

HYPNOSE | HYPNOTHERAPIE



Michael E. Harrer
Hansjörg Ebell

**Hypnose und
Achtsamkeit in der
Psychoonkologie**



CARL-AUER

*Liebe in der Onkologie tätige Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,*

Hypnose und Achtsamkeit werden in einem methodenübergreifenden Stufenmodell *therapeutisch wirksamer Kommunikation* vorgestellt – unter dem Dach von Achtsamkeit, interpersonaler Resonanz sowie hypnosystemischem Denken und Vorgehen.



Nach einführenden Worten von Herbert Kappauf, eines Pioniers der Psychoonkologie (S. 3–5), folgen die exemplarische Fallgeschichte von Frau S. (S. 6–12) und Einblicke in die Entstehungsgeschichte des Buches bzw. des beruflichen Weges von uns beiden Autoren (S. 14–21).

Das Inhaltsverzeichnis und einen weiteren »Blick ins Buch« finden Sie unter folgendem Link

<https://www.carl-auer.de/hypnose-und-achtsamkeit-in-der-psychoonkologie>

*Hansjörg Ebell und Michael E. Harrer
München und Salzburg, im Januar 2022*

Geleitwort aus onkologischer Perspektive

Auch wenn Zusammenhänge zwischen seelischem Erleben und der Entstehung oder dem Verlauf von Krebserkrankungen im Laufe der Medizingeschichte immer wieder beschrieben worden sind, ist die Psychoonkologie als interdisziplinäres wissenschaftliches Fachgebiet kaum 50 Jahre alt. Sie richtet ihre Aufmerksamkeit im klinischen Bereich weniger auf die *Krankheit* der Betroffenen, sondern auf ihr *Kranksein*, und dies mit der Zielsetzung, ein gutes Leben trotz, mit und nach einer Krebserkrankung wahrscheinlicher werden zu lassen. Ein Pionier der modernen Psychoonkologie, der Zürcher Psychiater und Psychoanalytiker Fritz Meerwein, schrieb vor 40 Jahren in seiner *Einführung in die Psycho-Onkologie*, dem ersten deutschsprachigen Lehrbuch des Fachgebiets (Meerwein 1981, S. 11):

»Psychologisch gesprochen spielt sich das Krebsleiden im sogenannten ›Selbst‹ der Patienten ab. Als Selbst wird die teils bewusste, teils unbewusste innere Vorstellung bezeichnet, die sich der Mensch im Verlauf seines Lebens von sich gebildet hat. Sie enthält den Niederschlag sowohl der guten wie der schlechten Erfahrungen, die seit frühester Kindheit im Umgang mit dem eigenen Körper, der eigenen Person, aber auch den wichtigsten Bezugspersonen des alltäglichen Lebens erworben worden sind. Die Qualität dieser Erfahrungen sowie die Fähigkeit, diese Erfahrungen zu verarbeiten und nutzbringend anzuwenden, bestimmen den Grad der Selbstachtung, über die ein Mensch verfügen kann. Seelisches Wohlbefinden ist ohne Besitz eines gewissen Ausmaßes solcher Selbstachtung nicht möglich.«

Inzwischen gibt es viele Psychoonkologie-Fachbücher, und zu etlichen durfte auch ich beitragen. Wie kaum ein anderes stellt jedoch das vorliegende Buch von Michael Harrer und Hansjörg Ebell, beides Ärzte und Psychotherapeuten, das »Selbst« der Krebsbetroffenen und gleichzeitig selbstreflexiv das der Therapeuten und damit die Patient-Therapeut-Beziehung in den Mittelpunkt – ohne überhaupt diese psychoanalytische Terminologie zu verwenden.

Beim Lesen wird durchgängig klar: Die beiden Autoren schöpfen aus dem reichen Erfahrungsschatz einer jahrzehntelangen patientenorientierten Praxis. Diese dekonstruieren sie mit Fallbeispielen, um

modellhaft transparent zu machen, wie sie Patienten konkret helfen und professionell begleiten. Sie befassen sich dabei mit allen Aspekten von Krebserkrankungen: von der Krebsangst, der Diagnose und Aufklärung, behandlungsassoziierten Beschwerden, über Nachsorge und »Survivorship« bis zur psychoonkologischen Begleitung in der Palliativmedizin und Sterbephase.

Ein Buch mit dem Titel *Hypnose und Achtsamkeit* würden viele Ärzte vielleicht der Ecke im Buchladen zuordnen, in der esoterische Gesundheitsliteratur mit Patientenratgebern schmust. Dieses Buch sollte sich im Regal dagegen neben den klassischen Lehrbüchern der Onkologie, Schmerztherapie, Allgemeinmedizin, Krankenpflege und Psychotherapie platziert finden. Beim Lesen ist es genauso aufschlussreich wie erfrischend, wie die Autoren Hypnose und Hypnotherapie entmystifizieren, aufzeigen, dass es nicht um theatralische Manipulation geht, sondern um Anleitung zur Selbstermächtigung und Selbstwirksamkeit.

Suggestive Kommunikation findet häufig und überall im klinischen Alltag statt. Sei es das Stirnrunzeln des Arztes beim Blick auf ein Röntgenbild bei der Visite mit einem in den Raum gesprochenen »Sieht nicht gut aus!« oder die Autosuggestion einer Patientin: »Mein Immunsystem ist schon immer schwach.« Derartige negative Suggestionen und Autosuggestionen sind die Essenz von Nocebos. Andere Suggestionen und Autosuggestionen können dagegen nicht nur die Wirklichkeit anders erleben lassen, sondern diese auch klinisch relevant positiv verändern – nicht nur bei Ängsten, Schmerzen oder chemotherapieassoziierten Symptomen wie Übelkeit und Erbrechen.

Eine junge Frau kommt nach einer erfolgreichen Krebsbehandlung zu einer onkologischen Kontrolluntersuchung zu mir: »Ich konnte die ganze letzte Nacht nicht schlafen. Zwischendurch habe ich dann geträumt, dass ich vor dem Krankenhaus stand und würfeln musste, mit einem Riesenwürfel. Ich habe eine Drei gewürfelt. In der Schule früher war ich auch eine ›Dreierschülerin‹.« Im klinischen Alltag werden derartige – häufige – Narrative und innere Bilder meist als Small Talk ignoriert. Das vorliegende Buch sensibilisiert dafür, sie auch in der nicht psychotherapeutischen Begegnung diagnostisch und therapeutisch zu nutzen und durch Aufmerksamkeitslenkung oder Telearbeit zu verändern.

Selbst ein todkranker Patient ist nie nur krank. Er hat auch gesunde Anteile, und seien es »nur« Erinnerungsbilder. Derartige Ressour-

cen werden von Ärzten und anderen professionellen Helfern oft gar nicht wahrgenommen. Dabei können sie von ihnen viel lernen und sie therapeutisch nutzen.

Das Buch thematisiert Werte- und Bedürfnisperspektiven im therapeutischen Prozess sowie Elemente der Salutogenese, beispielsweise Sinn als Orientierungshilfe. Diese Elemente überschneiden sich mit dem Konzept von Achtsamkeit im Verständnis von rezeptiver Aufmerksamkeit und nicht wertender Bewusstheit von momentanen Vorgängen und Erfahrungen. Die beiden Autoren beschreiben Hypnose und Achtsamkeit als Tandem. Dabei beziehen sie sich nicht nur auf die therapeutische Anleitung von Patienten zur Achtsamkeit, sondern auch auf die Achtsamkeit der Therapeuten in der hypnosystemischen Therapie.

Das Buch brilliert mit seiner klaren Didaktik, die den komplexen Inhalt sehr gut vermittelt und ein empathisches Interesse an und in der therapeutischen Begegnung weckt. Auch bei den Ausführungen zur Achtsamkeitsphilosophie des Buddhismus vermeidet es jegliches Missionieren, und bei der hilfreichen Übersicht über psychoonkologische Konzepte verzichten die Autoren auf ideologische Wertungen. Sie betrachten Therapie und jede hilfreiche therapeutische Beziehung, ob in der Chirurgie, der Strahlenmedizin, der invasiven Schmerztherapie oder der Allgemeinarztpraxis, als resonante, symmetrische Beziehung, in der Erstarrtes wieder lebendig schwingen und Sinnhaftigkeit schaffen kann.

Ich kann dem Buch nur möglichst breite Resonanz in der Medizin, nicht nur bei psychoonkologischen Experten wünschen. Für Letztere sollte es Basislektüre sein.

Herbert Kappauf
Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie,
Onkologie und Palliativmedizin
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

2 Begleitung ein Stück des Weges: Die Geschichte von Frau S.

Frau S. wird unmittelbar nach der Geburt ihres ersten, gesunden Kindes mitgeteilt, dass sowohl die chirurgische Entfernung eines Eierstocks als auch eine anschließende Chemotherapie notwendig seien. Die letzten drei Monate ihrer Schwangerschaft muss die 35-jährige Patientin wegen vorzeitiger Wehen in der Universitätsklinik stationär behandelt werden. Sie muss strikte Bettruhe einhalten, weil die wehenhemmenden Medikamente die Leber so schwer belasten, dass sie abgesetzt werden müssen. Eine Zyste im linken Eierstock wird immer wieder mittels Ultraschall untersucht. Die häufigen Kontrollen, die von Frau S. als ausweichend erlebten Erklärungen und der besorgte Gesichtsausdruck des untersuchenden Arztes steigern ihre Ängste, es könnte sich um eine bösartige Gewebeeränderung handeln. In der bei der Entbindung mittels Kaiserschnitt entnommenen Gewebeprobe werden dann tatsächlich Krebszellen gefunden. Aus dem Verdacht wird Gewissheit. In einer Folgeoperation wird der betroffene Eierstock entfernt. Bei diesem Eingriff entleert sich Zysteninhalt in den Bauchraum. Darum wird eine anschließende Chemotherapie aus medizinischer Sicht für unbedingt erforderlich gehalten. Der erste Therapiezyklus erfolgt unmittelbar nach der zweiten Operation und löst bei Frau S. extreme Übelkeit mit Erbrechen aus.

Nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus ist Frau S. so erschöpft, dass es für sie unvorstellbar ist, den vorgesehenen zweiten und dritten Zyklus der Chemotherapie als ambulante Nachbehandlung zu überstehen. Ihre Befürchtungen werden dadurch genährt, dass sie im Aufklärungsgespräch darauf hingewiesen wurde, dass die Nebenwirkungen von Chemotherapien in der Regel mit jedem Zyklus stärker würden. Der psychoonkologische Konsiliardienst der Klinik empfiehlt ihr in dieser Situation dringend, psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Bei unserem ersten Gespräch in meiner Praxis (Hansjörg Ebell, HE) bekommen die Tragik und Dramatik ihrer Erfahrungen viel Raum: Anstatt nach der Geburt ihr Baby stillen und umsorgen zu können, findet der von der Patientin als »Horrortrip« erlebte stationäre Krankenhausaufenthalt nicht nur kein Ende, sondern setzt sich fort und steigert sich noch weiter. Insbesondere die Aussage des behandelnden Arztes, der ihr die Notwendigkeit einer Chemotherapie eindringlich

klar machen wollte, hat Frau S. sehr verängstigt, aber auch wütend gemacht. Bei ihr ist sinngemäß angekommen, sie müsse zustimmen, denn sie wolle ja nicht, dass ihr Kind in vier Jahren nur noch ein Foto von ihr als Erinnerung hat.

Unabhängig davon, wie der genaue Wortlaut gewesen ist oder ob sie den Arzt »nur« falsch verstanden hat, überprüfen wir diese und ähnliche Aussagen in späteren Therapiesitzungen gründlich darauf, welche positiven und/oder negativen Botschaften darin enthalten sind. Nachdem Frau S. Ruhe und Stabilität wiedergewonnen hat, können viele negative Suggestionen bearbeitet und wie alte Munition entschärft werden. Aus hypnotherapeutischer Sicht ist entscheidend, wie die als starke Suggestionen zu betrachtenden Sätze bei der Patientin angekommen sind, und nicht, was genau gesagt wurde.

Frau S. fühlt sich in ihrer Überforderung und Verzweiflung verstanden und angenommen. Allein das führt zu einer spürbaren Beruhigung. Von der Notwendigkeit der vorgeschlagenen Chemotherapie ist sie überzeugt. So konzentrieren wir uns auf eine gemeinsame Suche danach, was ihr helfen könnte, die im zweiten Zyklus verabreichten Medikamente besser zu vertragen und zuversichtlicher in die Zukunft zu schauen trotz ihrer Erschöpfung und der schlimmen Erfahrungen im ersten Therapiezyklus. Frau S. setzt nun ihre Hoffnung darauf, dass die Infusionen auch die letzte Krebszelle, die bei der Gewebeentnahme »entkommen« sein könnte, erreichen und vernichten – auch wenn es dafür keine Garantie gibt.

Nichts ist ihr wichtiger, als möglichst bald in der Lage zu sein, sich um ihr Kind zu kümmern, das bisher vom Ehemann und ihren Eltern zu Hause liebevoll versorgt wird. Als Gegengewicht zu den in den letzten Monaten vorherrschenden Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit macht sie in Hypnose und Selbsthypnose wohlthuende und stärkende Erfahrungen.

Erste Hypnose: Nach wenigen Suggestionen, es sich auf ihrem gepolsterten Stuhl mit einer hohen Lehne möglichst bequem zu machen, sich zurückzulehnen und ihr Körpergewicht als angenehme Schwere zu genießen, lehnt Frau S. ihren Kopf zurück – und ihre Augen schließen sich.

»Einerseits wissen Sie, dass Sie hier und heute [Datum] in meiner Praxis sitzen, angenehm schwer auf diesem bequemen Stuhl, andererseits können Sie den Wunsch verspüren, dass Sie viel lieber ganz woanders wären, wo es Ihnen richtig gut geht, wo auch immer das

sein mag – an einem Ort oder besser in einem intensiven Erleben oder einer Erfahrung, die Ihnen helfen kann. Eine Erfahrung, die Ihnen erlaubt, all das, was wir vorher auf der bewussten Ebene an Schwierigem und Herausforderndem ausführlich besprochen haben, für eine Weile weit hinter sich zu lassen, um endlich zur Ruhe zu kommen und Kraft zu schöpfen – insbesondere im Hinblick auf die demnächst anstehende zweite Chemotherapie.«

Ihr Gesicht wirkt entspannt. Frau S. atmet ruhig und regelmäßig.

»Wenn Sie nun immer tiefer eintauchen in ein Gefühl des Wohlbehagens und der Sicherheit nach diesen anstrengenden und herausfordernden Wochen, ja Monaten, können Sie jetzt – gespeist aus Ihren guten Erinnerungen – mit allen Sinnesqualitäten, mit dem, was Sie jetzt spüren, sehen und hören, vielleicht sogar riechen und schmecken, erleben, dass es Ihnen richtig gut geht. Je tiefer Sie eintauchen können in dieses intensive und gute Erleben, umso leichter könnte sich eine der beiden Hände anfühlen, während die andere sich immer schwerer, angenehm schwer, anfühlen wird.«

Beide Hände sind auf den Oberschenkeln bequem abgelegt. Die rechte Hand bewegt sich nun ein wenig, rutscht ein paar Millimeter zurück, am ehesten infolge der muskulären Entspannung in den Oberarmen und Schultern.

»Vielleicht kann die rechte Hand sich sogar so leicht anfühlen, dass sie zu schweben beginnt – ganz von allein, ohne Ihr aktives Zutun – als Zeichen dafür, dass Sie immer tiefer eintauchen in Ihr erholsames, gutes Erleben. Ein Erleben, das Ihnen erlaubt, nicht nur jetzt und hier und heute zur Ruhe zu kommen, sondern Ihnen auch gute Dienste erweisen kann, wenn Sie demnächst Ihre nächste Infusion bekommen und dann auf einer bequemen Liege liegen werden und sich ganz auf das konzentrieren können, was Ihnen guttut.«

Die Hand hebt sich ganz allmählich und ruckartig, wie durch ein Zahnrad angetrieben, einige Zentimeter nach oben und schwebt nun über dem Stoff der Hose.

»Solange Ihre rechte Hand mir zeigt, dass Sie innerlich gut unterwegs sind, werde ich nur noch wenige Vorschläge machen. Genießen Sie es.«

Um der Patientin zu signalisieren, dass ich weiter für sie und mit ihr da bin und um sie meiner Präsenz zu versichern, kommentiere ich etwa zehn Minuten lang nur ab und zu etwas, etwa einen tiefen Atemzug,

mit »sehr gut« und verbinde das Geschehen mit Vertiefungssuggestionen. Auf Grund der anhaltenden Handlevitation – die Hand hebt sich allmählich immer weiter –, gehe ich davon aus, dass sie in einer optimalen Szenerie gelandet ist, auch wenn ich nicht weiß, in welcher.

Als ihre Hand beginnt, allmählich wieder zahnradartig abzusinken, fordere ich Frau S. auf, sich genügend Zeit zu nehmen für die Rückkehr ihrer Aufmerksamkeit ins Hier und Jetzt. Ich schlage vor, von dieser aktuellen, intensiven und guten Erfahrung all das zu erinnern, was wert ist, erinnert zu werden. Zugleich könne sie all das erst mal einem inneren »Archiv des Vergessens« überlassen, was dort besser aufgehoben ist, um sich ganz auf die Herausforderungen der kommenden Chemotherapie konzentrieren zu können. Nach einer kurzen angesagten Pause leite ich in normaler Stimmlage die Reorientierung ein:

»Und nun zählen Sie bitte selbst innerlich rückwärts von zehn bis null, ohne die Zahlen auszusprechen. Über neun, acht, sieben und so weiter ... bis Sie ... bei den mittleren Zahlen angekommen ... bemerken, wie Sie sitzen ... dass z. B. der Kopf ein wenig zur Seite geneigt ist und Sie ihn leicht bewegen können, um wieder ganz aufrecht zu sitzen ... und spätestens bei den kleinen Zahlen atmen Sie mal tief durch ... genau so ... um sich dann zu recken und zu strecken wie nach einem erholsamen Schlaf ... um bei eins die Augen zu öffnen und bei null wieder ganz da zu sein.«

Nachdem Frau S. ihre Augen geöffnet hat und mich anblickt, begrüße ich sie mit einem freundlichen Lächeln. Dann besprechen wir ausführlich ihre Erfahrungen in der Hypnose. Es habe sich angefühlt wie eine aktuelle, sehr lebendige Hier-und-Jetzt-Erfahrung. Sie berichtet, sie habe intensiv die Anstrengung und die Kraft erlebt, die sie von früheren sportlichen Aktivitäten, vom Laufen und vom Schwimmen, kenne. Anschließend habe sie sich – total erschöpft – ausgeruht.

Nach all dem, was die Patientin durchmachen musste, wobei sie ihre Kräfte verausgabte, kann sie ihre nachvollziehbare, bis dahin als negativ empfundene Erschöpfung auf eine ganz selbstverständliche und natürliche Weise umdeuten, als positiv erlebten Ausgangspunkt, als Beginn von Erholung und Wiederauftanken. Dieses Erleben wird zu einem Wendepunkt und leitet einen Perspektivenwechsel ein: weg von der Vermeidung der unerträglichen Nebenwirkungen der Chemotherapie, hin zu ihren Möglichkeiten und Fähigkeiten, sich stattdessen auf eine positive Imagination zu konzentrieren.

Ausgehend von dieser Hypnoseerfahrung entwickelt Frau S. ihr maßgeschneidertes, persönliches Selbsthypnoseritual: Während der Chemotherapie-Infusionen konzentriert sie sich auf die Vorstellung und das damit verbundene Erleben, dass sie »mit aller Kraft flussaufwärts schwimmt«. Ihr Einfall, diese Vorstellung zu nutzen, ist insofern genial, als »die starke Strömung, die körperabwärts vom Scheitel bis zu den Zehen deutlich zu spüren ist, das gleichzeitige Aufsteigen von Übelkeit oder gar Erbrechen unmöglich macht«. In ihrer Vorstellung sinkt sie am Ende dieser Anstrengung, »endlich am Ufer, an einem warmen Sandstrand angekommen, vor Erschöpfung in einen tiefen und erholsamen Schlaf«.

Zusätzlich unterstützend wirkt sich vermutlich aus, dass die Chemotherapie ambulant in der Praxis eines niedergelassenen Onkologen verabreicht wird. Das erspart ihr den erneuten Kontakt mit der Klinik, mit der die monatelangen Ängste, der Schrecken der Diagnose und die operativen Maßnahmen assoziiert sind.

Frau S. verträgt mithilfe dieser und ähnlicher Imaginationen den zweiten Zyklus der Chemotherapie wesentlich besser als den ersten. Dass sie den dritten Zyklus noch viel besser verträgt als den zweiten, erlebt sie als persönlichen Erfolg. Sie verbucht ihn als besonders groß, da sie die gleiche Medikation gegen die Übelkeit erhalten hat und ihre Erfahrungen der im Rahmen der Aufklärung gehörten Information widersprechen, die Nebenwirkungen würden mit jedem Zyklus zunehmen. Aus hypnotherapeutischer Sicht gelten derartige Informationen als potenzielle Negativsuggestionen (Nocebo, Abschn. 5.6.3).

Frau S. erringt diesen persönlichen Sieg mithilfe einer Bewältigungsstrategie, die auf ihren ureigenen Fähigkeiten beruht. Zugang zu diesen Fähigkeiten findet sie mit professioneller psychoonkologischer Unterstützung und angeleitet in Hypnose. Deren Umsetzung und Anwendung erfolgt dann autonom mittels Selbsthypnose.

Zum weiteren Verlauf: Auf die psychoonkologische Krisenintervention zu Beginn und auf die dargestellte Unterstützung bei der Bewältigung der Herausforderungen der Chemotherapie mit Hypnose und Selbsthypnose folgt noch eine weitere Phase der Begleitung. Im Zeitraum von etwa einem Jahr bearbeitet Frau S. in einer psychotherapeutischen Zusammenarbeit im eigentlichen Sinne verschiedene Therapieziele und Themen.

Diese Schilderung des hypnotherapeutischen Vorgehens am Beispiel von Frau S. erfolgt aus der Perspektive des mitbehandelnden ärztlichen

Psychotherapeuten (HE), der sie psychoonkologisch »ein Stück ihres Weges« begleitet. Im Zentrum dieser Begleitung stand die von beiden anerkannte Notwendigkeit der medizinisch indizierten Krebstherapie.

Im persönlichen intersubjektiven Austausch zweier Menschen in den Rollen von Arzt und Patientin blieb es während der Behandlung über weite Strecken hin offen, wie »die Geschichte« langfristig ausgehen wird – insbesondere in der dramatischen Krisensituation, dem Anlass zur ersten Begegnung. Erst im Rückblick konnten bestimmte Entwicklungen erkannt, benannt und gemeinsam reflektiert werden.

Die über viele Jahre gesammelten Erfahrungswerte sowie eine prinzipielle Zuversicht des Therapeuten (HE) im Hinblick auf die Fähigkeiten und Möglichkeiten von Menschen in extremen Belastungssituationen waren für beide Seiten hilfreich, auch wenn sie ein gutes Ergebnis keineswegs garantieren. Für Frau S. war die Weichenstellung wichtig, dass im Behandlungssystem einer Universitätsklinik endlich – nach Monaten – psychoonkologische Kompetenz hinzugeholt wurde. Vermutlich hätte Frau S. die ambulante Chemotherapie auch ohne psychotherapeutische Unterstützung »irgendwie« überstanden. Es bestand allerdings das Risiko einer schlechteren Prognose für den Fall, dass sie die Therapie nach dem ersten oder zweiten Zyklus wegen der – trotz entsprechender Medikation – unerträglichen Nebenwirkungen abgebrochen hätte.

Die Beziehung des Psychoonkologen zum überweisenden verantwortlichen Onkologen war kollegial und anerkennend, insbesondere nachdem sich die Verträglichkeit der Chemotherapie auf beeindruckende Weise verbesserte. Die in diesem Fall gelungene und höchst wünschenswerte wechselseitige – die Patientin einschließende – positive Verstärkung und Unterstützung ist allerdings eher nicht die Regel.

Jahre später besuchte Frau S. mich zu einem Nachgespräch, um das ich sie gebeten hatte. Dabei hob sie drei Punkte hervor, die für Sie damals besonders hilfreich waren: die erstaunliche Intensität der positiven Erfahrungen in Hypnose und Selbsthypnose, die Unterstützung beim Verstehen und Einschätzen der Bedeutung von Befunden und Aussagen der Ärzte und die Klärung wichtiger Themen und Konflikte bei ihrer Rückkehr in eine »neue Normalität«.

Die Geschichte der Begleitung von Frau S. verdeutlicht einige für uns wesentliche Punkte:

- Sie zeigt, dass eine psychoonkologische Begleitung die Durchführung von medizinischen Maßnahmen unterstützen oder gar

erst ermöglichen kann. Sie gibt auch Einblicke, welche Rolle dabei ein hypnotherapeutisches Vorgehen in unterschiedlichen Settings spielen kann: im Rahmen einer Krisenintervention, in der Begleitung bei der Bewältigung der Krankheit und der Therapie, aber auch in einem psychotherapeutischen Setting im eigentlichen Sinne. Dabei ist vorauszusetzen, dass das Therapiekonzept dem aktuellen Stand des onkologischen Wissens entspricht, dass es erforderlich und sinnvoll ist und dass der Patient dem Vorgehen zustimmen kann.

- Zum anderen veranschaulicht das Beispiel, wie mit einem hypnotherapeutischen Vorgehen ein den Patienten zunächst nicht bewusstes individuelles Potenzial erschlossen und therapeutisch wirksam wird. Indem die Betroffenen mit ihrem höchst subjektiven Erleben, ihren ureigenen Fähigkeiten, Möglichkeiten und Ressourcen mit einbezogen werden, wird jedes Behandlungskonzept wesentlich ergänzt und bereichert. Es öffnen sich Möglichkeitsräume, die dazu beitragen, aus einem objektiv angemessenen auch ein subjektiv zufriedenstellendes Gesamtherapiekonzept zu machen.
- Persönliche Hindernisse und Schwierigkeiten von Betroffenen zu bekämpfen führt oft in Sackgassen bis hin zum Abbruch der Therapie. Werden diese Hürden stattdessen als Herausforderungen angenommen und ernst genommen, lassen sich in der Regel gemeinsam Möglichkeiten finden und individuelle Lösungswege entwickeln. Ein derartiges Vorgehen führt immer weiter, als wenn die Bedürfnisse der Betroffenen übergangen, ihnen etwas aufgezwungen wird oder ihre Erfahrungen nicht angemessen berücksichtigt werden. In der Onkologie werden wir immer wieder an Grenzen stoßen: an die individuellen Grenzen der Patienten, die Grenzen der Behandler, die Grenzen der Medizin und an jene existenziellen Grenzen, die das Leben setzt. Es lohnt sich immer, gemeinsam zu erkunden, wo genau diese verlaufen.

Hypnose und Achtsamkeit haben sich in der Psychoonkologie für den Umgang mit Ängsten, Schmerzen und vielen weiteren Herausforderungen als sehr hilfreich erwiesen. Die beiden erfahrenen Psychoonkologen Michael E. Harrer und Hansjörg Ebell beschreiben Achtsamkeit und eine angemessene Kommunikation als Basiskompetenzen für alle Behandelnden. Diese ermöglichen es, sich in einem Zustand wohlwollender Präsenz und Offenheit auf die Erfahrungswelt von Patientinnen und Patienten einzulassen. Drei Achtsamkeitsaspekte stehen dabei im Mittelpunkt: Fokussierung auf den gegenwärtigen Moment, Akzeptanz und Selbstmitgefühl.

Ein Pyramidenmodell beschreibt fünf Stufen, wie therapeutisch wirksame Kommunikation praktisch umgesetzt werden kann. Die ersten drei Stufen beziehen sich darauf, wie Betroffene angemessen informiert werden und wie ein individuell passender Behandlungsplan erarbeitet und im weiteren Verlauf gemeinsam gestaltet werden kann. Die vierte und fünfte Stufe beschreiben die Möglichkeiten von Hypnose und Selbsthypnose.

„Das Buch brilliert mit seiner klaren Didaktik, die den komplexen Inhalt sehr gut vermittelt und ein empathisches Interesse an und in der therapeutischen Begegnung weckt. Ich kann dem Buch nur möglichst breite Resonanz in der Medizin, nicht nur bei psychoonkologischen Experten wünschen. Für Letztere sollte es Basislektüre sein.“

Dr. med. Herbert Kappauf

Internist, Onkologe und Palliativmediziner

ISBN 978-3-8497-0394-3



9 783849 703943



Michael E. Harrer

Gedanken zur Entstehung und zum Inhalt des Buches

Die Fertigstellung des Manuskripts fiel in die Zeit des Abschieds von meiner psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis in Innsbruck am Ende des Jahres 2020. Einige der Fäden, die mein Berufsleben durchzogen, sind in unserem Buch wie zu einem Teppich verwoben: (1.) Die Fäden der Kommunikation in der Onkologie, (2.) der Hypnose, (3.) einer biopsychosozialen, dialogischen und beziehungsorientierten Medizin, (4.) der Achtsamkeit und (5.) meine Suche danach, was in Psychotherapien wirkt.

1. Offene Kommunikation, Dialog und Ermöglichen von Dialogen

Der erste Faden ist jener der Kommunikation in der Onkologie. In meiner Ausbildung zum Allgemeinmediziner litt ich unter der Sprachlosigkeit, die sich häufig rund um Krebskranke ausbreitete. Unterstützt durch eine Balintgruppe lernte ich den Wert eines offenen Beziehungsangebots und die »Pharmakologie der Droge Arzt« kennen und suchte den Dialog. Damals war es noch keineswegs selbstverständlich, Patienten über ihre Krebs-Diagnose zu informieren. Ich erlebte schmerzlich mit, wie Menschen dadurch die Möglichkeit genommen wurde, sich auf ihr Sterben vorzubereiten. Ich suchte Orientierung und fand sie auf Tagungen der in 1980er Jahre gegründeten deutschen und österreichischen Psychoonkologischen Gesellschaften (dapo und ÖGPO). Ich wurde ermutigt, mich im Bereich der Psychoonkologie zu engagieren, gründete eine Arbeitsgruppe zu diesem Thema, begann dann in meiner Ausbildung zum Psychiater einen Liaisondienst auf einer hämatologisch-onkologischen Ambulanz, leitete eine Gesprächsgruppe und hielt Vorträge und Seminare zur »Wahrheit am Krankenbett«. Im Jahr 1989 war die von mir mitgegründete psychosoziale Beratungsstelle »netzwerk_krebs« eine der ersten dieser Art in Österreich. Von Beginn an war uns die interdisziplinäre Kooperation ein großes Anliegen, so dass sich die im »netzwerk« über viele Jahre angebotenen Curricula an alle in der Onkologie tätigen Berufsgruppen richteten.

2. Milton Erickson, Hypnosystemische Therapie, Imagination und Trance

In der Zeit meiner ersten psychoonkologischen Gehversuche fand sich auf vielen Nachtkästchen von Patienten das Büchlein »Wieder gesund werden« (Carl O. Simonton 1982). So war oft Anleitung zum »richtigen« Imaginieren gefragt. Während der Chemotherapie Tonträger mit individualisierten Trancen

zur Verfügung zu stellen, war ein weiterer Beitrag zur psychoonkologischen Versorgung. Bei der Suche nach einem Verfahren zur vertiefenden Arbeit mit Imaginationen landete ich bei der Katathym Imaginativen Psychotherapie.

Parallel dazu war ich u. a. auf dem Ersten Europäischen Kongress für Hypnose und Psychotherapie nach Milton H. Erickson 1989 in Heidelberg fasziniert von der Vielfalt dessen, was unter dem Dach ericksonianischer Therapie Platz findet. Mich sprach vor allem ihr Menschenbild an, die Betonung des Gesunden in jedem Menschen, von Potenzialen und Ressourcen und dass es einer individuell maßgeschneiderten Therapie bedarf, um der Einzigartigkeit jedes Menschen gerecht zu werden.

Auf dem Weg zum Lehrtherapeuten für Hypnosepsychotherapie (ÖGATAP) begegnete ich 2006 als Co-Leiter Hansjörg Ebell und seiner Arbeit mit Ideomotorik. In seiner inneren Haltung fand ich vieles von dem wieder, was auch für mich wichtig und wertvoll war.

3. Biopsychosoziale Medizin und Betonung einer heilsamen Beziehung in Medizin und Psychotherapie

Gleich am Beginn meiner ärztlichen Tätigkeit hatte ich die Möglichkeit, eine Balint-Gruppe zu besuchen und die Bedeutung der »Droge Arzt« und der »Beziehungsgeschichten« zu erkennen, die sich zwischen Ärzten und Patienten entwickeln. Von meinem Lehrer Wolfgang Wesiack – einem Weggefährten Thure v. Uexkülls – verinnerlichte ich vor allem das biopsychosoziale Modell, das Bewusstsein über die verschiedenen individuellen Wirklichkeiten von Arzt und Patient und die Bedeutsamkeit der individuellen Bedeutungsgebungen. Besonders einleuchtend war mir sein »diagnostisch-therapeutischer Zirkel«, dass ein immer umfassenderes Erkennen und Verstehen des Patienten auf allen Ebene zugleich auch therapeutisch wirkt und dass umgekehrt jede Intervention auch wieder zu neuen Einsichten führt. Durch viele Rückmeldungen durfte ich erfahren, welchen Wert für leidende Menschen allein schon eine mitmenschliche und mitfühlende Präsenz, ein offenes, vorurteilsfreies Ohr und ein Verstandenwerden hat.

Auf der anderen Seite erlebte ich viel unnötig Leidvolles, wenn Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten nicht auf eine Weise gelang, wie es notwendig und wünschenswert gewesen wäre. Insofern war mir die Ausbildung der kommunikativen Fähigkeiten von Ärzten immer ein großes Anliegen, etwa im Rahmen der österreichischen Psy-Diplom-Ausbildungen.

4. Achtsamkeit als Zustand und heilsame Haltung

Die Arbeit mit krebserkrankten Menschen erinnerte mich immer wieder an die Zerbrechlichkeit und Vergänglichkeit des menschlichen Lebens und somit auch an den unwiederbringlichen Wert des Augenblicks. Ich erinnere mich

noch gut, wie einer meiner ersten Patienten davon erzählte, dass er seit seiner Erkrankung wieder den Gesang der Vögel höre, der die Jahre zuvor seiner Aufmerksamkeit total entgangen war.

Viele spontane Berichte und Erfahrungen von Patienten erinnerten mich an Anleitungen zu Achtsamkeit, denen ich Anfang 2000 begegnete. Der Faden der Achtsamkeit fand seine Anfang allerdings schon zu Zeiten meines Medizinstudiums, als ich in körperorientierten Selbsterfahrungsgruppen Meditation und östlichen Meistern begegnete. Unmittelbar vor meiner Praxiseröffnung besuchte ich einen Ashram in Indien, in dem Meditation mit Psychotherapie und Körpertherapien verbunden wurde. Und wieder war es das Menschenbild – einer jedem Wesen innewohnenden »Buddha-Natur« – das es in mir weiter werden ließ.

Nach der Jahrtausendwende bekam die Achtsamkeit auch Platz im Rahmen der Psychotherapie. So entschloss ich mich, noch eine Hakomi-Ausbildung zu machen, einer achtsamkeitszentrierten, psychodynamischen Körper-Psychotherapiemethode. Was ich dort von Halko Weiss und Helga Holzapfel gelernt habe, prägte meine Sicht auf die Achtsamkeit. Durch die Arbeit an Buchprojekten zu diesem Thema verschob sich mein persönlicher Schwerpunkt von der Psychoonkologie hin zur Achtsamkeit. Die Beschäftigung mit dem buddhistischen Weltverständnis bereicherte meine Möglichkeiten im Umgang mit Leiden. Danach gehören Vergänglichkeit, Krankheit, Altern und Tod zum Menschsein, gegen das es nicht unnötig anzukämpfen, sondern mit dem es zu leben gilt. Eine Sichtweise, die mir auch bei meinem eigenen Älterwerden hilft.

5. Beschäftigung mit der Frage, was in der Therapie wirkt

Im Rahmen eines gemeinsamen Buchprojekt mit Halko Weiss zu den »Wirkfaktoren der Achtsamkeit« beschäftigte ich mich über viele Jahre intensiv damit, was grundsätzlich in Psychotherapien wirkt und welche Rolle die Achtsamkeit dabei einnehmen kann. Einen Schwerpunkt bildet die Achtsamkeit des Therapeuten und ihr Beitrag für eine heilsame Gestaltung eines Kontextes, in dem sich der Patient entwickeln und entfalten kann. Bei meinen Recherchen stieß ich auch auf die sog. generischen Prinzipien von Günter Schiepek, der mein Interesse für komplexe nichtlineare dynamische Systeme weckte. In Kombination lehrten Halko Weiss und Günter Schiepek Bescheidenheit und Demut gegenüber den eigenen Beiträgen zur Therapie. Auf der anderen Seite stärkten sie mein Vertrauen in den Prozess eines gemeinsamen Forschens, Findens und Erfindens, des Differenzierens und Integrierens und der damit verbundenen Prozesse der Selbstorganisation.

Störungsspezifische standardisierte Vorgehensweisen auf der Basis eines in medizinischen Modellen beheimateten linear kausalen Denkens scheinen

mir der Komplexität biopsychosozialer Systeme nicht angemessen. Mich interessieren vielmehr die allgemeinen und grundsätzlichen Prinzipien, wie man Menschen in Veränderungsprozessen unterstützen kann und dabei insbesondere die Beiträge von »Achtsamkeit und Hypnose« (Harrer 2018).

Integration in diesem Buch

So kam es gleichsam wie gerufen, als Hansjörg Ebell mich fragte, ob ich mit ihm gemeinsam ein Buch zum Thema Hypnose in der Psychoonkologie schreiben möchte, in dem wir unsere Erfahrungen zusammentragen. Im Laufe des gemeinsamen Prozesses wurde deutlich, dass sich vieles von dem, was meinem Co-Autor am Herzen liegt, mit Konzepten rund um Achtsamkeit fassen lässt, wie etwa der innere Zustand des Patienten während der Arbeit mit Ideomotorik oder die Haltung des Therapeuten mit seiner mitfühlenden, mitmenschlichen und zugleich professionellen Präsenz. Das was ich in therapeutischen Beziehungen als Arzt und Psychotherapeut selbst anstrebte und immer zu vermitteln suchte, fand ich mit dem Begriff der Resonanz sehr treffend beschrieben. Insofern trifft sich seine Begeisterung für eine »resonanzbasierte Medizin« mit einem meiner Herzensanliegen.

Ich freue mich, dass nahezu alle wesentlichen Fäden, die mich in meinem Berufsleben leiteten, gemeinsam mit den Fäden von Hansjörg Ebell das Gewebe unseres Buchs ergeben. Wir versuchen zu vermitteln, worum es uns geht: Menschen in ihrem individuellen Leiden und in der existenzielle Dimension ihrer Krebserkrankung abzuholen, sie aber zugleich mit ihren gesunden Anteilen wahrzunehmen und als ganze Person zu würdigen. Mit ihnen zu ihrem Wohl zu kommunizieren und zu kooperieren. Sie als sinnsuchende Wesen zu begreifen, die ihr Leben auch unter schwierigen Bedingungen mitgestalten, zumindest, indem sie den Fokus ihrer Aufmerksamkeit wählen und ihren Tagen Leben und Sinn hinzufügen. Ihren inneren Stimmen Gehör zu verschaffen, sich daran zu erinnern was ihnen wichtig und wertvoll ist und sie lebendig werden lässt. Zuversicht zu vermitteln, dass ein sinnerfülltes Leben und Entwicklung bis zum letzten Atemzug möglich ist.

Ich bin dankbar, dass uns der Carl-Auer Verlag die Gelegenheit gegeben hat, dieses Gewebe mit all jenen zu teilen, die in Onkologie und Psychoonkologie krebserkrankten Menschen begegnen. Möge es zu deren Wohl und dem ihrer Patienten beitragen.

Michael E. Harrer

www.achtsamkeitinderpsychotherapie.at

Hansjörg Ebell

Es war ein langer Weg von der Anästhesie und Intensivmedizin und meiner Tätigkeit in der Ursuppe von Schmerztherapie, Palliativmedizin und Psychoonkologie in Münchner Universitätskliniken bis zur reinen Sprechmedizin in eigener Psychotherapiepraxis in den darauf folgenden 25 Jahren. Ich habe mich vor allem damit beschäftigt, dass und wie sich medizinisch fundierte Interventionen und psychotherapeutisches Beziehungsdenken gegenseitig ergänzen können und sollten. Hypnose und Selbsthypnose haben dabei eine wichtige Rolle gespielt – als Zugang zu einem erstaunlich wirksamen therapeutischen Potential, das zwar nicht unserer bewussten Kontrolle unterliegt, sehr wohl aber unterstützend hinzugebeten werden kann.

Historisches Etikett »Hypnose«

1976 begann meine Tätigkeit als Anästhesist in der Universitäts-Kinderklinik in München. Für mich als Berufsanfänger eine riesige Herausforderung – als mehrfacher Vater voll Mitgefühl für die kleinen Patienten, die ich mittels einer Beatmungsmaske und Narkosegas mehr oder weniger überwältigen musste, bis sie eingeschlafen waren. Das Buch von Jay Haley *Selected Papers of Milton H. Erickson* (1967), in dem geschildert wird, wie Erickson seinen kleinen Sohn nach einem Unfall mit einer stark blutenden Wunde beruhigen und zur aktiven Mitarbeit gewinnen kann, weckte mein Interesse an der Hypnose und ich machte mich gleich auf die Suche, bei wem man das lernen kann. Medizinische Hypnose zu lehren, schien jedoch »out« zu sein, so dass ich auf das Studium von Publikationen und eigenes Ausprobieren angewiesen war. Ich entdeckte z. B., dass ich älteren Kindern ihre Angst vor dem Narkosegas und der Maske nehmen konnte, wenn ich sie eingebunden habe in eine Geschichte von einem kleinen, neugierigen Elefanten, der so lange irgendwo an irgendwas herumschnüffelt, bis sie eingeschlafen waren.

In den folgenden zwei Jahren (1978–80) als Anästhesist in anderen Universitätskliniken ergab sich immer wieder mal eine Möglichkeit, Patienten zu »hypnotisieren« (z. B. um Ängste zu überwinden), wie auch auf der Intensivstation (1980–83) im Klinikum Großhadern für meine Facharztausbildung. In dieser Zeit begann ich eine berufsbegleitende Weiterbildung für den Zusatztitel »Psychotherapie« und konnte mein Wissen durch Seminare von amerikanischen und deutschen Referenten bzw. enge persönliche Kontakte zu den frisch gegründeten Hypnose-Fachgesellschaften (MEG, DGH) vertiefen.

Ursuppe von Schmerztherapie, Palliativmedizin und Psychoonkologie (1983–91)

1983 – auch auf Grund meines Interesses für Hypnose und Psychotherapie – erhielt ich den Auftrag, das bestehende schmerztherapeutische An-

gebot für die Patienten mit Krebserkrankungen im Klinikum Großhadern der Universität München und eine Ambulanz für Patienten mit chronischen Schmerzen auszubauen. Dafür besuchte ich Prof. Chapman, den Leiter der Schmerzforschung und Mitherausgeber des ersten Lehrbuchs zur Schmerztherapie überhaupt an der Universität von Washington in Seattle und den zweiten Erickson-Kongress in Phoenix (Arizona).

Meine Hauptaufgabe bestand in der konsiliarischen Betreuung der stationär behandelten Patienten. Als Universitätsklinik waren vor allem komplexe und »schwierige« Behandlungsfälle zu versorgen. Mit der gerade klinisch entdeckten rückenmarksnahen Gabe von Morphin konnten wir erstaunlich effektive Schmerzlinderung erzielen. Auch in dieser Pionierzeit invasiver Opiat- und Schmerztherapie galt mein spezielles Interesse immer auch den Patienten, bei denen zwar medizinisch alles richtig gemacht wurde, die aber trotzdem keine ausreichende Linderung erfahren hatten und/oder bei denen vor allem die sog. Neben-Wirkungen der Medikation zum Problem geworden waren. Die Erklärung suchte und fand ich in deren existenziellen Erleben und ihrem jeweiligen Beziehungs-System. Ironisch zugespitzt formuliert: »Schmerzen im Kontext einer Krebserkrankung sind eine leidvolle Erfahrung, die aus vielen Quellen gespeist wird, nicht nur aus der Nozizeption, d. h. von Schadensmeldungen aus der Peripherie an das Zentralnervensystem, und somit kein Morphinmangelsyndrom.«

Hypnose erwies sich in Einzelfällen immer wieder als äußerst hilfreich: sowohl um – gemeinsam mit den Patienten – Zusammenhänge zu klären als auch mögliche Lösungen zu finden. Ich ging gewissermaßen bei meinen Patienten in die Lehre, wie es gelingen kann, deren ureigene Themen und Ressourcen mit einzubeziehen in ein Gesamtbehandlungskonzept, das sowohl objektiv angemessen ist als auch subjektiv zufriedenstellend.

Ich bemühte ich mich um die wissenschaftlich fundierte Konzeptualisierung in Form einer ersten Leitlinie (1989) und 1994 erschien die systematische, praxisnahe Darstellung zur Tumorschmerztherapie, die erste in deutscher Sprache und eine notwendige Ergänzung der bisherigen Veröffentlichungen zu allen möglichen, sehr speziellen schmerztherapeutischen Interventionen ohne klinisch-praktische Gewichtung. Die gute Botschaft: Durch den kundigen Einsatz von Medikamenten und speziellen Maßnahmen können vier Fünftel der Schmerzprobleme in Folge einer Krebserkrankung zufriedenstellend behandelt werden.

Diese Vorgehensweise konnte ich – dank einer Finanzierung durch Drittmittel (Deutsche Krebshilfe/Mildred Scheel Stiftung) – auch prospektiv in einer kontrollierten, klinischen Studie genauer untersuchen. Über drei Jahre (1988–1991) wurde allen Patienten mit einer Krebserkrankung und behandlungsbedürftigen Schmerzen auf Grund einer Krebserkrankung angeboten, zusätzlich zur »lege artis« Schmerztherapie Selbsthypnose zu verwenden – im

Sinne einer »Hilfe zur Selbsthilfe«. Alle Studienteilnehmer (etwa ein Drittel der betreuten Patienten insgesamt im eigentlichen Studienzeitraum) wurden von mir persönlich sowie in Hypnose ausgebildeten Krankenschwestern betreut.

Der zweite Schwerpunkt meiner Tätigkeit war der Aufbau einer interdisziplinären Ambulanz für Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen. Von Beginn an erschien es mir widersinnig, dass diese Patienten – mit all ihrem Erfahrungswissen seit Jahren oder gar Jahrzehnten (wie es sich anfühlt, wann welche Schmerzen auftreten, wie und unter welchen Bedingungen sich dies verändert oder der Schmerz auch mal ganz weg ist, welche Maßnahmen geholfen haben oder wirkungslos waren usw.) – von mir als dem ärztlichen Experten die Antworten auf all ihre Fragen erwarteten. Sie hofften wirklich, ihre Probleme bei mir zur Reparatur abgeben zu können: am liebsten mit einer einzigen, höchst wirksamen Maßnahme und sei es die Hypnose.

In Anbetracht des starken Leidensdrucks konnte ich diese Hoffnung zwar gut nachvollziehen, aber trotzdem war dieser Auftrag nicht nur vollkommen unrealistisch, sondern führt therapeutisch auch in eine Sackgasse. Entscheidend war, ob bzw. wie es mir trotz dieses Erwartungsdrucks gelingen kann, die Weichen zu stellen für eine kurz-, mittel- und langfristige Zusammenarbeit von mir als Experte für die *Krankheit* bzw. die Perspektive aller *Behandelnden* und den betroffenen Personen als Experten für ihr *Kranksein* bzw. die Perspektive der *Behandelten*. Nur so kann es gelingen, Optionen für relevante Veränderungen zu recherchieren und angemessen Ziele erreichen zu können – statt Wunschenken, das immer tiefer in die Enttäuschung bzw. Chronifizierungsspirale führt. Dafür war es wichtig, das Vertrauen zu gewinnen und herauszufinden, worum es »eigentlich« geht.

Hypnose und Selbsthypnose haben mir diesbezüglich auf der Ebene der therapeutischen Beziehung sehr viele Möglichkeiten eröffnet und gezeigt, dass es viel mehr Wege gibt, »nach Rom zu kommen« (d. h. Rehabilitation und Heilung anzustreben) als in einem medizinisch-kausalen Interventionsmodell vorstellbar und vorgesehen sind.

Psychotherapeutische Praxis

1992 verzichtete ich ganz auf den weißen Arztkittel, wenn auch nicht ganz auf die Expertenrolle. Nach meiner Niederlassung als psychotherapeutisch tätiger Kassenarzt – von Montag bis Freitag, ein Patient gab dem anderen die Türklinke in die Hand – entwickelte sich schnell als Praxisschwerpunkt die Behandlung chronisch Kranker (vor allem bei Schmerzen, Krebserkrankungen und sog. psychosomatischen Störungen). Meist waren es auch sog. »schwierige« Patienten, mit denen ich mittel- und langfristig eng zusammengearbeitet habe, um ihr Leiden zu lindern, persönliche Entwicklungsschritte zu fördern und individuelle Hindernisse auf diesem Weg zu bearbeiten. Ob

und wann Hypnose und Selbsthypnose weiter führen könnten, wurde immer gemeinsam diskutiert, entschieden und ggf. ausprobiert. Auch wenn ich mich nie als Hypnotherapeut bezeichnet habe, wurden Hypnose und Selbsthypnose sowie die Verwendung ideomotorischer Phänomene für mich *der* Zugang zum sog. Unbewussten – sowohl was die Ermittlung individueller Ressourcen als auch von problematischen zugrunde liegenden Erfahrungen anbetrifft. Dieser Ansatz war vor allem die Folge eines langjährigen engen Lehrer-Schüler-Verhältnisses zu David B. Cheek. Der gemeinsame Plan, sein Buch *Hypnosis – The Application of Ideomotor Techniques* (1994) gemeinsam für eine deutsche Übersetzung zu überarbeiten, wurde durch seinen überraschenden Tod 1996 vereitelt. Auf seine Widmung in meinem Exemplar: »*To Hansjörg Ebell M. D. my very dear and scientifically honest friend for many years. I consider You my guru in careful thinking.*« bin ich sehr stolz. David war zu diesem Zeitpunkt 82 und ich 48 Jahre alt. Ich betrachtete sie als meinen Ritterschlag auf dem Feld der medizinischen Hypnose.

Psychoonkologie – »Begleitung ein Stück des Weges«

Viele Menschen habe ich im Angesicht der Herausforderungen durch ihre Krebserkrankung und die notwendigen Therapiemaßnahmen begleitet: bei akutmedizinischen Maßnahmen, der Optimierung der Schmerztherapie bis hin zu mittelfristigen Selbsthilfestrategien und einer langfristigen psychotherapeutischen Unterstützung im eigentlichen Sinne – jeweils mit oder ohne hypnotherapeutische Elemente. Meine Patientinnen und Patienten waren in diesem Sinne meine wichtigsten Lehrmeister. Das kritische Hinterfragen meiner Tätigkeit auf dem Hintergrund wissenschaftlicher Publikationen sowie kollegiale Intervention und Supervision waren mir immer – auch nach meinem Abschied aus dem akademischen Kontext – ein wichtiges Anliegen. Meine psychoonkologischen Erfahrungswerte mit Hypnose und Selbsthypnose weiterzugeben, wurde Bestandteil zertifizierter Weiterbildungscurricula in Deutschland und Österreich. Mit Michael Harrer habe ich nun dieses Buch veröffentlicht. Es versucht, das Wesentliche aus Jahrzehnten unser beider Erfahrung zu vermitteln. Möge es die Praxis der engagiert Tätigen bereichern und zur Verbesserung der Lebensqualität unserer Patienten beitragen.

Ich bin froh, zur Generation der Geburtshelfer der inzwischen mit einer speziellen Weiterbildung etablierten »Psychoonkologie« zu gehören und verschiedene Aspekte genauer kennengelernt zu haben. Darum bin ich auch noch als Supervisor auf dem Gebiet von Psychoonkologie, Palliativmedizin und Schmerztherapie tätig, um Einzelne und Teams klärend und entlastend in ihrer herausfordernden und anspruchsvollen Arbeit zu unterstützen.