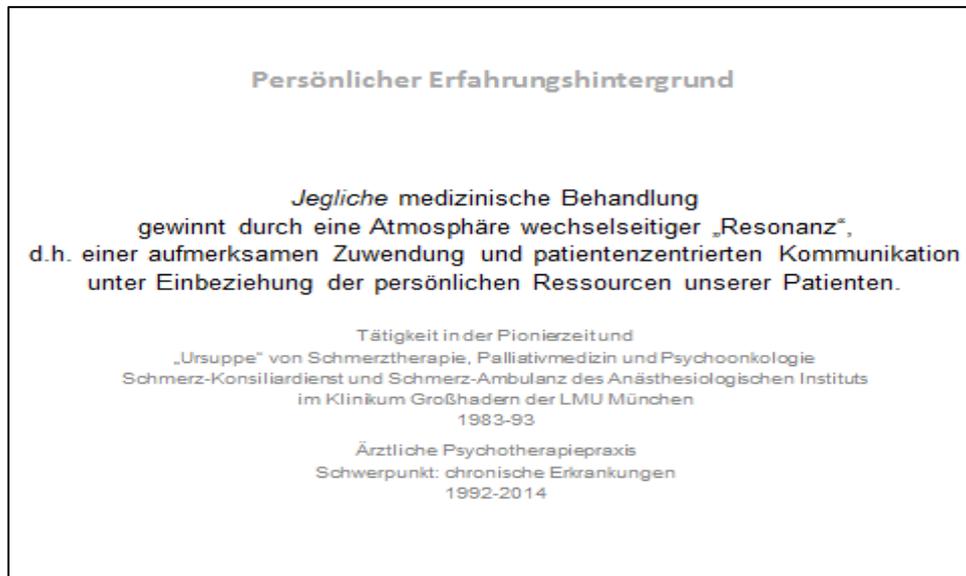


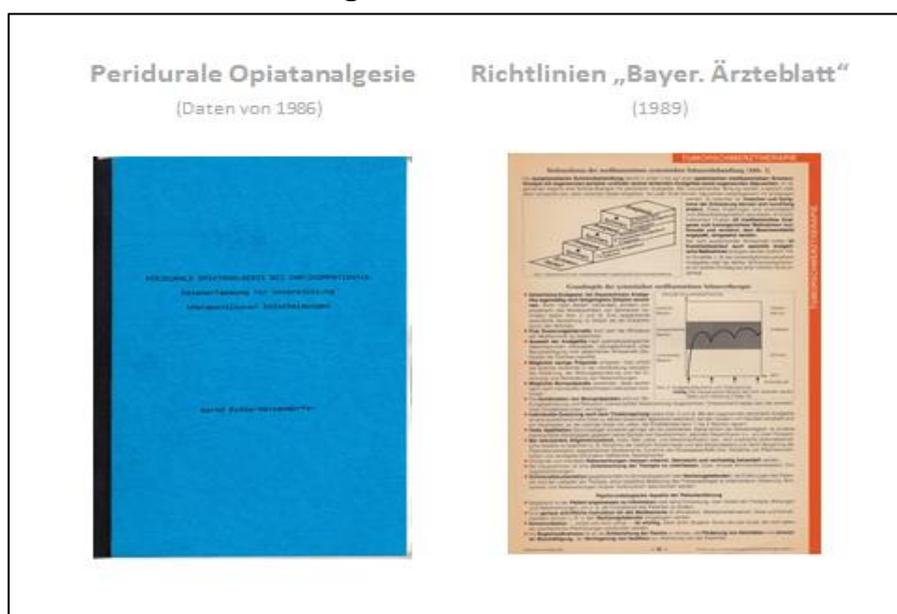
# Selbsthypnose zur Unterstützung der medizinischen Behandlung

Vortrag auf der 15. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO) vom 6.-8. Oktober 2015 (Med. Hochschule Hannover)



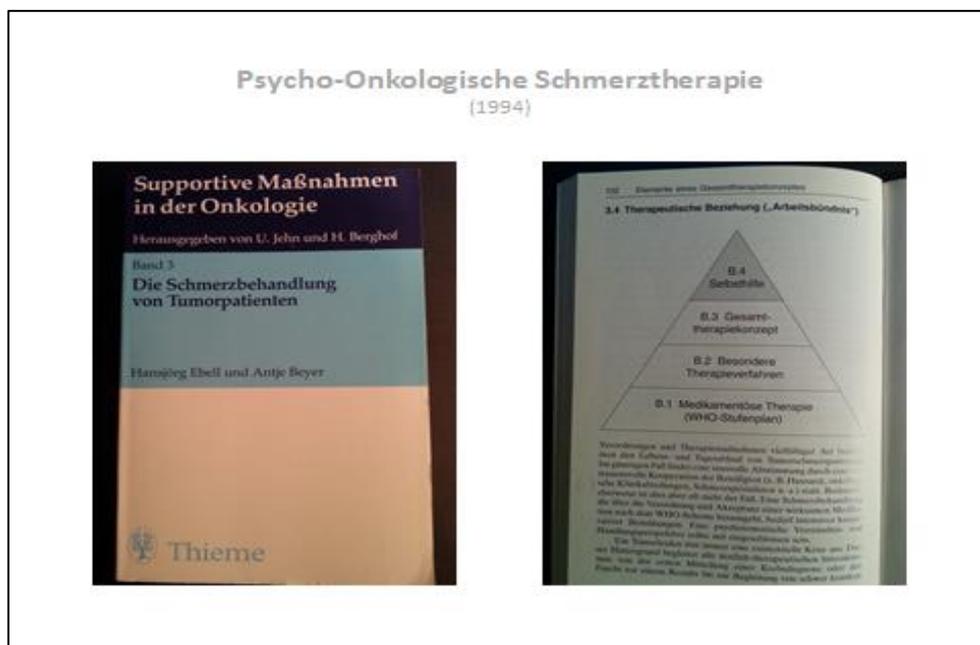
PatientInnen anzuleiten, zur Unterstützung ihrer medizinischen Behandlung Selbsthypnose zu verwenden, ist eine besonders intensive Variante dieser Art „Resonanz“. Welche Erfahrungen haben zu dieser Auffassung geführt?

Nach 4 Jahren Anästhesie und 3 Jahren Intensivmedizin begann meine Tätigkeit in der Schmerztherapie im Klinikum Großhadern der Uni München 1983. Wir waren vor allem konsiliarisch tätig für Patienten mit unerträglichen Schmerzen auf Grund einer Krebserkrankung.



Die gerade entdeckte klinische Wirksamkeit der rückenmarknahen Gabe von Opiaten mittels Periduralkatheter war beeindruckend und ein Segen für viele Patienten (dokumentiert z.B. in einer von mir betreuten Dissertation zu den Verlaufsdaten von 1986 zur Qualitätssicherung).

Auch wenn wir diese invasive Maßnahme über längere Zeiträume angewandt haben, waren wir auf den internistischen und chirurgischen Stationen des Klinikums doch hauptsächlich als Botschafter und geduldige Aufklärer in Sachen Schmerztherapie unterwegs: Über die Grundregeln, das Stufenschema der WHO mit Schwerpunkt auf der zeitkontingenten Gabe von retardierten Opiaten u.a. Unsere Arbeit war von maßgeblichem Einfluss auf erste Leitlinien zur sog. „Tumorschmerztherapie“ (1989 im Bayer. Ärzteblatt).



In meinem praktischen Leitfaden (Thieme-Verlag 1994) wird die Ermittlung eines individuellen Gesamt-Therapiekonzepts Schritt für Schritt entwickelt und begründet. Damals herrschten Publikationen (meist Kongressbände) vor, in denen für Nichtspezialisten schwer zu unterscheiden war, was schmerztherapeutisch alltägliches „Einmaleins“ war oder als spezielle Maßnahme (z.B. die neurolytische Blockade des Ganglion Coeliacum) in besonderen Einzelfällen in Frage kam. Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung habe ich darin besonders hervorgehoben, weil damals noch das Miss-Verständnis vorherrschte, dass es sich bei *Schmerzen auf Grund einer Krebserkrankung* im Wesentlichen um eine *zentrale Modifikation nozizeptiver Impulse aus der Körperperipherie* handele. Wir - sozusagen „an der Front“ Tätigen - wussten,

dass auch bei korrekter Indikationsstellung und ausreichender Dosierung der Medikamente Schmerzen immer noch als unerträglich erlebt werden konnten bzw. dass sich ein prinzipiell richtiges Therapiekonzept auf Grund von Nebenwirkungen oder auch anderen Gründen häufig als nicht durchführbar erweist. Flapsig pointiert formuliert: *Schmerzen sind kein Morphinmangelsyndrom, sondern eine existenzielle, menschliche Erfahrung, die aus vielen Quellen – sehr wohl nozizeptiven aber auch emotionalen und anderen – gespeist wird.*

Seit 1980 in einer berufsbegleitenden Psychotherapieausbildung und seit 1976 interessiert an klinischer Hypnose erschien mir dies selbstverständlich und vor diesem Erfahrungshintergrund war es mir wesentlich, in ein Gesamt-Therapiekonzept die persönlichen Coping-Fähigkeiten der Betroffenen mit einzu beziehen: damals unter dem Titel „Hilfe zur Selbsthilfe“.

**David Spiegel: The Use of Hypnosis in Controlling Cancer Pain**

CA-A Cancer Journal for Clinicians, Vol. 35, No. 4, July/August 1985, pp. 221-231

- Man kann Schmerzen haben, ohne darunter zu leiden
- Man muss nicht bis zur Erschöpfung dagegen ankämpfen, sondern kann z.B. Selbsthypnose verwenden
- Die Wahrnehmung von Schmerzen kann verändert und in Ausnahmefällen mit Hypnose und Selbsthypnose sogar effektiv kontrolliert werden

David Spiegel, maßgeblicher Kliniker und Forscher auf psychoonkologischem Feld, benannte 1985 diese drei Faktoren, die den Stellenwert von Hypnose und Selbsthypnose zur Schmerzkontrolle bei Krebserkrankungen ausmachen.

**Kontrollierte klinische Studie**

Klinikum Großhadern der LMU München (1988-91)

**Hilfe zur Selbsthilfe –  
Adjuvante Schmerztherapie für Tumorpatienten im Sinne  
psychosomatisch wirksamer Schmerzkontrolle durch den  
Einsatz von Autosuggestionsübungen**

Gefördert durch die Deutsche Krebshilfe /Mildred Scheel Stiftung e.V.

Es gelang meinem damaligen Chef, Prof. Dr. Klaus Peter, Drittmittel der Deutschen Krebshilfe zu akquirieren, um den von uns betreuten Patienten diese Art von Unterstützung anbieten zu können bzw. David Spiegels Hypothesen wissenschaftlich in einer prospektiven Studie zu untersuchen.

Der folgende Ausschnitt von etwa einer Minute zeigt eine Patientin, die an der Studie teilgenommen hat. Frau M. war unsere für die Selbsthypnose begabteste Patientin, ohne vorher selbst etwas von ihren Fähigkeiten gewusst oder geahnt zu haben.

Ausschnitt aus Patienteninterview



Frau M. beschreibt in diesem kurzen Ausschnitt aus einem langen Interview ihre Selbsthypnose-Erfahrungen so:

*„Das war ein brennender Schmerz und **da hab ich mir dann einfach Eiskühle, Kühle vorgestellt; als ob ich da den Arm so neileg. Das hat mir gut getan. Ohne, dass ich das gemacht hab, aber in der Vorstellung hat mir das einfach dann gut getan.**“*

Gefolgt von dem Erstaunen der Patientin über ihre eigene Wahrnehmung:  
*„**Gibt's ja net, tut ja immer noch nicht weh!**“*

„Jedenfalls hab ich mich in die Bilder so richtig reingesteichert und dann plötzlich war der Punkt da „Jetzt ist ja der Schmerz weg“ - und das hat auch angehalten.“ Eine anschauliche Beschreibung von Selbsthypnose.

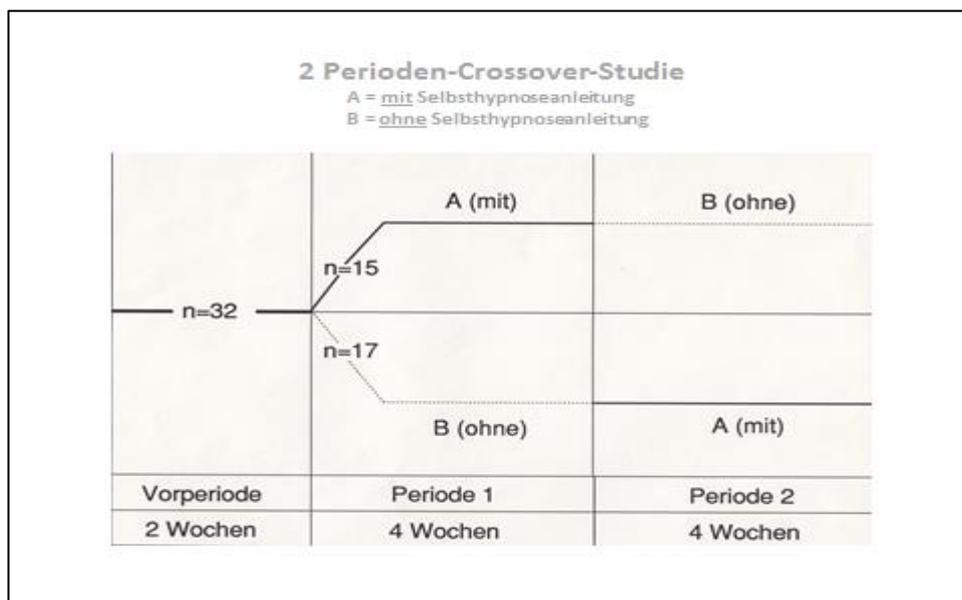
**Selbsthypnose zur Unterstützung der Behandlung**

**Frau M. (45 Jahre)**

- **Neuropathischer Schmerz** bei Mammacarcinom, Rezidiv mit Plexusinfiltration und Strahlenschaden:  
 „Wie wenn man mit dem Arm über 1000 Kaktusstacheln fährt“  
 Selbsthypnose / Was stattdessen: „Angenehme Kühle durch Einpacken in imaginäre Eiswürfel“
- **Atemnot** durch Lungenmetastasierung:  
 „Weite wie bei Kornfeldern bis zum Horizont“ (aus Fernsehfilm über Kanada)
- **Chemotherapie ohne (subjektive) Nebenwirkungen:**  
 „Unterstützung im Kampf um Zeitgewinn“ (für Sohn und Ehemann)

Ich fasse zusammen: Frau M. machte erstaunliche Selbstwirksamkeitserfahrungen bei neuropathische Schmerzen, bei Atemnot auf Grund einer Lungenmetastasierung und im Hinblick auf die Verträglichkeit ihrer Chemotherapie als „Unterstützung im Kampf um jeden Tag auf diesem Planeten“.

**Und nun zur Studie.** In diesem klinisch-kasuistischen Vortrag mit der knappen Redezeit kann ich keine Zahlen und Grafiken präsentieren, sondern nur kurz beschreiben, wie wir vorgegangen sind:



Wir wählten für die klinische, kontrollierte Studie ein 2 Perioden-Crossover-Design, weil es sich in der pharmakologischen Forschung bei kleinen Patientenzahlen mit hoher interindividueller Variabilität bewährt hat. Nach mindestens zwei Wochen pharmakologischer Schmerztherapie mit stabiler Dosierung erfolgten jeweils 4 Wochen mit und ohne Tonbandunterstützung, randomisiert den Armen A und B zugeteilt. Die schmerztherapeutische – heute würde man sagen „psychoonkologische“ – Betreuung und Zuwendung durch das Behandlungsteam waren in beiden Armen gleich.

**Kontrollierte klinische Studie**  
Gefördert von der Deutschen Krebshilfe (1988-91)

- **Standardisierte Intervention**  
zu Beginn: Tonbandaufnahme zur Entspannungsanleitung mit Imaginationssuggestionen („Ruhephysiologie“)
- **Intensiver persönlicher Austausch**  
i.S. einer „patientenzentrierten Kommunikation“
- ggf. gemeinsam eine **individuell maßgeschneiderte Selbsthypnose-Übung** entwickeln zur **Optimierung des persönlichen Copings** (Schmerz-„Kontrolle“ und/oder -Akzeptanz)

Alle PatientInnen erhielten eine Tonbandaufnahme plus Walkman. In regelmäßigen Kontakten wurden an Hand der täglich auszufüllenden Protokolle mit visuellen Analogskalen zu „Schmerz“ und „Leiden“ als Hauptzielkriterien und anderen Items die Erfahrungen besprochen. Bei denjenigen, die eigene Fähigkeiten und Möglichkeiten einbringen wollten und konnten, war das Ziel ein persönliches maßgeschneidertes Selbsthypnose-Ritual (s. Frau M.).

**Zeitraum der Datenerhebung: Nov 1989 – Jan 1991**

- <b>Konsiliarische Vorstellung</b> von Schmerzpatienten mit einer behandlungsbedürftigen Schmerzsymptomatik	302
- <b>Bereitschaft</b> , Selbsthypnose auszuprobieren	102
- <b>Studienteilnahme</b> („informed consent“, Randomisierung)	61
- <b>Vollständige Dokumentation</b> über konsequente 10 Wochen	32

Nach einer Pilotphase zur Erprobung des Settings und verschiedener Selbsthypnoseanleitungen interessierten sich in den 15 Monaten der Datenerhebung im Studiendesign ein Drittel der Patienten für unser Angebot. Etwa zwei Drittel von diesen unterzeichneten „informed consent“ und von diesen – hauptsächlich auf Grund der Progression ihrer Erkrankung – erfüllten nur die Hälfte der schwer kranken PatientInnen die Anforderung einer lückenlosen, täglichen(!) Dokumentation über 10 Wochen; zum Glück etwa gleich verteilt auf die beiden Studienarme.

**Kontrollierte klinische Studie**  
Gefördert von der Deutschen Krebshilfe (1988-91)

**„Selbsthypnose ist wirksam als supportive Ergänzung eines medikamentösen Therapiekonzepts für Patienten mit einer Krebserkrankung und starken Schmerzen“**

"Kritische Diskussion des Studiendesigns und der klinische Erfahrungen mit psychotherapeutischer Reflexion"  
PDF - © Ebell [www.doktorebell.de](http://www.doktorebell.de)

„The Therapist as a Travelling Companion to the Chronically Ill: Hypnosis and Cancer Related Symptoms“. Contemp. Hypnosis 25(1): 46-56 (2008)

Zusammengefasst: Selbsthypnose erwies sich als wirksam im Sinne einer supportiven Ergänzung eines medikamentösen Therapiekonzepts. Bezüglich genauer Daten, Signifikanz der Ergebnisse u.a. muss ich auf eine ausführliche Diskussion, abrufbar auf meiner Internetseite, verweisen.

**„Hypnotherapeutische Kommunikation“**  
= „PZK“ (S3-Leitlinie Psychoonkologie 2014)

11.1.	Statement
<b>EK</b>	Patientenzentrierte Kommunikation bezeichnet ein kommunikatives Verhalten, das den Patienten in seiner aktuellen körperlichen und emotionalen Verfassung wahrnimmt, seine persönlichen Werte, Bedürfnisse und Präferenzen berücksichtigt und seine Selbstkompetenz, Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit fördert.
	Gesamtabstimmung 100 %

Auf Grundlage der S3-Leitlinie Psychoonkologie von 2014 – 25 Jahre später – könnte ich das hypnotherapeutische Vorgehen bzw. das Ergebnis auch so zusammenfassen: Eine „*patientenzentrierte Kommunikation*“

**„Therapeutische Hypnose“**  
= „Entspannung“ und „Imagination“ (S3-Leitlinie Psychoonkologie 2014)

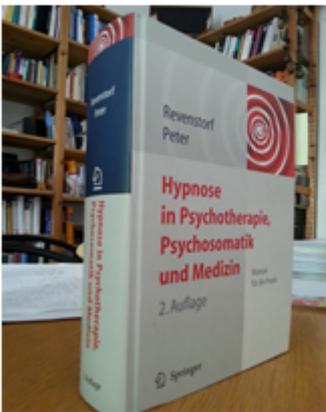
**8.2. Entspannungsverfahren und Imaginative Verfahren**

8.6.	Empfehlung
Empfehlungsgrad <b>A</b>	Entspannungsverfahren sollen Menschen mit Krebserkrankungen unabhängig vom Belastungsgrad angeboten werden.
Level of Evidence <b>1a</b>	Literatur: [326]
	Gesamtabstimmung 92 %

Entspannungsverfahren können nach Instruktion und Übung unter professioneller Anleitung von den Patienten in Eigenregie fortgeführt werden. Diese erhalten damit ein Instrument vermittelt, das ihnen den Abbau emotionaler Anspannung ermöglicht (Selbstmanagement) und ihre Fähigkeit zur Emotionsregulation stärkt (Ressourcenorientierung). Im Vergleich zu intensiveren Formen der Psychotherapie ist das Angebot

in Verbindung mit der „*Instruktion und Übung eines Entspannungsverfahrens unter professioneller Anleitung kann von den Patienten erfolgreich in Eigenregie fortgeführt werden*“.

**Hypnose bei Krebserkrankungen**  
**„Begleitung ein Stück des Weges“**  
(Springer Verlag 2008; 2015 mit Klaus Hönig)



- *kurzfristig:*  
**Linderung des Leidens / Krisenintervention**
- *mittelfristig:*  
Förderung und Optimierung von **Coping Selbstkompetenz / Selbstwirksamkeit**
- *langfristig:*  
Unterstützung der **individuellen Entwicklung** zu notwendiger **Anpassung / Neuorientierung Psychotherapie i.e.S.**

Was ist im Kontext der medizinischen Behandlung von Krebserkrankungen unter dem zeitgenössischen Etikett „Hypnose“ zu verstehen?

Im Lehrbuch des Springer-Verlages habe ich die klinischen Aspekte und wissenschaftlichen Belege dieses Ansatzes ausführlich dargelegt (in der aktuellen, 3. überarbeiteten Auflage: zusammen mit Klaus Hönig).

Eine professionelle hypnotherapeutische „*Begleitung ein Stück des Weges*“ beinhaltet *drei Zeitfenster* und damit unmittelbar verbunden drei wesentliche Aspekte psychoonkologischer Tätigkeit:

*kurzfristig:*            **Linderung** des Leidens / Krisenintervention

*mittelfristig:*        Förderung und Optimierung von **Coping** - Selbstkompetenz / Selbstwirksamkeit

*langfristig:*           Unterstützung der **individuellen Entwicklung** zu notwendiger Anpassung / Neuorientierung (Psychotherapie i.e.S.)

**„Begleitung ein Stück des Weges“**

**Frau S. (35 Jahre)**  
**Ovarialcarcinom, Op. nach Kaiserschnitt-Entbindung, Chemo**

- **Krisenintervention**  
Erschöpfung, Ängste, Verzweiflung, unerträgliche Nebenwirkungen der 1. Chemotherapie, ...
- **Coping-Unterstützung**  
Fortsetzung Chemotherapie (2. und 3.), Stress-Management, ...
- **Individuelle Unterstützung**  
Therapieziele und Themen: z.B. „Schuldgefühle gegenüber der Tochter“, Neuorientierung, ... (psychotherapeutische Begleitung i.e.S.)

Zur Veranschaulichung einer *hypnotherapeutischen „Begleitung ein Stück des Weges“* – kurz skizziert – eine zweite Falldarstellung. Darin sind, auf Grund der Kontinuität der therapeutischen Beziehung, in allen drei Zeitfenstern deutliche Synergien zu verzeichnen:

Frau S., 35 Jahre alt, wird per Kaiserschnitt von ihrem ersten, gesunden Kind entbunden. Der dabei entnommene Gewebsschnitt aus einer laufend mit Ultraschall kontrollierten, verdächtig schnell wachsenden Ovarialcyste erweist sich als hochmaligne. Es erfolgt eine Nachoperation, anschließend Chemotherapie.

Letztere wurde trotz maximaler Dosis antiemetisch wirksamer Medikamente so schlecht vertragen, dass eine Fortsetzung der Chemo für die Patientin unvorstellbar schien. Daraufhin erfolgt die Überweisung an mich, inzwischen als ärztlicher Psychotherapeut niedergelassen, mit Schwerpunkt auf der Begleitung von chronisch Kranken.

Nach stützender Krisenintervention und erfolgreicher Anleitung zur Selbsthypnose kann die zweite Chemo ohne gravierende Nebenwirkungen durchgeführt werden. Frau S. verträgt die dritte Chemo sogar noch besser als die zweite – ganz im Gegensatz zu den ungewollt vermittelten Negativ-Suggestionen der Aufklärung über Chemotherapie im Allgemeinen.

Im Rahmen einer anschließenden Kurzzeit-Psychotherapiemaßnahme können die Selbstkompetenz der Patientin und ihre Begabung für Hypnose und Selbsthypnose für viele weitere medizinische und persönliche Herausforderungen genutzt werden.

Wichtige psychotherapeutische Themen i.e.S. werden bearbeitet (z.B. das „schlechte Gewissen gegenüber der Tochter, dass sie sie nach der Geburt alleine gelassen hat“). Das Gefühl einer „neuen Normalität“ im Alltag und die Wiederaufnahme ihrer beruflichen Tätigkeit in verantwortlicher Position werden unterstützt bzw. erreicht.

**Die therapeutischen Effekte von Hypnose und Selbsthypnose sind klinisch relevant.**

### Selbsthypnose in der Psychoonkologie

<p><b>Selbst-Hypnose:</b> Antidot gegen Mystifikation und Vor-Urteile</p> <p><b>Therapeutische Hypnose</b> bedeutet weder „Kontrollverlust“ noch ist sie eine Wundermethode, um objektive Grenzen außer Kraft zu setzen; viele Menschen verfügen über besondere Fähigkeiten, ihre Erfahrung zu verändern (subjektive Grenzen).</p>	<p><b>Entspannung und Imagination (Selbsthypnose)</b> Individuelle Ressourcen für Patienten mit einer Krebserkrankung</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Hansjörg Ebell - Wilfried Häuser</p> <p style="font-size: x-small;"><b>Zusammenfassung</b> Entspannungsübungen, Imaginationen und Selbsthypnose haben sich im psychoonkologischen Kontext bewährt: zur Schmerzkontrolle, gegen Nebenwirkungen von Chemo- und Strahlentherapie sowie bei Ängsten. Hypnotherapeutische Interventionen werden mit und ohne formale Induktion eingesetzt. Wichtige Selbstkompetenzverfahren der Betroffenen im Sinn einer „Kontrolle“ körperlicher und seelischer Symptome (Optimierung des Copings) werden dadurch ermöglicht und gefördert. Sie können individu- und langfristigen Therapieerfolg merkbar fördern: Hilfriche Schlüsse werden. Unsicheres und/oder leistungsminderndes können damit „hindernisse“ auf dem Krankheitsbewältigungsweg.</p>
--	--

in: Psychotherapie im Dialog; Heft 2 „Psychoonkologie“, Thieme Verlag (2010), S. 140-144

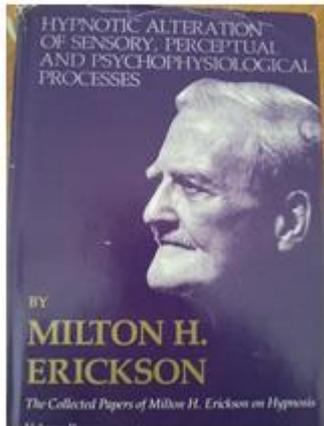
Der Begriff **Selbsthypnose** taugt als Antidot gegen Mystifikation und kann Vorurteile und Bedenken konstruktiv auffangen und wenden.

Wenn sich Patienten darauf einlassen, erfahren sie die **Therapeutische Hypnose** nicht als „Kontrollverlust“ oder „Unterwerfung unter den Willen eines mächtigen Gegenübers“ (wie von der Bühnenhypnose suggeriert), sondern – im Gegenteil – als geeignete Unterstützung, wesentliche Selbstwirksamkeitserfahrungen machen zu können.

Hypnose ist natürlich keine Wundermethode, um objektive Grenzen außer Kraft zu setzen. Aber: Viele Menschen verfügen über besondere Fähigkeiten, ihr Erleben – im Fall der vorgestellten Untersuchung ihre Schmerzerfahrung – wesentlich zu verändern. Die subjektiven Grenzen müssen nicht dort verlaufen, wo sie vermutet oder – geprägt von Ängsten, Sorgen, Verzweiflung und Erschöpfung – bis dahin erlebt wurden.

Milton H. Erickson, auf dessen Einfluss die zeitgenössische Renaissance und Anerkennung der therapeutischen Hypnose zurückzuführen ist, hat 1965 auf dem „Ersten internationalen Kongress zur Hypnose in der Psychosomatischen Medizin“ in Paris einen grundsätzlichen Vortrag zur Schmerzbehandlung mit Hypnose gehalten. Dieser beginnt mit dem folgenden Satz:

**Therapeutische Hypnose**



Vortrag von Milton H. Erickson in Paris 1965:  
„Die Veränderung sensorisch-perzeptiver Funktionen –  
Das Problem von Schmerz und Wohlbefinden“

„Hypnose ist im Grunde nichts anderes als die Vermittlung von Gedanken und Erkenntnissen an den Patienten in einer Weise, die gewährleistet, dass er für die dargebotenen Gedanken in höchstem Maße empfänglich ist und infolgedessen engagiert sein eigenes Potential erforscht, wie seelische und körperliche Reaktionen sowie Verhaltensweisen angemessen verändert werden können.“

## „Resonance Based Medicine“

„PZK“ (S3-Leitlinie Psychoonkologie) als wesentlicher Bestandteil

11.1.	Statement
EK	Patientenzentrierte Kommunikation bezeichnet ein kommunikatives Verhalten, das den Patienten in seiner aktuellen körperlichen und emotionalen Verfassung wahrnimmt, seine persönlichen Werte, Bedürfnisse und Präferenzen berücksichtigt und seine Selbstkompetenz, Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit fördert.
	Gesamtabstimmung 100 %

Dieses Zitat von Erickson klingt ziemlich ähnlich wie die Psychoonkologie-S3-Leitliniendefinition einer „patientenzentrierten Kommunikation“ 50 Jahre später.

Beides sind klare Plädoyers für die zentrale Bedeutung der therapeutischen Beziehung – im Sinne der zu Beginn des Vortrags benannten „Resonanz“ – für das Gelingen *jeglicher* medizinischer Behandlungsmaßnahmen.

### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Hansjörg Ebell  
Breisacherstr. 4 / Rgb  
81667 München  
dr.h.ebell@t-online.de  
www.doktorebell.de