regulation innerer Widersprüche /Konflikte helfen, das Ich funktionsfähig erhalten, indem sie vor emotionaler Überflutung schützen, dadurch Distanz schaffen zu dem jeweiligen Geschehen und einen Zeitgewinn ermöglichen. Eine indirekte, permissive hypnosystemische Kommunikation ermöglicht einen respektvollen Umgang mit den psychischen Abwehrprozessen unter anderem dadurch, dass dem Patienten ein Höchstmaß an Freiheit gelassen wird, wo er seine Aufmerksamkeit gerade hinlenkt, und gleichzeitig Widersprüche zum Erleben des Patienten effektiv minimiert werden können. All dies fördert die Patientenorientierung und leistet zudem einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung des Verhältnisses zwischen Patienten und Behandler.

Resümee

Hypnosystemische Kommunikation verringert Angst, Stress, Schmerz und Nebenwirkungen, Sie erhöht die Möglichkeit zur Nutzung eigener Ressourcen des Patienten für Stressbewältigung, Homöostase und Heilung und fördert dadurch die Rückgewinnung von Selbstwirksamkeit, Entscheidungs- und Handlungskompetenz und Selbstverantwortung. Die Vorteile auf der Behandlerseite umfassen kreatives kommunikatives Arbeiten und Verbesserung des Behandler-Patient-Verhältnisses eben-

so wie eine Steigerung der Behandlungstreue und eine Verbesserung der Patientenorientierung durch Reduktion kompensatorischer Übersprungshandlungen in Folge omnipräsenter Übertragungssphänomene.

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

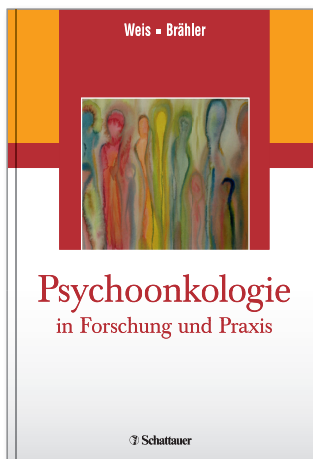
Literatur

- Edmonston WE. The induction of hypnosis. New York: Wiley 1986.
- Weinreich O. Antike Heilungswunder. Berlin: de Gruyter 1909.
- Bongartz W, Bongartz B. Hypnosetherapie. Göttingen: Hogrefe 1998.
- Bourguignon E. Religion, altered states of consciousness and social change. Columbus: Ohio State University Press 1973.
- Revenstorf D, Peter B (Hrsg.) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Berlin: Springer-Verlag 2015.
- Erickson MH, Rossi EL, Rossi SL. Hypnose: Induktion – Therapeutische Anwendung – Beispiele. Stuttgart: Klett-Cotta 2013.
- Erickson MH, Rossi EL. Hypnotherapie: Aufbau – Beispiele – Forschungen. Stuttgart: Klett-Cotta 2007.
- Erickson MH, Rossi EL. Hypnose erleben: Veränderte Bewusstseinszustände therapeutisch nutzen. Stuttgart: Klett-Cotta 2011.
- Ebell H, Hönig K. Krebserkrankungen. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg.) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Berlin: Springer-Verlag 2015; 665–86.
- Grawe K. Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe-Verlag 2004.
- Gerl W. Ressourcen- und Zielorientierung. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg.) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Berlin: Springer-Verlag 2015.
- Kirsch I. Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments – another meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology* 1996; 64(3): 517–9.
- Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology* 1995; 63(2): 214–20.
- Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM, Nixon RD. The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology* 2005; 73(2): 334–40.
- Elkins G, Johnson A, Fisher W. Cognitive hypnotherapy for pain management. *Am J Clin Hypn* 2012; 54(4): 294–310.
- Mendoza ME, Capafons A, Gralow JR, Syrjala KL, Suarez-Rodriguez JM, Fann JR et al. Randomized controlled trial of the Valencia model of waking hypnosis plus CBT for pain, fatigue, and sleep management in patients with cancer and cancer survivors. *Psychooncology* 28. Juli 2016. Epub ahead of print.
- S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten [Internet]. 2014.
- Rudolf G, Schulte D. Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Hypnotherapie Deutsches Ärzteblatt 2006; 6: 285–7.
- Heimann H. Hypnose und Schlaf. *Monatsschrift Psychiatrie Neurologie* 1952; 125: 478–93.
- Hess WR. Die physiologischen Grundlagen der Psychosomatik. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 1961; 86: 3–8.
- Radley J, Morilak D, Viau V, Campeau S. Chronic stress and brain plasticity: Mechanisms underlying adaptive and maladaptive changes and implications for stress-related CNS disorders. *Neurosci Biobehav Rev* 2015; 58: 79–91.
- McEwen BS. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiol Rev* 2007; 87(3): 873–904.
- Kekecs Z, Szekely A, Varga K. Alterations in electrodermal activity and cardiac parasympathetic tone during hypnosis. *Psychophysiology* 2016; 53(2): 268–77.
- Sachar EJ, Fishman JR, Mason JW. Influence of the Hypnotic Trance on Plasma 17-Hydroxycorticosteroid Concentration. *Psychosom Med* 1965; 27: 330–41.
- Zeltzer LK, Dolgin MJ, LeBaron S, LeBaron C. A randomized, controlled study of behavioral intervention for chemotherapy distress in children with cancer. *Pediatrics* 1991; 88(1): 34–42.
- Morrow GR, Morrell C. Behavioral treatment for the anticipatory nausea and vomiting induced by cancer chemotherapy. *N Engl J Med* 1982; 307(24): 1476–80.
- Marchioro G, Azzarello G, Viviani F, Barbato F, Pavanetto M, Rosetti F et al. Hypnosis in the treatment of anticipatory nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. *Oncology* 2000; 59(2): 100–4.
- Faymonville ME, Mambourg PH, Joris J, Vrijens B, Fissette J, Albert A et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain* 1997; 73(3): 361–7.
- Spiegel D, Moore R. Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. *Oncology* 1997; 11(8): 1179–89.
- Montgomery GH, Bovbjerg DH, Schnur JB, David D, Goldfarb A, Weltz CR et al. A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *J Natl Cancer Inst* 2007; 99(17): 1304–12.
- Terhune DB, Cleeremans A, Raz A, Lynn SJ. Hypnosis and top-down regulation of consciousness. *Neurosci Biobehav Rev* 2. Feb. 2017. Epub ahead of print.
- Oakley DA, Halligan PW. Hypnotic suggestion: opportunities for cognitive neuroscience. *Nat Rev Neurosci* 2013; 14(8): 565–76.
- Elkins G, Marcus J, Stearns V, Perfect M, Rajab MH, Ruud C et al. Randomized trial of a hypnosis intervention for treatment of hot flashes among breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 2008; 26(31): 5022–6.
- Elkins G, Marcus J, Stearns V, Hasan Rajab M. Pilot evaluation of hypnosis for the treatment of hot flashes in breast cancer survivors. *Psychooncology* 2007; 16(5): 487–92.
- Elkins GR, Fisher WI, Johnson AK, Carpenter JS, Keith TZ. Clinical hypnosis in the treatment of postmenopausal hot flashes: a randomized controlled trial. *Menopause*. 2013; 20(3): 291–8.
- Fisher WI, Johnson AK, Elkins GR, Otte JL, Burns DS, Yu M et al. Risk factors, pathophysiology, and treatment of hot flashes in cancer. *CA Cancer J Clin* 2013; 63(3): 167–92.
- Erickson MH, Rossi EL. Die Veränderung sensorisch-perzeptiver Funktionen – Das Problem von Schmerz und Wohlbefinden. In: Erickson MH, Rossi E (Hrsg.) Hypnotherapie Aufbau – Beispiele – Forschungen. München: Pfeiffer 1967/1981; 128–38.
- Spiegel D, Bloom JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosom Med* 1983; 45(4): 333–9.
- Spiegel D, Bloom JR, Yalom I. Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38(5): 527–33.
- Spiegel D. The use of hypnosis in controlling cancer pain. *CA Cancer J Clin* 1985; 35(4): 221–31.
- NIH Technology assessment panel. NIH Technology Assessment Panel on Integration of Behavioral and Relaxation Approaches into the Treatment of Chronic Pain and Insomnia. *JAMA* 1996; 276: 313–8.
- Bushnell MC, Ceko M, Low LA. Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nat Rev Neurosci* 2013; 14(7): 502–11.
- Rainville P. Brain mechanisms of pain affect and pain modulation. *Curr Opin Neurobiol* 2002; 12(2): 195–204.
- Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science* 1997; 277(5328): 968–71.
- Rainville P, Carrier B, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH. Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain* 1999; 82(2): 159–71.
- Eippert F, Finsterbusch J, Bingel U, Buchel C. Direct evidence for spinal cord involvement in placebo analgesia. *Science* 2009; 326(5951): 404.
- Geuter S, Buchel C. Facilitation of pain in the human spinal cord by nocebo treatment. *J Neurosci* 2013; 33(34): 13784–90.
- Derbyshire SW, Whalley MG, Stenger VA, Oakley DA. Cerebral activation during hypnotically induced and activated pain. *Neuroimage* 2004; 23(1): 392–401.
- Jensen MP. Hypnose bei chronischem Schmerz. Ein Behandlungsmanual. Heidelberg: Carl Auer Verlag 2012.
- Klinkhammer G, Krüger-Brand AE. Mut zum Beziehungsaufbau. *Deutsches Ärzteblatt* 2015; 112(21–22): 966–72.
- Bundesministerium für Gesundheit. Nationaler Krebsplan – Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungspläne. Berlin 2012.
- Hammar A, Lund A, Hugdahl K. Selective impairment in effortful information processing in major depression. *J Int Neuropsychol Soc* 2003; 9(6): 954–9.

53. Hartlage S, Alloy LB, Vazquez C, Dykman B. Automatic and effortful processing in depression. *Psychol Bull* 1993; 113(2): 247–78.
54. Hasher L, Zacks RT. Automatic and effortful processes in memory. *Journal of Experimental Psychology: General* 1979; 108: 356–88.
55. Cheek DB. Importance of recognizing that surgical patients behave as though hypnotized. *Am J Clin Hypn* 1962; 4: 227–36.
56. Hansen E, Bejenke C. [Negative and positive suggestions in anaesthesia: Improved communication with anxious surgical patients]. *Anaesthesist* 2010; 59(3): 199–202.
57. Revenstorf D. Trance und die Ziele und Wirkungen der Hypnotherapie. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg.) *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Berlin: Springer-Verlag 2015; 13–35.
58. Häuser W, Hansen E, Enck P. Nocebo phenomena in medicine: their relevance in everyday clinical practice. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109(26): 459–65.
59. Zech N, Seemann M, Graf BM, Hansen E. Nocebo-Effekte – Negativwirkungen der Aufklärung. *Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie* 2015; 50: 64–9.
60. Varelmann D, Pancaro C, Cappiello EC, Camann WR. Nocebo-induced hyperalgesia during local anesthetic injection. *Anesth Analg* 2010; 110(3): 868–70.
61. Lang EV, Hatsiopoulou O, Koch T, Berbaum K, Lutgendorf S, Kettenmann E et al. Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. *Pain* 2005; 114(1–2) 303–9.
62. Hoenig K, Sim EJ, Bochev V, Herrnberger B, Kiefer M. Conceptual flexibility in the human brain: dynamic recruitment of semantic maps from visual, motor, and motion-related areas. *J Cogn Neurosci* 2008; 20(10): 1799–814.
63. Kiefer M, Sim EJ, Herrnberger B, Grothe J, Hoenig K. The sound of concepts: four markers for a link between auditory and conceptual brain systems. *J Neurosci* 2008; 28(47): 12224–30.
64. Hoenig K, Muller C, Herrnberger B, Sim EJ, Spitzer M, Ehret G et al. Neuroplasticity of semantic representations for musical instruments in professional musicians. *Neuroimage* 2011; 56(3): 1714–25.
65. Trumpp NM, Kliese D, Hoenig K, Haarmeier T, Kiefer M. Losing the sound of concepts: Damage to auditory association cortex impairs the processing of sound-related concepts. *Cortex* 2012; 49(2): 474–86.

Anzeige

Neue Versorgungskonzepte in der Psychoonkologie



Joachim Weis, Elmar Brähler (Hrsg.)

Psychoonkologie in Forschung und Praxis

- **Versorgungskonzepte auf dem Prüfstand:** Wo und wie positioniert sich die Psychoonkologie?
- **Nah am Patienten:** Klinische Relevanz wird groß geschrieben
- **Interdisziplinär und aktuell:** Neueste Studienergebnisse aus interdisziplinärer Sicht

An der Bedeutung der Psychoonkologie für die Lebensqualität von Krebspatienten besteht kein Zweifel – in der Versorgungsrealität gibt es zum Teil jedoch noch erhebliche Lücken.

Joachim Weis und Elmar Brähler nehmen dies zum Anlass zusammen mit einem renommierten Autorenteam die aktuellen Versorgungskonzepte vor dem Hintergrund der neuesten Erkenntnisse aus Praxis und Forschung zu beleuchten: Welche Möglichkeiten psychoonkologischer Interventionen gibt es? Wie kann eine flächendeckende Versorgung und Qualitätssicherung aussehen? Und was ist bei der beruflichen Reintegration von Bedeutung?

Eine weitere Besonderheit ist die umfassende

Themenbreite: Die Autoren behandeln die relevanten Aspekte der Psychoonkologie. Von der Strukturierung der psychosozialen Krebsberatung über die Stigmatisierung durch Krebs bis hin zu Spontanremissionen. Spezielle Gruppen wie Patienten mit Gesichtstumoren oder nach Laryngektomie werden berücksichtigt, die Belastungen von Kindern krebskranker Eltern oder der Kinderwunsch ehemaliger Krebspatienten thematisiert.

Das Werk ist ein Muss für alle Onkologen, Psychologen, Psychotherapeuten, Psychiater und Palliativmediziner. Es richtet sich an jeden, der Krebspatienten bestmöglich und umfassend behandeln will.

2013. 315 Seiten, 17 Abb., 22 Tab., geb.
€ 39,99 (D) / € 41,20 (A)
ISBN 978-3-7945-2824-0

www.schattauer.de

 **Schattauer**

13998 | Irrtum und Preisänderungen vorbehalten