

## „Mission impossible?“

### Ein Patient auf der Suche nach psychoonkologischer Unterstützung bei fortgeschrittener Krebserkrankung. Misslungene Kommunikation und/oder Scheitern?

Fallgeschichte

*Hansjörg Ebell*

#### ***Kontaktaufnahme***

Der Schwerpunkt meiner Psychotherapiepraxis lag auf der Behandlung von Patienten, die an einer chronischen Erkrankung leiden (z.B. chronische Schmerzen, Krebserkrankungen, psychosomatisch diagnostizierte Störungen). Das war meiner Homepage zu entnehmen wie auch meine therapeutische Verwendung von Hypnose. Gar nicht so selten waren darum Anfragen auf dem Anrufbeantworter wie: „Ich habe Krebs im fortgeschrittenen Stadium. Suche einen erfahrenen Visualisierungsstrategen zur Stärkung meiner Immunabwehrkräfte. Rufen Sie mich bitte an wegen einer Terminvereinbarung unter der Nummer ...“ Wegen hoher Patientenauslastung und knappen Terminen für neue Patienten habe ich in solchen Fällen ohne zusätzliche Informationen nicht zurückgerufen, da die Erwartungen bezüglich Hypnose und meinen über Jahrzehnte gesammelten Erfahrungswerten aller Voraussicht nach zu weit auseinander liegen würden.

Bei dem persönlichen Anschreiben von Herrn K., das mich am 27.10.04 per Fax erreicht hat, klang das anders: „Ich bin auf der Suche nach einem Psychoonkologen, der mich auf dem Weg meiner Genesung ein Stück begleitet. Einzelheiten kann ich Ihnen gern zunächst am Telefon sagen. Gern würde ich mit Ihnen einen „Schnuppertermin“ vereinbaren, so daß wir beide sehen, ob wir miteinander arbeiten können.“ Zeitnah haben wir eine erste probatorische Stunde vereinbart.

#### ***25. November 2004: Erstgespräch***

Herr K. (Mitte 50) beginnt mit einer ausführlichen Schilderung seiner Odyssee seit Jahresbeginn bis zur Krebsdiagnose im Mai und seiner aktuellen Behandlungssituation. Ich verwende seine eigenen Formulierungen: Wegen Beschwerden beim Gehen sei er bei 5 Orthopäden gewesen und auf Bandscheibenvorfall behandelt worden. Als

Hansjörg Ebell

**„Mission impossible?“ Ein Patient auf der Suche nach psychoonkologischer Unterstützung bei fortgeschrittener Krebserkrankung. Misslungene Kommunikation und/oder Scheitern? Fallgeschichte**

*Ein Patient (Mitte 50) sucht wegen einer fortgeschrittenen Krebserkrankung psychoonkologische Unterstützung. Er setzt seine ganze Hoffnung auf eine „vollständige Heilung, keine Kompromisse wie ein oder zwei Jahre“. Nach dem Erstgespräch wird der Kontakt seitens des Patienten abgebrochen. Die möglichen Gründe für diese unbefriedigende Entwicklung bzw. gescheiterte Kommunikation werden ausführlich reflektiert.*

*Stichworte: Fallgeschichte, Psychoonkologie, intersubjektive Resonanz, Hoffnung, Verleugnung, gescheiterte Kommunikation.*

**„Mission impossible?“ A patient with advanced cancer disease in need of psychooncological support. Failed communication or defeat? A case study**

*Male patient in his fifties with advanced cancer disease is asking for psychooncological support. His goal is a "complete healing, no compromises like two or three years". After the first session he refuses further contact. Possible reasons for this detrimental development and failed communication are discussed thoroughly.*

*Keywords: Case, psychooncology, intersubjective resonance, hope, denial, failed communication.*

Dr. med. Hansjörg Ebell  
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Breisacherstraße 4 – Rückgebäude, 81667 München  
Dr.H.Ebell@t-online.de

er dann Blut im Stuhlgang entdeckt habe, habe der Hausarzt den Finger reingesteckt und es für unbedenklich erklärt. Er habe jedoch eine Endoskopie machen lassen und dabei sei ein großer Tumor im Enddarm festgestellt worden. Anfang September wurde er vom Ordinarius der Uniklinik persönlich operiert. Ein Bauchschnitt von oben bis unten. Jetzt habe er einen künstlichen Darmausgang. Dessen Rückverlegung sei im Januar geplant, nach der aktuell laufenden Chemotherapie mit Hyperthermie im Oberbauch wegen zwei oder drei Metastasen in der Leber – eine sei bei der Operation entfernt worden – und in den Lymphknoten.

Sein Auftrag an mich? Er suche eine psychologische Unterstützung. Nachdem er das erste und zweite Buch von Carl Simonton gelesen habe, übe er Visualisierungen. Er mache Entspannungsübungen und erreiche einen Ort der Ruhe und Sicherheit. Von den Krebszellen habe er nur eine nebulöse Vorstellung, vielleicht wie Schnecken, die im Garten alles anfressen. Er verstehe den Krebs als eine gute Kraft, der ihm die Bot-

schaft überbracht habe, was im Leben wichtig ist. Auf meine Nachfrage zu seinem persönlichen Ziel antwortet er: Gesund werden!

In meinen handschriftlichen Notizen zu unserem Erstgespräch (vier Seiten insgesamt) habe ich unmittelbar danach in Klammern vermerkt, dass er dann noch ergänzt hat: *Keine Halbheiten wie ein oder zwei Jahre*. Letzteres ist mir erst jetzt bei der Ausarbeitung der Unterlagen zur Fallgeschichte aufgefallen. Damals habe ich die Bedeutung dessen wohl nicht erkannt; doch dazu später.

Nach Informationen zur beruflichen Tätigkeit, Werdegang (aktuell selbständige Tätigkeit in der Erwachsenenbildung) und Familienstand (verheiratet seit ewigen Zeiten, bewusst keine Kinder, heute vielleicht anders entschieden), komme ich zurück auf die klinische Ausgangssituation und frage, ob er von irgendjemand eine Aussage zur wahrscheinlichen medizinischen Prognose erhalten habe oder sich daran erinnere. Er habe keine bekommen und auch nicht danach gefragt. Will mich damit nicht belasten. Misstrauen der Medizin und bin noch sauer auf meinen Hausarzt. Nachdem es zuerst geheißt hat, dass ich keine Fernmetastasen habe, habe ich bei der Übergabe durch den Pfleger an die Intensivstation nach der Operation das erste Mal was von Lebermetastasen gehört. Ich habe meine Prognose und das ist mir viel wichtiger. Ich zwingt mich zu diesem Optimismus. Im Klinikum habe ich um Kontakt mit der Psychoonkologie gebeten, aber keinen bekommen. Das habe ich mir selbst organisiert. Ich habe eine Klasse-Operation bekommen, aber die Visite ist eine ritualisierte Form der Karikatur – nie zwei Sätze miteinander geredet. Auf meine Bitte nach naturheilkundlicher Unterstützung habe ich keine Empfehlung erhalten. Habe ich mir auch selbst suchen müssen. Die Chemotherapie ist erst mal bis Januar geplant, danach ein Staging (umfangreiche Diagnostik zur Stadieneinteilung der Krebserkrankung und Wirksamkeit der bisherigen Behandlung als Grundlage der Diskussion zum weiteren Vorgehen im sog. Tumor-Board, einer interdisziplinären Runde von Spezialisten ohne Beteiligung des Patienten). Es ist mal von einem wahrscheinlichen weiteren Zyklus der Chemo die Rede gewesen, von Bestrahlung und ggf. auch von einer Entfernung der Metastasen in der Leber. Der Darm scheint ja sauber zu sein. Der naturheilkundlich tätige Onkologe, den ich selbst gefunden habe, ist ein ausgesprochen angenehmer Mediziner, freundlich und zugewandt.

Im Hinblick auf die Prüfung einer möglichen hypnotherapeutischen Zusammenarbeit (erst ab Januar sei meinerseits ein regelmäßiges Terminangebot möglich) komme ich auf seine Imaginationen und Entspannungsübungen zurück. Er schildert ein typisches – auf eine machtvolle Phantasie der Krebsbekämpfung verkürztes – (Miss-)Verständnis des Ansatzes von Simonton. In seiner Vorstellung zertrampeln weiße Elefanten die Krebszellen, d.h. Schnecken, die sich abends hervortrauen und Pflänzchen zerfressen und die er mit dem Spaten zerhacke. Er selbst wechselt dann das Thema: *Ich will mich mehr mit der Zukunft beschäftigen*.

Nach so vielen Jahren habe ich keine genaue Erinnerung mehr daran, was ich im abschließenden Gespräch über die mögliche bzw. eine weitere Zusammenarbeit und

### *Fallgeschichte*

meine Haltung und Position in Anbetracht des weit fortgeschrittenen Stadiums der Erkrankung gesagt habe. Da sich diese in den letzten Jahrzehnten wenig verändert haben, habe ich dies auch nicht protokolliert. Es folgen die letzten Zeilen meiner Aktennotiz von diesem Tag: „Es tauchen Fragezeichen auf, ob er das Ziel erreichen könne. Optimismus anpeilen (im Gespräch, Psychotherapie). Zweiter Termin: möchte er machen. Der eigenen Meinung folgen! (statt „falsch-richtig“).“

Aus meiner Sicht sprach alles für gute Voraussetzungen für meinen über Jahrzehnte entwickelten Ansatz einer Zusammenarbeit von den Patienten selbst als Experten für ihr Kranksein (Erfahrungsperspektive) und den beteiligten Behandlern als Experten für den Umgang mit der Krebskrankheit auf aktuellem Stand des Wissens (Symptomperspektive) – mit meiner zusätzlichen Unterstützung und ggf. Mittler-Rolle einer psychoonkologischen Unterstützung. Zur Vorbereitung auf unsere nächste Stunde gebe ich Herrn K. noch zwei Bücher mit (J.C. Rüegg *Mind & Body – Wie Gehirn und Psyche die Gesundheit beeinflussen* und B. Alman *Selbsthypnose*).

#### **26. November 2004 : Eingang Fax 23:51 Uhr**

„Sehr geehrter Herr Dr. Ebell.

Unser gestriges Gespräch hat mich lange beschäftigt. Während mein Verstand mit ihren Informationen und Aussagen ein“verstand“en war, meldete sich der Bauch auf andere Weise. Ich will es dem Kopf überlassen, das Bauchgefühl zu artikulieren.

Juckepunkt war und ist mein klares Ziel, gesund zu werden. Sie verwiesen in diesem Zusammenhang auf ihre Erfahrungen und wollten mir nur eine Chance zubilligen, dieses Ziel auch tatsächlich zu erreichen.

Damit zeigte sich mein Gefühl zunehmend unzufrieden und erinnerte mich an einen Trainer, der seinen Sportler darauf vorbereitet, in einem bevorstehenden Wettkampf Zweiter oder Dritter, aber nicht Erster zu werden. „Völlig undenkbar“ meinte mein Bauch. Erst die Zielsetzung eines Sieges setzt alle Kräfte frei, um das Bestmögliche zu schaffen.

Als Fazit Ihrer Aussagen kamen bei mir mehr Begrenzungen als Perspektiven an. Ich stelle mir vor, wie es sein würde, wenn Sie während der Therapie unausgesprochen und vielleicht auch unbewusst aber doch in Kategorien von Überlebenszeiten und nicht Lebenszeit denken.

Sie wissen wie sehr Erwartungen und Überzeugungen die Wirklichkeit beeinflussen können. Deshalb brauche ich einen Therapeuten, der mit mir auf Sieg und nicht auf Platz setzt. Und während ich dies schreibe, wird mir bewusst, wie heftig mich Ihre Frage nach der Prognose irritiert hat.

Beurteilen Sie bitte, ob ich Sie richtig verstanden oder komplett missverstanden habe. Wenn ich richtig liege, dann möchte ich unsere Zusammenarbeit beenden. Wenn nicht, freue ich mich über ihre Reaktion.

Die Bücher, die Sie mir dankenswerterweise ausgeliehen haben, erhalten Sie in jedem Fall pünktlich zurück. Freundliche Grüße“

**29. November 2004: Meine Antwort per Fax**

„Sehr geehrter Herr K.

Als ein Olympiasieger – nachdem man ihm zu seiner außerordentlichen Leistung gratuliert hatte – befragt wurde, wie er das habe schaffen können, wies er darauf hin, dass es für ihn besonders wichtig gewesen sei, dass er sich von seinem Trainer getrennt habe, der ihm gesagt habe ‚Hic Rhodos, hic salta‘.

Als ein Olympiasieger – nachdem man ihm zu seiner außerordentlichen Leistung gratuliert hatte – befragt wurde, wie er das habe schaffen können, wies er darauf hin, dass es für ihn besonders wichtig gewesen sei, dass ihm sein Trainer gesagt habe ‚Hic Rhodos, hic salta‘.

Mit freundlichen Grüßen“

Als Antwort kam ein Fax am 30. November: „Ich wünsche keinen weiteren Kontakt mit Ihnen.“

Am Quartalsende stelle ich die Stunde in Rechnung. Prompt (4.1.05) erfolgt eine kritische Nachfrage bezüglich der Abrechnungsziffern und zum sog. Steigerungsfaktor. Ich gehe davon aus, dass bisher in all seinen Privatrechnungen mindestens der gängige, von mir verwendete und von allen Versicherungen ohne Rückfrage akzeptierte 2,3 fache Satz angesetzt wurde; lediglich bei – damals noch sehr seltenen Spar-Verträgen, z.B. für Studenten – wurde ein 1,7 facher Satz der Gebührenordnung für Ärzte in Rechnung gestellt, bei Chefarztbehandlung meist ein viel höherer.

Nach einer Mahnung (Zahlungsfrist war vier Wochen) mit der Bitte um Überweisung innerhalb von 14 Tagen kommt ein längeres Fax, das mit dem Satz endet: „Bitte teilen Sie mir mit, welches die zuständige Institution ist, welche ich über Ihr Verhalten, Ihre Rechnungstellung und über das informieren kann, was Sie als Therapie bezeichnen.“

Noch am selben Tag schreibe ich den folgenden Brief.

**15. Februar 2005**

„Sehr geehrter Herr K.,

irgendetwas läuft für mein Gefühl total schief, und ich möchte gerne dazu beitragen, die Situation zu klären und möglichst zu entspannen. Selbstverständlich steht es Ihnen frei, sich zu beschweren. Bei der Bayerischen Landesärztekammer gibt es eine entsprechende Beschwerde- bzw. Schlichtungsstelle. Doch worüber eigentlich?

Am 27.10.04 schrieben Sie mir unter anderem: „Gerne würde ich mit Ihnen einen ‚Schnupper-termin‘ vereinbaren, so dass wir beide sehen, ob wir miteinander arbeiten können.“ Dieser Termin, eine sog. „probatorische Stunde zur Indikationsstellung für eine Psychotherapiemaßnahme“, fand am 25.11.04 statt. Die Atmosphäre habe ich als spannungsfrei in Erinnerung. Ihr Aufmerken auf meinen Hinweis, dass für mich als ärztlichem Psychotherapeuten die medizinische „Realität“ als wichtiger Faktor in ein Gesamt-Therapiekonzept mit einzubeziehen sei, habe ich sehr wohl registriert. Ich gab Ihnen Lektüre mit, die Sie zu einem weiteren Termin wieder mitbringen wollten.

### *Fallgeschichte*

Am 27.11. erreichte mich ein ausführliches Fax von Ihnen, in dem sie mich um Stellungnahme zu dieser für Sie wesentlichen Frage gebeten haben, nachdem sie „unser gestriges Gespräch lange beschäftigt habe“. Ich habe mir meine Antwort wirklich sehr lange und gründlich überlegt. Um deutlich zu machen, dass ich es alleine Ihrer Entscheidung überlasse bzw. dass nur Sie beurteilen können, was für Sie unterstützend wirkt (bzw. als Argument zur Fortsetzung unserer Gespräche) oder wovor Sie Ihr „Bauchgefühl“ gewarnt hat (bzw. als Argument dagegen) habe ich die gleiche Metapher in zwei Varianten formuliert.

Auf mein Fax, in dem ich Ihnen schrieb, dass ich „versucht habe, Sie telefonisch zu erreichen, und dass ich es morgen wieder versuchen werde“, erhielt ich prompt ein Fax mit der Mitteilung: „Ich wünsche keinen weiteren Kontakt mit Ihnen.“ Diese apodiktische Aussage ließ keine Wahl. Ich habe diese Reaktion zwar überhaupt nicht verstanden, aber es war eine klare Botschaft im Sinne der von Ihnen gestellten Anfangsfrage (s.o. 27.10.). Als Kommunikationstrainer wissen Sie, dass der „Empfänger die Botschaft bestimmt und nicht der Sender.“

Routinemäßig erhielten Sie zum Quartalsende meine Rechnung mit dem üblichen Zahlungsziel von 4 Wochen. Nachdem Sie die Rechnung moniert hatten, hatte ich schon den Verdacht, dass die Angelegenheit für Sie wohl immer noch nicht erledigt ist bzw. noch etwas nagt, obwohl Sie andererseits doch keinerlei klärenden Austausch wünschen. Meine Möglichkeiten lagen also nur in einer aufklärenden Richtigstellung zur formalen und inhaltlichen Korrektheit der Rechnung. Mit Ihrem heutigen Fax als Reaktion auf ein Mahnschreiben meinerseits – nachdem Ihre Rechnung die einzige war, die noch offen stand – wird dieser Eindruck noch einmal verstärkt.

Am Sinnvollsten wäre es, die Angelegenheit in einem persönlichen Gespräch zu klären. Dies wäre eine weitere „probatorische Stunde“ (wenn auch vermutlich faktisch mit gleichem Ergebnis, aber hoffentlich ohne den bitteren Nachgeschmack).

Mit freundlichen Grüßen“

Hierauf erhielt ich keine Antwort.

Auch für mich ist die Angelegenheit wohl immer noch nicht erledigt bzw. es nagt noch etwas. Darum 10 Jahre später ein letzter Versuch:

#### **5. März 2015**

„Sehr geehrter Herr K.,

sollten Sie bereit sein, Ihre Entscheidung von vor gut 10 Jahren zu überdenken, würde ich mich sehr darüber freuen. Ihr Fax an mich damals: „Ich wünsche keinen weiteren Kontakt mit Ihnen.“

Ich habe meine Praxistätigkeit beendet und befinde mich im sog. Ruhestand. Dazu gehört, dass ich anfrage – bei Patienten, die ich vor Jahren durch schwieriges Gelände begleitet habe – ob sie Interesse hätten, bei einer Tasse Tee oder Kaffee unsere Zusammenarbeit aus ihrer Sicht, damals und heute, zu besprechen; selbstverständlich auch kritisch.

Für den Fall, dass das für Sie in Frage käme, ginge es ja nicht „um die Prüfung einer möglichen Zusammenarbeit“ (diese Prüfung hatte ich damals offensichtlich nicht bestanden bzw. war durchgefallen), sondern um meine ungeteilte Aufmerksamkeit für Sie persönlich. Ich würde gerne etwas über Ihren ganz persönlichen Heilungsweg erfahren. Mit freundlichen Grüßen“

Der Brief kam ungeöffnet zurück mit einem Postaufkleber, auf dem angekreuzt war „Empfänger soll verstorben sein“.

## **Evaluation**

Es ist für mich immer noch unabgeschlossen und unbefriedigend und wird es wohl bleiben. Diese Fallgeschichte zu schreiben, ist ein Versuch, es einzuordnen: Misslungene Kommunikation (der Empfänger bestimmt die Botschaft) oder Scheitern meiner zwar gut gemeinten aber wegen Bedingung X inadäquaten Bemühungen – vermutlich beides.

Diese Fallgeschichte ist auch eine Reverenz an Jean Lassner (Ordinarius für Anästhesie an der *Sorbonne*, Initiator der Schmerztherapie in Frankreich und Organisator des *International Congress on Hypnosis and Psychosomatic Medicine* in Paris 1965, auf dem Erickson sein grundlegendes Referat zur Schmerztherapie gehalten hat). Nachdem ich auf dem Kongress der *European Society of Hypnosis* in Paris 1985 stolz eine schmerztherapeutische Fallgeschichte präsentiert hatte, merkte er als Vorsitzender an: „Fälle mit günstigem Ausgang sind öfter weniger lehrreich als solche, wo Schwierigkeiten auftreten oder ein Misserfolg verzeichnet wird. Mindestens wäre es gut gewesen, auch solch einen vorzulegen.“

## ***Intersubjektive Resonanz - Möglichkeiten und Grenzen***

Es war wie es war – aber hätte es anders sein können? Was mich am meisten beschäftigt (hat): Für Herrn X war unser Austausch höchstwahrscheinlich eine zusätzliche Belastung statt der dringend benötigten Entlastung. Er war ja auf der Suche nach psychoonkologischer Unterstützung.

Wenn ich Menschen in der Auseinandersetzung mit ihrer Krebserkrankung mittel- und langfristig psychotherapeutisch begleitet habe, war sehr häufig Thema, was *wie* in Aufklärungsgesprächen gesagt – oder vermutlich genauer – verstanden wurde. Meist ging es darum, eine darin enthaltende, nachhaltig wirksame Nocebo-Qualität zu erkennen und zu bearbeiten. Hypnose und insbesondere ideomotorische Phänomene haben sich dabei für mich bzw. für meine Patienten sehr bewährt.

Welche Formulierungen ich auch immer verwendet haben mag am Ende unserer ersten Stunde: Herr K. hat klar erkannt und richtig benannt, dass unser beider Vorstellungen, was wir unter „gesund werden“ verstehen, sich unterscheiden – auch wenn sie vom Endergebnis her gar nicht so weit auseinander liegen müssen. In seinen Worten: „Juckepunkt war und ist mein klares Ziel, gesund zu werden. Sie verwiesen in diesem Zusammenhang auf ihre Erfahrungen und wollten mir nur eine Chance zubilligen,

### *Fallgeschichte*

dieses Ziel auch tatsächlich zu erreichen.“

Auf Grund meines ärztlichen Wissens und meiner klinischen Erfahrung ist eine vollständige Heilung nicht ausgeschlossen. Von der statistischen Wahrscheinlichkeit her würde sie aber im Fall von Herrn K. bzw. dem Stadium seiner Krebserkrankung an ein Wunder grenzen bzw. in die Kategorie der „Spontan“-Remissionen oder -heilungen gehören, wenn er seinen eigenwilligen Weg fortgesetzt und auf bekannt wirksame, medizinische Therapiemaßnahmen verzichtet hätte. Mit diesen besonderen Fällen habe ich mich in einem Arbeitskreis von 2013 bis 2017 zur Vorbereitung eines Kongresses „Salutogenese bei Krebs“ in Hamburg intensiv beschäftigt. Jedenfalls wäre für mich ein solcher außergewöhnlicher Verlauf nur als systemische „Emergenz“ vorstellbar, als Ergebnis höchst komplexer und individueller kurz-, mittel- und langfristiger Lern- und Entwicklungsprozesse, die durch eine „Stärkung eigener Abwehrkräfte mittels Imaginationen“ sicherlich nicht ersetzt oder gar kausal bewirkt werden können. Ich würde – im Gegensatz zur beabsichtigten Wirkung – sogar fest damit rechnen, dass diese Art der Übernahme der Gesamtverantwortung für das komplexe Geschehen einer fortschreitenden Krebserkrankung zu einer zusätzlichen Belastung führen wird oder gar Vorwürfen, selbst schuld zu sein: z.B. die Übungen nicht intensiv oder häufig genug gemacht oder nicht die richtigen Bilder gefunden zu haben.

Meine Bedenken bezüglich der Miss-Verständnisse zum komplexen „Counseling“-Ansatz von Simonton und einer Reduktion auf den Vorschlag, eigene kämpferisch-machtvolle Abwehrkräfte zu visualisieren (nur einer von 10 Punkten!) habe ich bereits 1996 in einem Artikel dargelegt: "Hypnose und Psychoneuroimmunologie in der Psychoonkologie - Magisches Denken im Mantel wissenschaftlicher Erkenntnisse" (*Experimentelle und Klinische Hypnose* 12(2), 91-105; als PDF auf [www.doktorebell.de](http://www.doktorebell.de)). Diese Publikation bezieht sich auf einen eigenen Vortrag und die Teilnahme an einer Podiumsdiskussion mit Carl Simonton im Rahmen des Symposiums "Hypnose und Krebs" auf der 16. Jahrestagung der *Deutschen Gesellschaft für Hypnose* 1994: „Eine verantwortungsvolle, hypnotherapeutische Arbeit mit den Kräften der Hoffnung ist sicher hilfreich. Dies sollte aber nicht verwechselt werden mit dem ausgesprochenen oder unausgesprochenen Versprechen einer Wunderheilung. ‚Wunder‘ sind definitionsgemäß extrem selten – aber auch bei einer Krebserkrankung gibt es sie. Auch wenn wir meinen, sie erklären zu können (z.B. ‚psychoneuroimmunologisch‘), so bleiben es Geschehnisse, die wir – sollten wir sie erleben dürfen – als Beteiligte ehrfürchtig zur Kenntnis nehmen sollten. Wir können sie aber nicht, mit welcher Therapie auch immer und ganz sicher auch nicht mit Hypnose, ‚erarbeiten‘.“

Eine professionelle psychoonkologische Unterstützung taugt nicht für Allmachphantasien im Ausgleich und für den Umgang mit Ohnmachtserfahrungen unserer Patienten. Sie ist eher aufzufassen als sorgfältige Gestaltung einer zwischenmenschlichen Beziehung in den Rollen als Behandler und Begleiter mit unterschiedlichen Funktionen (z.B. ärztlich, psychologisch, pflegerisch) für die Behandelten und Begleiteten. Unter der Bedingung einer belastbaren therapeutischen Beziehung („siche-



rende Bindungserfahrung“) sind die verschiedenen Sicht-, Denk-, Fühl- und Handlungsweisen aller Protagonisten wichtige Ressourcen und ein guter Nährboden für Entwicklungsprozesse. In diesem Kontext können und sollten auch z.B. die berechtigten Bedenken von Herrn K. (Ich stelle mir vor, wie es sein würde, wenn Sie während der Therapie unausgesprochen und vielleicht auch unbewusst aber doch in Kategorien von Überlebenszeiten und nicht Lebenszeit denken) thematisiert werden. Wäre es oder wären wir dazu gekommen, sähe ich darin sogar eine Chance, diese Zweifel „projektiv“ (ich hätte ja das Problem) und damit auf eine schützende Weise aufzugreifen und zu verhandeln, die vermutlich auch als unbewusste, kritische Auseinandersetzung eigener Anteile/Egostates eine Rolle spielen.

Grundsätzlich beinhaltet jeder intersubjektive Austausch mit Schwerstkranken therapeutisches Potential, aber vom Ergebnis her und nicht allein von der Absicht. Im Idealfall ist es möglich, gemeinsam „Möglichkeitsräume“ zu erkunden zwischen den beiden Polen, sich mögliche Veränderungsziele zu setzen und diese auch zu erreichen einerseits und andererseits Unveränderliches zu akzeptieren. Selbstverständlich gibt es dafür objektive und subjektive Grenzen. Meiner Erfahrung nach lohnt es, gemeinsam zu recherchieren, wo genau diese verlaufen.

### ***Die Kraft der Hoffnung als Stützbalken vs. Verleugnung als nicht belastbarer Strohhalm***

Hoffnung ist grundsätzlich und immer gerechtfertigt. Niemand kann am Ausgangspunkt einer psychoonkologischen Begleitung wissen, ob der Kampf um Heilung – was auch immer darunter verstanden wird und ob gegen alle Wahrscheinlichkeiten und gegen alle Widerstände – gelingen kann und wird oder nicht.

Wenn wir davon ausgehen, dass das, was wir Gesundheit nennen, das Ergebnis unzähliger, höchst komplexer homöostatischer Regulationen eines Individuums (Systems) auf Grund potentiell krank machender Faktoren ist, dann erscheint die Annahme, dass ausgerechnet sog. Krebs-Erkrankungen und ihr Verlauf mit dem Leben und der Person bzw. auch Persönlichkeit der Betroffenen nichts zu tun haben, eher absurd – sowohl, was die Entstehung anbetrifft als auch die Heilung. Die generelle Ausrichtung der Onkologie auf pathogenetisch wirksame Faktoren bzw. das Verständnis von Therapie als deren Identifikation und Beseitigung bedarf unbedingt einer Ergänzung durch die Beachtung von sog. Resilienz-Faktoren und einer salutogenetischen Perspektive: Was ist dienlich, um selbst unter schwierigsten Bedingungen gesund zu bleiben bzw. wieder gesund zu werden?

Niemand kann in die Zukunft schauen. Es ist und bleibt immer eine Hochrechnung im Hier und Jetzt. Es ist auch nicht ausgeschlossen, dass sich eine sog. Verleugnung (Therapeutenperspektive) rückblickend als wesentlich herausstellt. Wahr ist jedoch auch: Auch wenn wir im Einzelfall nie wissen können, wo ein Patient in der Statistik zu verorten ist, so sagt die Statistik doch Relevantes zur Wahrscheinlichkeit aus. Der Kern des Problems und die Herausforderung für alle Beteiligten liegt im Umgang mit

### *Fallgeschichte*

der Ohnmacht, mit dem ohne Macht sein. Es ist wie es ist, aber vielleicht könnte es auch anders sein. Was kann und muss man akzeptieren und wo wäre vielleicht etwas anderes möglich, wenn man kämpfen würde oder ist es doch nicht so, wie es scheint?

Für Herrn K. war es offensichtlich nicht möglich, sich auf eine therapeutische Beziehung mit mir einzulassen. Seine Frage, ob ich für ihn als Gegenüber geeignet bin, hat er eindeutig negativ beantwortet. Über die Gründe kann ich nur spekulieren. Von meiner Ausbildung her tue ich dies in einem psychodynamischen „Abwehr“-Modell. Ich habe in den fast vierzig Jahren meiner Tätigkeit auf diesem Gebiet immer wieder den Eindruck gewonnen, dass Verleugnung ein zentraler Stützpfiler sein kann gegen Todesangst sowie Hauptbewältigungsstrategie angesichts der realen Gefährdung durch die Krebserkrankung. Dies kann Kräfte mobilisieren und Aktionen ermöglichen, die niemand der Beteiligten für möglich gehalten hätte. Aber – anders als im Zeichentrickfilm – kommt der Absturz dann, wenn der Boden dafür nicht mehr trägt oder nicht mehr vorhanden ist und nicht erst dann, wenn man hinunter oder genauer hinschaut.

Ich fürchte, dass für Herrn K. seine Entscheidung gegen mich nicht zu einer besseren Passung mit jemand Geeigneterem geführt hat. Ich gehe davon aus, dass seine Erfahrungen mit mir bzw. seine Annahmen von mir und seine daraus gezogenen Schlussfolgerungen auf meine Positionen ihm die weitere Suche zusätzlich erschwert bis verunmöglicht haben. Das bedauere ich sehr und ich stelle mir auch die Frage: Was wäre gewesen, wenn er sich an jemand gewandt hätte, der um die Risiken einer Kollusions-Verleugnungsbeziehung weiß und professionell damit umgehen kann. Jemand, der bereit und in der Lage gewesen wäre, erst einmal seine radikale Hoffnung kritiklos zu übernehmen und mitzutragen (Pacing), um ihn daraufhin und so auf „realistischeres“ Gelände führen zu können (Leading). Mein Lehrer in traditioneller Hypnose, H. Stolze, vertrat: Wenn die Pferde durchgehen, dann muss der Kutscher sie mit der Peitsche antreiben, damit sie meinen, dass sie deswegen so verrückt davongaloppieren; erst dann kann er sie bremsen und lenken bzw. werden sie den Zügeln gehorchen. Ist das möglich? Mir nicht. Ist das sinnvoll? Wäre das professionell? Von Erickson oder anderen psychoonkologisch Erfahrenen kenne ich keine entsprechende Kasuistik oder Veröffentlichung.

Die Lektüre des Büchleins „Respektlosigkeit – Eine Überlebensstrategie für Therapeuten“ von Gianfranco Cecchin (sog. „Mailänder Gruppe“), Gerry Lane und Wendel A. Ray (Carl Auer 1993) hat mir zu denken gegeben. Mein medizinisches „Expertentum“ bzw. mein Vertrauen auf dieses kann sehr wohl meine Beziehungsmöglichkeiten einschränken und insofern zu einem Problem auf einer pragmatischen Suche nach optimalen Lösungen werden bzw. könnte zum Thema für eine Supervision werden. Durch den Beziehungsabbruch von Seiten von Herrn K. oder eher: Durch seine Verweigerung der Beziehungsaufnahme war es jedoch nicht möglich, dieses Thema zu verhandeln und schon gar nicht miteinander.

***Verallgemeinerung des persönlichen Ansatzes über die kasuistische Darstellung hinaus.***

Es war ein langer Weg von Anästhesie und Intensivmedizin und meiner Tätigkeit in der Ursuppe von Schmerztherapie, Palliativmedizin und Psychoonkologie in Münchener Universitätskliniken in den 80iger Jahren bis zur reinen Sprechmedizin in der eigenen Psychotherapiepraxis in den darauf folgenden 25 Jahren. Medizinisch fundiertes Handeln und psychotherapeutisches Beziehungsdenken haben sich für mich zu einem Spannungsfeld entwickelt, in dem sie sich gegenseitig ergänzen. Hypnose und Selbsthypnose haben immer eine wichtige Rolle gespielt, um mir den Zugang zu einem therapeutischen Veränderungspotential in Bereichen zu ermöglichen, die nicht der bewussten Kontrolle unterliegen. Erfahrungen und Konzepte habe ich persönlich in Seminaren und Vorträgen für Fachgesellschaften weitergegeben; einige fanden Eingang in wissenschaftliche Artikel und Buchbeiträge. Mehrere Anläufe, diese Erkenntnisse systematisch zu ordnen und in Buchform zu fassen, blieben unvollendet – bis zur Zusammenarbeit mit Michael Harrer, dem Autor von „Hypnose und Achtsamkeit – zwei Schwestern auf einem Tandem“ (2018).

Unser Buch zur Verwendung von „Hypnose und Achtsamkeit in der Psycho-Onkologie“ wird heuer bei Carl Auer erscheinen. Ein Plädoyer für eine auf Resonanz basierte Medizin mit salutogenetischer Perspektive. Darin werden Hypnose und Selbsthypnose entmystifiziert dargestellt als die Spitze einer mehrstufigen Pyramide therapeutisch wirksamer Kommunikation – wenn auch mit besonderem Potential, gewissermaßen als *Punkt auf dem i*. Wir versuchen in dieser Konzeptualisierung – auch mittels anschaulicher Fallgeschichten – der Komplexität der Herausforderungen gerecht zu werden. Jede professionelle psychoonkologische „Begleitung ein Stück des Weges“ ist ein gemeinsamer Lernprozess mit einem Mosaik von Scheitern und Gelingen, eine Gratwanderung, die nur gemeinsam optimal gestaltet werden kann und sollte. Die Konfrontation mit unserer Endlichkeit und mit Leiden durch Krebserkrankungen beinhaltet oft zu große Herausforderungen für alle Beteiligten. Auch sog. Beziehungsspezialisten sind davor nicht gefeit.

Bevor ich meine Fallgeschichte zum Lektorat absende, bitte ich Michael Harrer um seinen Kommentar. Seine Antwort erfolgt prompt.

***12. April 2021***

„Du schreibst, über die Gründe, warum es Herrn K. nicht möglich war, sich auf eine therapeutische Beziehung einzulassen, könne man nur spekulieren.“

Das ist richtig, mir wäre es allerdings wichtig, neben der Abwehr noch andere Hypothesen zu bilden und sich zu fragen, welches alternative Verhalten (bzw. welche Lernerfahrungen) sich daraus ableiten ließen. Diese fragende Haltung ließe sich vielleicht noch ein wenig mehr ausführen. Bei mir kommt eher an, dass du mehr in der Begründung dessen bist, warum du gehandelt hast wie Du gehandelt hast und es Dir

### *Fallgeschichte*

nicht anders möglich war. So wie ich Dich kenne, bezweifle ich das aber.

Wie bei unserem Treffen bei Dir vor langer Zeit kommt natürlich jeder mit seinen eigenen Modellen und Vorstellungen, was man stattdessen hätte machen können. Unabhängig davon, ob du sie für deinen Artikel berücksichtigen willst, schreibe ich dir ein paar Gedanken, die wir ja auch in unserem Buch verfolgen:

Deine Kapitelüberschrift lautet intersubjektive Resonanz, Möglichkeiten und Grenzen. Wo war rückblickend die Resonanz und wo fehlte sie? Ich würde statt von therapeutischer Beziehung am Beginn der Therapie eher von Arbeitsbündnis sprechen. Du weißt, ich liebe das Konzept von Bordin, dass es eine genügende Übereinkunft über die Ziele und die Mittel der Therapie braucht. Es scheint einen Zweifel über die Übereinkunft über die Ziele gegeben zu haben. Das hat auch die dritte Komponente der Beziehung negativ beeinflusst.

Hier kommt für mich mit deiner Alternative, der kritiklosen Übernahme der radikalen Hoffnung und der Beschreibung einer Kollisions-Verleugnungsbeziehung eine negative Bewertung rüber, die er vielleicht gespürt hat. Das wäre auch für mich keine Alternative, vielmehr wäre es ein sowohl als auch, das sich eher im Teilemodell konzeptualisieren ließe, jenen Teil mehr zur pacen, der radikal hofft und auch jenen, der ausdrücklich nicht nach der Prognose gefragt hat und dem nur die eigene Prognose wichtig ist. Über den passenden Zeitpunkt, Deine Zwickmühle zu outen und jenen Teil ins Spiel zu bringen, der sich auch auf einen anderen Ausgang einstellen will, kann man nur spekulieren.

Neben diesen Aspekt, auf den du ohnehin eingehst, ist meine Hypothese, dass der Bruch durch Deine Antwort vom 29. November geschehen ist. In seinem Fax vom 26. November ist die Türe zumindest im vorletzten Satz noch offen.

Ich habe "Hic Rhodos, hic salta" gegoogelt und auf *Wikipedia* als Quelle die Fabel „Der Fünfkämpfer als Prahlhans“ von Äsop gefunden. Falls er sich auch kundig gemacht hat, könnte ihn diese Analogie zu einem Prahlhans gekränkt haben, nicht nur in seinem Größenselbst. Wir sind natürlich hier auch wieder im Bereich Allmachtsfantasien, trotzdem kommt noch die Kränkung dazu. Vielleicht hätte das Outen "Deiner" Zwickmühle als Antwort ihm ermöglicht, Eurer Arbeit eine Chance zu geben und mit der Zeit auch dem Gegenpol Platz zu geben und ihn mit der Zeit auch zu integrieren. Implizit ist das in Deiner Antwort ein Stück drinnen, aber er konnte das wohl nicht heraus bzw. hineinlesen.

Soweit mal mein ersten Assoziationen zu Deinem Artikel.

... mir ist gerade noch der Begriff der "Allparteilichkeit" eingefallen, der als Haltungs-Ziel aus meiner Sicht (fast) allen Anteilen gegenüber wünschenswert wäre. Ob das etwas verändert hätte?"

Ich kann dem nur voll und aus ganzem Herzen zustimmen. Das ist eine Supervisionsperspektive, die meinen Blickwinkel erheblich erweitert. Damals hätte dies nicht nur für mich, sondern infolgedessen sicherlich auch für Herrn K. einen Unterschied gemacht.