

BEITRÄGE ZUR PSYCHOONKOLOGIE

Jahrbuch der
Österr. Gesellschaft für Psychoonkologie
ÖGPO (Hrsg.)

Mit Beiträgen von:

R. C. Calogeras / L. A. Berti
D. Enzmann
A. Glaus
M. Harrer / Ch. Centurioni
M. S. Hartmann
S. Höllrigl / E. Keiblinger
M. Kahleyss
G. Linemayr
R. Verres
W. Wesiack

„Sonnen durchfluten meine
Blutbahnen“ – Entspannung und
imaginative Verfahren in der
Betreuung Krebskranker

Michael Harrer und Christine Centurioni

Jahnstraße 18
6020 Innsbruck

1. Einleitung

In der psychischen Betreuung Malignomkranker spielen Therapieverfahren, die auf Entspannung bzw. veränderten Bewußtseinszuständen und inneren Bildern basieren, eine wichtige Rolle. Bekannt ist insbesondere das speziell für Krebspatienten von SIMONTON, SIMONTON UND CREIGHTON (1982) entwickelte Programm. In einer **Literaturübersicht** sollen einige dieser therapeutischen Techniken mit ihren Möglichkeiten und Grenzen dargestellt, und ihre Anwendung reflektiert werden.

Im Gegensatz zu den meisten sonstigen Darstellungen der Thematik wird hier eine Synopsis von Imagination und veränderten Bewußtseinszuständen versucht. Da imaginative Techniken zu Bewußtseinsveränderungen und Entspannung führen, andererseits in Entspannungszuständen spontan innere Bilder auftauchen, würde eine isolierte Darstellung nur eines der beiden Bereiche eine künstliche Trennung bedeuten.

2. Entspannungsverfahren

2.1 Definition von Entspannung

„Entspannung ist eine integrierte hypothalamische Reaktion, die zu einer generalisierten Abnahme des sympathischen und zu einer eventuellen Aktivitätssteigerung des parasympathischen Nervensystems führt. Die Entspannungsreaktion ist ein Schutzmechanismus des Körpers gegen Streß und antagonistisch zu Angriffs- und Fluchtreaktionen“ (FRANKE 1981). In vielfältigem Wechselspiel beeinflussen einander die physiologische, die kognitive und die emotionalen Ebenen.

2.2 Entspannungs- und Trancemethoden

Es gibt eine **Vielzahl** von Entspannungsmethoden. Herausgegriffen seien das Autogene Training nach I. H. SCHULTZ, die progressive Muskelentspannung nach JACOBSON, Biofeedbackmethoden, Meditationstechniken, Hypnose, Hypnotherapie nach M. H. ERICKSON, Eutonie nach G. ALEXANDER und die funktionelle Entspannung nach M. FUCHS.

Entspannungsmethoden haben ihren festen Platz als „Basispsychotherapeutikum“. Sie werden vor allem bei psychosomatischen Erkrankungen, „**Streß**“, Ängsten und bei Schmerzen angewandt. Im angloamerikanischen Raum und unter Verhaltenstherapeuten ist die **Progressive Muskelentspannung** am verbreitetsten. Im deutschsprachigen Bereich ist sicherlich das **Autogene Training** die bekannteste Methode. Nachteil dieses Verfahrens ist allerdings, daß es meist längere Zeit, d. h. oft Monate, braucht, bis

es von Patienten beherrscht wird. Und Zeit ist in der Arbeit mit Krebspatienten oft knapp. M. H. ERICKSON hebt in seiner **Hypnotherapie** die Individualität jedes Menschen hervor, Tranceerfahrungen im Alltagsleben werden aufgegriffen und ein möglichst leicht gangbarer Weg in die Trance gesucht. Der Patient kann dann, wann immer er es braucht, an **seinem** „Ort der Inneren Ruhe“ Platz nehmen.

2.3 Anwendung bei Krebspatienten

In der Behandlung von Krebspatienten werden Entspannungsverfahren aus mehreren Gründen eingesetzt: Auf der rein symptomatischen Ebene sind die genannten Verfahren imstande, zu **Angst- und Schmerzreduktion** beizutragen. Gefühlen der Hilf- und Hoffnungslosigkeit und des Fehlens eigener Einfluß- und **Kontrollmöglichkeiten** kann durch die Vermittlung autosuggestiver Verfahren entgegengewirkt werden. Die Bedeutung von „**Streß**“ für die Entstehung und den Verlauf von Krebserkrankungen wird sehr intensiv beforscht. Im Tiermodell konnten Zusammenhänge bereits nachgewiesen werden. Als Bindeglieder werden vor allem über hypothalamische Regelkreise gesteuerte hormonelle und **neuroimmunologische** Mechanismen angenommen.

Untersuchungen konnten zeigen (HALL 1983), daß Hypnose, Entspannungstraining und Autosuggestion bei der als suggestibler (als eine Vergleichsgruppe) klassifizierten Probandengruppe die **Lymphozytenzahl** beeinflussen kann, diese stieg nach der Hypnosesitzung an. Nach einer Woche ergab sich in einem Simulationstest bei der Gruppe der Unter-40jährigen eine signifikant stärkere Proliferation der Lymphozyten.

Streßreduktion führt daher nach Ansicht mancher Autoren nicht nur zu einer Verbesserung der Lebensqualität, sondern auch zu einer Verlängerung der **Überlebenszeit**: A. MEARES (1984) beschreibt eine Form intensiver, mit dem Rückgang von Krebs verbundener Meditation. Er zeigt in seinem Artikel wichtige Therapeuteneigenschaften auf, die Voraussetzung der Anleitung zur Meditation sind. Zu erwähnen ist dabei aber auch, daß einige Patienten, die einen Rückgang ihres Krebses erreichen konnten, täglich zwei bis drei Stunden oder noch länger meditierten. B. NEWTON (1984) berichtet über die Verlängerung der mittleren Überlebenszeiten durch Hypnose. Er bezieht sich allerdings ähnlich wie die SIMONTONS (1980) auf mittlere nationale Überlebenszeiten als Referenz. In einem prospektiven Kontrollgruppendesign konnte D. SPIEGEL (1989) bei Patientinnen mit metastasierendem Mammakarzinom, die an einem Gruppentherapieprogramm teilnahmen, eine fast verdoppelte Überlebenszeit beobachten. Teil des über ein Jahr gehenden Therapieprogramms war die Vermittlung von „Selbsthypnosestrategien“ zur Schmerzkontrolle.

3. Imaginative Verfahren

3.1 Überblick über imaginative Verfahren

„Imaginative Verfahren“ haben in der Heilkunde schon eine lange Geschichte, Trancezustände finden sich in vielen Kulturen bei Heilungsritualen beispielsweise im antiken Asklepioskult (SIEFERT 1983). Im Rahmen von Psychotherapie entwickelte Techniken sind u. a. die Aktive Imagination nach C. G. JUNG (AMMANN 1984, KAST 1988), die Oberstufe des Autogenen Trainings nach I. H. SCHULTZ (ROSSMANITH und BARTL 1991), die Tagtraumtechnik nach DESOILLE (1945) und die Psycho-Imagination-Therapy von SHORR (1986). Im deutschsprachigen Raum ist wohl die verbreitetste und fundierteste Methode das Katathyme Bilderleben nach LEUNER (1985) mit tiefenpsychologischem Theoriehintergrund.

3.2 SIMONTON-Programm

Speziell für Krebspatienten wurde von SIMONTON et al. (1982) ein umfassendes verhaltenstherapeutisch fundiertes Programm entwickelt, in dem sich der Patient in einem Entspannungszustand mit seiner Krankheit auseinandersetzt. Er stellt sich seine Krankheit und seine Immunabwehr bzw. die erfolgreiche medizinische Behandlung bildhaft vor. Daran anschließend soll der Patient seine Genesung und die Erreichung seiner Lebensziele **visualisieren**. Der unter Patienten recht verbreiteten „Anleitung zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte für Krebspatienten und ihre Angehörigen“ ist eine Tonbandkassette mit einem entsprechenden Text beigelegt. Im Gesamtprogramm wird der Patient auch noch zur Reflexion des sekundären Krankheitsgewinns, zu gesunder körperlicher Betätigung und zu bewußter Ernährung aufgefordert.

Die Patienten sollen sich die Krebszellen als schwach, die Abwehrzellen als stark, angriffslustig, lebhaft, intelligent und gewandt vorstellen. Für Chemo- und Strahlentherapie werden Symbole wie z. B. Energiekügelchen, kleine Sonnen, Pfeile, Schlangen, Haifische oder Ritter gefunden.

Die Visualisierung dieses **aggressiven** und **destruktiven** Kampfes steht im Widerspruch zur Haltung, den Körper als Freund und die Krankheit als Botschaft, Signal, Wecker oder Hinweis dafür zu sehen, daß etwas im Leben verändert werden soll. So stellt sich die Frage, ob zur Bewältigung und Linderung von Krankheit nur der Kampf **gegen** den Krebs der einzige und beste Weg ist, oder ob nicht vielmehr die Annahme, die Integration der Krankheit,

des Problems, des „Schattens“ bzw. auch der **Kampf für** etwas, für das Leben ein mindestens gleichwertiger Weg ist. Wenn es gelingt, die Botschaft zu entschlüsseln und beispielsweise Einstellungen zu verändern, kann in diesem Modell der Krebs überflüssig werden. Einen möglichen Ausweg aus dem Dilemma bietet die therapeutische Sichtweise der Unterscheidung zwischen der guten Absicht des Körpers, die er aber mit schlechten, das heißt destruktiven Mitteln, verfolgt (LENK 1985).

SIMONTON selbst beschreibt dazu in dem 1989 erschienenen Buch „Prinzip Mut“ eine Entwicklung: „Heute gehe ich anders damit (mit der Visualisierung) um, weniger aggressiv. Ich bin überhaupt weniger aggressiv als damals, und unsere Arbeit spiegelt immer das, was wir gerade sind.“

Wie sich die Anwendung des NLP-Modells und von Selbsthypnose konkret gestalten kann, beschreibt W. LENK (1988) in Tagebuchaufzeichnungen seiner **Selbstbehandlung** eines allerdings gutartigen Tumors, eines Lipoms. Dabei reichten wenige Veränderungen aus, um das Symptom und den Teil dahinter überflüssig werden zu lassen.

Ein weiteres Problem ist die mögliche Induktion von **Schuldgefühlen** bei Patienten, bei denen intensive Simonton-Arbeit mit den u. U. Illusionen züchtenden Suggestionen der Heilung nicht zum gewünschten Erfolg führt. So kann Überschätzung der psychischen Einflußmöglichkeiten bei vorprogrammiertem Mißerfolg dann in späteren Krankheitsphasen negative Einflüsse haben.

In diesem Zusammenhange sei auf die **Gefahren** einer (v. a. falsch verstandenen) Überbewertung der psychischen Problematik im Sinne einer **psychogenen Kausalattribution** hingewiesen. Schon vorhandene Schuldgefühle können verstärkt werden, magische Heilserwartungen können notwendige Trauerarbeit verschleiern (SPIESS 1986). Beachtenswert ist auch, daß diejenigen Patientinnen sechs Monate nach der Operation des Mammakarzinoms, welche seelische Ursachen für ihre Erkrankung als nicht bedeutsam ansahen, ihre Krankheit besser und optimistischer bewältigten als Patientinnen, die eigene seelische Probleme attribuierten (RIEHL-EMDE 1989).

Für Matthias HARTMANN (1991) ergeben sich zusammenfassend aus der klinischen Praxis folgende Aspekte:

- a. SIMONTON-ARBEIT bezieht sich auf **Aktivierung** des Patienten auf mehreren Ebenen.
- b. SIMONTON-ARBEIT beinhaltet die **Fortführung medizinischer Be-**

handlung auf Grundlage sogenannter „schulmedizinischer“ Maßnahmen. Medizinische Außenseitermethoden werden nicht empfohlen.

- c. Die Arbeit mit diesem Konzept betrifft Patient und Behandler gleichermaßen: Behandler können dabei psychotherapeutisch praktizierende Ärzte oder psychologische Psychotherapeuten sein.
- d. Eine **Begrenzung auf Visualisierungsübungen** als ausschließlichem Arbeitsschwerpunkt ist **nicht zu vertreten**.
- e. Zu „visualisieren“ bedeutet nicht, den Patienten innerlich gegen Tumorzellen kämpfen zu lassen. Beschränkt man hierauf die Arbeit, so handelt es sich allenfalls um eine Anleitung, deren Inhalt es wäre, das Morden zu lernen.
- f. Wenn der Patient in der Lage ist, sich selbst zu entspannen, und produziert er in der Vorstellung körperbezogene Anschauungsbilder, so sind diese durch **Malen** und therapeutisches **Gespräch** in der begleitenden Einzeltherapie zu bearbeiten.
- g. Es kann nicht ausgeschlossen werden, daß durch regelmäßiges Körpertraining eine Art inneres Zwiegespräch zwischen Bewußtem, Vorbewußtem und Unbewußtem in Gang kommt, welches das subjektive Befinden nicht nur nachhaltig stärkt, sondern darüberhinaus auch die Wahrnehmung körperlicher Prozesse beeinflusst.
- h. SIMONTON-ARBEIT ist sowohl vor dem **Hintergrund** des **somatischen** Befundes wie auch vor dem **seelischen Reifegrad** diagnostisch und therapeutisch-planend zu beurteilen.
- i. SIMONTON-Arbeit als praktisches Konzept psychosomatischer Selbsthilfe bezieht sich auf Kennenlernen, Bewältigung und Entwicklung von Symbolisierungen der Krankheitsfolgen.

3.3 „Integratives Malen“ nach Ilse SOKAL

SOKAL (1986) hat die SIMONTON-Methode wesentlich modifiziert und ergänzt. Sie begegnet damit einigen der oben genannten Kritikpunkte. Sie beschreibt ihr Vorgehen in vier Phasen:

- a. Tiefenentspannung.
- b. Themenzentriertes Bildern: Die Krankheit/das Problem, die Bewältigung, die Zukunft (wenn die Krankheit oder das Problem bewältigt ist).

- c. Malen oder Zeichnen der Bilder mit der nicht-dominanten Hand.
- d. In der Verbalisationsphase werden die Bilder gemeinsam mit dem Therapeuten reflektiert.

Meist kommt es bei täglicher Übung spätestens nach zwei bis acht Wochen zu einem Umschwung der Thematik: Die Patienten wollen nicht mehr die Krankheit visualisieren, sondern „aktuellere“ Probleme. Die Auseinandersetzung wird desomatisiert und auf eine psychosoziale Ebene transportiert.

I. SOKAL bezeichnet ihr Verfahren in letzter Zeit als „Integratives Malen“, um herauszustreichen, daß es auch ihr um das Verstehen und Integrieren der Krankheit in ihrer Bedeutung geht. Sie empfiehlt sie auch zur Selbsthilfe für Helfer.

3.4 Spezielle Aspekte des Katathymen Bilderlebens (KB)

Ein wesentlicher Unterschied zur SIMONTON-Methode ist die Tatsache, daß der Patient während des Bilderns dem Therapeuten von seinen Imaginationen berichtet und von ihm gleichsam begleitet bzw. nach bestimmten Regieprinzipien geführt wird. Der Prozeß findet also innerhalb und auf dem Hintergrund einer therapeutischen Beziehung statt, Übertragung und Gegenübertragung innerhalb und außerhalb des Bildes werden reflektiert und, falls notwendig, bearbeitet.

In der KB-Mittelstufen-Technik der „**Inspektion des Körperinneren**“ (LEUNER 1985, KRAPF 1986) wird der Patient angewiesen, sich in stark verkleinerter Form („Däumling“) auf Entdeckungsreise in den eigenen Körper zu begeben, „um zu sehen, was los ist“. Bei Patienten mit Spannungskopfschmerz konnte nachgewiesen werden (ROTH 1983), daß die Imagination des besetzten Organs eine signifikant höhere affektive Valenz hat, als die Einstellung unspezifischer sonst üblicher Motive. Nach WILKE (1990) liegen die Stärken dieser Technik in der Möglichkeit der Konfrontation. Sie bewährt sich bei psychovegetativen Störungen und bei Konversionssymptomen, bei denen es zunächst darum geht, körperliches Leiden und seelische Bewegung zu übersetzen, psychischen Leidensdruck zu ermöglichen. Für Kranke mit stärkergradigen Organläsionen kann die frühe Konfrontation mit dem „Ort der Beschädigung des Selbst“, der „narzißtischen Wunde“ traumatisierend sein. Sie wird dann als eine vom Therapeuten induzierte narzißtische Kränkung erlebt, führt zu Angst, Abwehr und Symptomverstärkung und stört die wichtige anaklitische Übertragung tiefgreifend und dauerhaft. Hilfreich kann es sein, den Patienten dazu anzuhalten, seinen Körper „zu bewohnen“, ihn mit allen Sinnen, insbesondere auch taktil, zu erfahren.

Im KB besteht (FREIWALD 1975) auch die Möglichkeit, die Aufmerksamkeit auf funktionierende Bereiche und Organe des Körpers zu lenken bzw. bleibt es der Bereitschaft des Patienten überlassen, sich mit dem Symptom zu konfrontieren. Dies kann manchmal hilfreicher sein, als die alleinige Fokussierung auf das erkrankte Organ. Es läßt sich immer wieder beobachten, daß sich in der imaginierten Begegnung mit dem erkrankten Organ die pathogenen Objektbeziehungen widerspiegeln.

Zu überlegen sind auch Parallelen zur Technik der **Symbolkonfrontation** im KB (LEUNER 1955). Dabei erfolgt nicht durch Bekämpfen, sondern gerade durch das Aushalten, das genaue Erfassen mit allen Sinnen eine Transformation des zunächst feindlichen Objekts.

Entsprechend der Untrennbarkeit von **diagnostischen** und **therapeutischen** Prozessen gemäß dem diagnostisch-therapeutischen Zirkel nach WESIACK (UEXKÜLL und WESIACK 1988) wohnen den Imaginationen des KB auch Informationen inne, welche zur Gewinnung einer umfassenden Diagnose hilfreich sein können.

Ein weiteres Ziel der Psychotherapie bei Krebskranken kann es sein, die neben ihrer Krebskrankheit bestehenden **neurotischen** Störungen oder **Persönlichkeits-** bzw. **strukturellen Störungen** zu behandeln. In diesem Zusammenhang sei auf Autoren wie Martin KAHLEYSS (1988) und Hans-Peter BILEK (1987) verwiesen, die bei Krebskranken häufig eine „Grundstörung nach BALINT“ diagnostizieren konnten. Neurosen gehören zu den klassischen Indikationen des KB.

G. BARTL (1990) machte in seiner KB-Arbeit mit sogenannten „frühen Störungen“ die Erfahrung, daß sich frühe Zustände von Mangel und Deformierung durch eine bestimmte aktive therapeutische Haltung und gezielt eingesetzte Techniken nachträglich günstig beeinflussen lassen. Mittels gerade angemessener Zufuhr von Wärme, Rhythmus und Konstanz können „narzißtische Defizite“ aufgefüllt werden. Wichtig sind dabei unter anderem die Förderung der „differenzierten Gefühlswahrnehmung“ in allen Sinnesbereichen und das aktive Beharren auf die emotionalen Seiten des Erlebens.

LEUNER (1990) beschreibt vier Parameter, die im KB für die Behandlung psychosomatischer Zustände von Bedeutung sind:

- a. Die prägnante Darstellung der Relation von Symptom, Konflikt und infantiler Objektbeziehung in der KB-Szene. Diese kann die therapeutische Entwicklung durch imaginatives Probehandeln fördern.
- b. Die Überwindung des psychosomatischen Syndroms bzw. des „pensée opératoire“ durch die Entfaltung der bildhaft-imaginierten Tagtraumsymbolik.

- c. Die sich beim Imaginieren spontan einstellende psychophysiologische Entspannung als supportive Komponente der Behandlung.
- d. Die therapeutische Regression auf den Grundkonflikt oder auf die Ebene des primären Narzißmus. Archaische Bedürfnisse können im Rückzug in narzißtische Verschmelzung als Einübung von Urvertrauen befriedigt werden.

WILKE (1990) zählt folgende spezifische Wirkungen der KB-Therapie bei psychosomatisch Kranken auf: Die psychovegetative Entspannung, die Förderung der Phantasietätigkeit, die Möglichkeit der narzißtischen Restitution im Tagtraum, die Förderung der Selbstkonfrontation mit der Wahrnehmung eines Zusammenhangs zwischen Symptom, Symbol und Erleben, die Förderung von Autonomie und Selbstfürsorge und Selbstkontrolle.

3.5 Einsatz imaginativer Verfahren in speziellen Problembereichen in der Betreuung Krebskranker

3.5.1 Bewältigung belastender Therapiemaßnahmen

Die somatisch-medizinische Therapie bei Krebskranken zeichnet sich durch eine besondere Aggressivität und damit Belastung für den Patienten aus. Beispielhaft seien die Chemotherapie und mit quälenden Nebenwirkungen und verstümmelnde chirurgische Eingriffe genannt. Hierbei steht das Anliegen des Patienten im Vordergrund, die Zeit der Therapie besser zu überstehen und Nebenwirkungen möglichst gering zu halten. Von ärztlicher Seite wird oft der Wunsch an den Psychoonkologen herangetragen, den Patienten zur besseren Akzeptanz der Chemotherapie zu führen.

Janice M. FRANK (1985), eine amerikanische Onkologieschwester, beschreibt, wie sich mittels angeleiteter Imagination und Darbietung von Musik während der **Chemotherapie** signifikant Angst und Erbrechen reduzieren lassen. Sie stellt dazu vor dem Patienten ein Poster mit einer schönen Landschaft auf und läßt ihn über Walkman eine von ihm selbst ausgewählte Musik anhören.

In einer **prospektiven Studie** mit 50 Krebspatienten unter **Chemotherapie** wurden drei Gruppen miteinander verglichen (LYLES et al. 1982): In der Therapiegruppe erlernten die Patienten Progressive Muskelentspannung und versetzten sich unter Anleitung eines Therapeuten während der Chemotherapie in eine angenehme Szene. In der Kontrollgruppe war während der Therapie ein Therapeut anwesend, der die Patienten verbal unterstützte, Patienten der dritten Gruppe erhielten keine besondere psychologische Behandlung. In der Entspannungsgruppe waren die Patienten signifikant weni-

ger ängstlich und litten weniger unter Übelkeit, zeigten einen geringeren Anstieg von Pulsfrequenz und systolischem Blutdruck, berichteten über weniger Angst und Depression unmittelbar nach der Chemotherapie und litten dann zu Hause weniger und kürzer unter Übelkeit. Beobachtungen der Schwestern unterstützen die durch Fragebogen erhobenen Angaben der Patienten. Die beiden anderen Gruppen unterschieden sich in keinem der Parameter signifikant.

In einer Fallstudie (EINIG 1990) wird von einer KB-Gruppe bei einem 55jährigen Patienten vom 4. Chemotherapiezyklus bis zu seinem Tod berichtet, bei dem zu Therapiebeginn die Ängste vor der Chemotherapie dominierten. Im beschriebenen ersten Bild, dem Wiesenmotiv, kann der Patient auf dem Hintergrund der therapeutischen Beziehung Geborgenheit und Beschütztsein erleben. In diesem „Zwischenbereich der Erfahrung“ ist die innere Wirklichkeit der imaginierten Bilder eine Brücke zwischen dem, was nicht mehr sein kann, und dem, was noch nicht ist. Im Bild ohne Themenvorgabe sieht der Patient eine Bootsfahrt, die an Charon in der griechischen Mythologie erinnert. Durch die Psychotherapie wird es dem Patienten möglich, weitere Chemotherapien zu akzeptieren und durchzustehen. Durch die Begleitung können seine Ängste verringert werden. Die Autorin sieht aber auch einen Gewinn darin, daß innere Prozesse, die bei Schwerstkranken ablaufen, durch die inneren Bilder deutlich werden und den Verstehenshorizont für den Umgang mit ihnen erweitern.

3.5.2 Schmerzen

REHFISCH et al. (1989) beschreiben ein Programm zur psychologischen Schmerzbehandlung bei Rheuma, das sich in großen Teilen auch auf Krebspatienten übertragen läßt. Die Autoren weisen u. a. auf folgende imaginativen Verfahren zur Schmerzbewältigung hin:

- a. **Schmerzinkompatible Imaginationen:** Imaginationen, die verschiedene Emotionen hervorrufen (Ärger, Freude, Selbstbehauptung usw.), die inkompatibel mit Schmerzen sind; Konzentration auf rein visuelle, akustische oder andere Wahrnehmungen, die inkompatibel mit der Situation sind.
- b. **Transformierende Imaginationen:** Der Kontext, in dem der Schmerz auftritt, wird verändert; imaginative Veränderung der schmerzauslösenden Stimuli; Ausblendung der Schmerzwahrnehmung und Konzentration auf Wahrnehmungselemente, die nichts mit dem Schmerz zu tun haben.

Josephine HILGARD und Samuel LE BARON (1990) beschreiben die Linderung von Angst und Schmerz bei krebserkrankten **Kindern und Jugendlichen** durch Hypnose und individuell abgestimmte Imaginationen während

schmerzhafter Eingriffe wie z. B. Knochenmarkspunktionen. Kinder sind grundsätzlich hypnotisierbarer als Erwachsene. Kleine Kinder behalten ihre Augen offen und vertiefen sich in Als-Ob-Spiele. Um das 6. Lebensjahr findet dann der Übergang zur Erwachsenenform der verinnerlichten Imagination statt. Bei der Hypnosetherapie mit Kindern und Jugendlichen werden sowohl Anteile des Als-Ob-Spieles als auch solche verinnerlichter Imagination genutzt.

Auch im Rahmen **hypnotherapeutischer** Techniken spielen Imaginationen eine große Rolle (SEEMANN 1989): Herausgegriffen seien sensorische und symbolische Transformationen, bei denen einerseits schmerzende Stellen langsam durch angenehme Empfindungen aufgefüllt werden können und andererseits Metaphern wie die Vorstellung des Nervensystems als elektrischer Anlage, bei der auf Knopfdruck eine Leitung unterbrochen werden kann.

3.5.3 Neuorientierung

Zentral in der Arbeit mit Krebspatienten ist die Nutzung der **Krankheitsgewinne**. Für BÜNTIG (1988) kann die Krankheit die Funktion eines Auswegs aus einer ausweglos erscheinenden Situation sein, und sie kann zur Befriedigung von Primärbedürfnissen wie Beachtung, Berührung, Fürsorge usw. führen. Am wichtigsten ist jedoch die Sinnfrage mit dem Grundthema, „wofür überhaupt leben und für das Leben zu kämpfen?“.

So ist die Krankheit für viele Krebspatienten Anlaß, ihr Leben zu überdenken, sich auf die Suche nach einer **Neuorientierung**, einer neuen oder vielleicht wahren Identität, „dem wahren Selbst“, „ihrer Lebensmelodie“, wie LE SHAN (1982) es nennt, zu begeben, also Prioritäten und Lebensziele vielleicht anders zu setzen.

SIMONTON empfiehlt zur Reflexion der Lebensziele und Entscheidungshilfe die imaginative Technik der Suche nach dem „**inneren Ratgeber**“. Im KB tauchen manchmal spontan Symbolgestalten wie Menschen, Tiere oder Märchenfiguren auf, die „um den rechten Weg wissen“ (LEUNER 1985). Sie werden als „**Schrittmacher**“ oder „innere Führer“ bezeichnet. Der Bezug zu den Jungschen Archetypen liegt auf der Hand, beispielsweise zum Archetypus des „alten Weisen“. Nach LEUNER widerspräche die Dominanz von Führungsgestalten der Förderung des kreativen Entwicklungsprozesses, ihn scheint fraglich, ob die Abhängigkeit von introjizierten Führungsgestalten auf die Dauer sinnvoll sei, und er warnt auf der Übertragungsebene vor einer Fixierung an die idealisierte Imago des Therapeuten.

SEITHE (1989) berichtet über Erfahrungen mit dem KB-Motiv der „**Guten**,

freundlichen Gestalt“. Sie beobachtete Patienten, die gestärkt aus der wohlthuenden Begegnung mit Erinnerungsbildern und Phantasiegestalten von tief beglückender Valenz hervorgingen. Bei einer anderen Patientengruppe wirkte die Gestalt bedrohlich oder zerstört. Therapeutische Interventionen im KB; z. B. Kontaktaufnahme, Symbolkonfrontationen, Nähren und Versöhnen, führten aber zu einer positiven Veränderung der Gestalt und der mit ihr verbundenen Gefühlsbeziehung. Bei wiederum anderen Patienten löste die Gestalt Angst aus oder wurde ohne Gefühlsbezug wahrgenommen. Interventionen konnten daran nichts ändern. SEITHE meint, daß dieses Motiv einen wichtigen Beitrag zur Strukturdiagnostik leisten kann, aber auch zur Verdeutlichung von Übertragungsbereitschaften und -fähigkeiten.

3.5.4 Auseinandersetzung mit Sterben und Tod

In Konfrontation mit Grenzbereichen neigen Menschen dazu, sich **spontan** in Symbolen auszudrücken. Genannt seien hierzu die Arbeiten von Susan BACH, weiterentwickelt von Gregg FURTH (1983) und bekannt gemacht durch Elisabeth KÜBLER-ROSS. Kinderzeichnungen ermöglichten Kommunikation über Krankheit, Sterben und Tod, welche verbal nie hätte zustandekommen können.

Auch in der **Arbeit mit Angehörigen** von Sterbenden in der Sterbephase oder auch nach dem Tod des Patienten können Zeichnungen eine ganz wesentliche Möglichkeit sein, die allgemeine Sprachlosigkeit zu überwinden und Verständigungsschwierigkeiten beim Thema Tod überbrücken helfen. Auch bei der Unterstützung von **Trauerarbeit** bei den Angehörigen nach dem Tod kann KB hilfreich sein. LANDAU (1983) berichtet über zwei Fallbeispiele von unbewältigten Todesfällen und der Leistung von Trauerarbeit im KB.

In einem Fall schildert B. MANGOLD (1986), wie **Zeichnungen** eines 6jährigen Bubens das einzige **Kommunikationsmittel** zwischen ihm und seinen Eltern sind. Mit ihrer Hilfe konnte die Sprachlosigkeit des Kindes und seiner Eltern angesichts des nahenden Todes überwunden werden. Auch Kinder wissen, wann ihr Leben zu Ende geht, selbst, wenn niemand darüber gesprochen hat. Zeichnungen können für die Eltern und die Betreuer eine Chance sein, den Dialog mit dem sterbenden Kind aufrechtzuerhalten, sie können aber auch prognostische Hinweise geben, die klinischen Verschlechterungen oft vorausgehen.

In Anlehnung an die Theorie WINNICOTTs betrachtet Esther DREIFUSS (1986) den kreativen Prozeß als Schaffung eines **Übergangsobjektes**. Das Kind kann mit Hilfe eines Übergangsobjektes Trennungängste spielerisch

zum Ausdruck bringen und sie damit gleichzeitig überwinden. Eine in der Kunsttherapie angefertigte Zeichnung überlebt den Patienten. Der Therapeut wird durch sie an die Verbundenheit mit dem Patienten auch nach dessen Tod immer wieder neu erinnert. Sie wird dadurch zum Repräsentanten der Unsterblichkeitsphantasien des Patienten.

SIMONTON und BÜNTIG verwenden sogenannte **Sterbemeditationen**, in denen die Situation des Sterbes imaginiert wird.

Hannolore EIBACH (1979, 1987) zeigt Möglichkeiten auf, wie mit Hilfe des KB ein „**Reifwerden zum Tode**“ und damit die Aussöhnung gegenüber dem Leben gefördert werden kann und geht in einer Arbeit auch auf die bei vielen Sterbenden anzutreffenden **Symbole** Stein, Mauer, Baum, Höhle und Tor ein. Ein ausführliches Fallbeispiel findet sich auch bei LANDAU (1983).

4. Zehn Thesen zur Zusammenfassung

- 4.1 Imaginative Verfahren haben eine lange Tradition und nehmen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Krebspatienten einen breiten Raum ein
- 4.2 Imaginationen haben großen therapeutischen, aber auch diagnostischen Wert
- 4.3 Imaginative Verfahren können zur Erreichung von Zielen in verschiedenen Bereichen angewendet werden:
 - Entspannung, Abbau von Streß, Angst und Schmerz
 - Auseinandersetzung mit der Erkrankung bzw. ihre Integration
 - Neuorientierung
 - Verbesserung der Kommunikation auf mehreren Ebenen: Des Patienten mit seinem Körper, mit abgespaltenen und ungelebten Anteilen, aber auch mit seinen Behandlern, seiner Familie und seinem sozialen Umfeld
 - Auseinandersetzung mit Sterben und Tod
- 4.4 Die Bearbeitung der inneren Bilder über Malen und/oder Verbalisieren muß unumgänglicher und fester Bestandteil der Arbeit mit imaginativen Verfahren sein
- 4.5 Imaginationen können nur einen Teilbereich der Arbeit mit Krebskranken darstellen
- 4.6 Ausgehend von Glaubenssystemen, Vorerfahrungen, somatischem und psychischem Gesamtzustand muß gemeinsam mit dem Patienten das therapeutische Vorgehen individuell geplant werden

4.7 Imaginative Erfahrungen wurden im Laufe ihrer Anwendung modifiziert (siehe u. a. SIMONTON und SOKAL). Das erweiterte Erfahrungsspektrum, aber auch die persönlichen Entwicklungsschritte der Therapeuten beeinflussten die Modifikation wesentlich

4.8 Für Weiterentwicklungen der Anwendung Imaginativer Verfahren bei Krebspatienten wäre insbesondere die Transparenz im Prozeß der Verfahrens-Modifikation ein anzustrebendes Ziel. Nur so kann die Nachvollziehbarkeit gewährleistet werden

4.9 Die Möglichkeit der visualisierten Gegenübertragung des Therapeuten wird in der Literatur kaum angesprochen (HARRER und CENTURIONI 1990)

4.10 Die Ebene der Kommunikation zwischen Patient und Therapeut im Rahmen imaginativer Verfahren wird in der Literatur vernachlässigt. In diesem Bereich sind wesentliche neue Erkenntnisse zu erwarten.

5. Literatur

- Ammann, A. N.: Aktive Imagination. Walter Freiburg 1984
- Bartl, G.: Überlegungen und Anregungen zu aktiveren Vorgehensweisen in der KB-Behandlung psychosomatischer Patienten. In: Wilke, E. und H. Leuner (Hrsg.): Das Katathyme Bilderleben in der Psychosomatischen Medizin. Huber Bern-Stuttgart-Toronto 1990
- Bilek, H.-P. et al.: Untersuchung zur existentiellen Situation von Krebskranken. Österr. Ärztezeitung 42 (1987) 29–35
- Büntig, W. E.: Die Arbeit mit Krebskranken aus der Sicht der humanistischen Psychologie. In: ÖGPO (Hrsg.): Beiträge zur Psychoonkologie. Facultas Wien 1988
- Desoille, R.: Introduction à une psychothérapie rationelle. P. U. F. Paris 1945
- Dreifuss-Kattan, E.: Praxis der Klinischen Kunsttherapie. Huber Bern-Stuttgart-Toronto 1986
- Eibach, H.: Sterbehilfe in der Klinik unter Einsatz des Katathymen Bilderlebens. Psychother. med. Psychol. 29 (1979) 96–104
- Eibach, H.: Therapie an der Grenze – Therapie mit Sterbenden. Kind und Umwelt. Beiträge zur analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie 55 (1987) 24–45
- Einig, E.-M.: Innere Bilder: Eine Möglichkeit des Zugangs zum Erleben des Karzinom-Patienten – dargestellt anhand einer Psychotherapie. In: Welk, H. (Hrsg.): Zwischen Resignation und Hoffnung. Die Phase der Progredienz. Ergebnisbericht der 7. Jahrestagung der Deutschen Ar-

- Progredienz. Ergebnisbericht der 7. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in Hamburg 1989, Lemrade 1990
- Frank, J. M.: The effects of music therapy and guided visual imagery on chemotherapy induced nausea and vomiting. *Oncol. nursing forum* 12 (1985) 47–52
- Franke, A.: Psychosomatische Störungen: Theorien und Versorgung. Kohlhammer Stuttgart 1981
- Freiwald, M. et al.: Die Imagination des erkrankten Organs von Patienten mit Colitis ulcerosa und funktionellen Herzbeschwerden im experimentellen Katathymen Bilderleben. *Psychother. med. Psychol.* 25 (1975) 15–24.
- Furth, G. M.: Die Verwendung von Zeichnungen, angefertigt in einer Lebenskrise. In: Kübler-Ross, E.: Verstehen, was Sterbende sagen wollen. Kreuz Verlag Stuttgart 4. Auflage 1983
- Hartmann M. S.: Praktische Psycho-Onkologie. Therapiekonzepte und Anleitungen für Patienten zur psychosozialen Selbsthilfe bei Krebserkrankungen. *Leben lernen* 73. Pfeiffer München 1991
- Hall, H. R.: Hypnosis and the immune system: A review with implications for cancer and the psychology of healing. *Am. J. Clin. Hypnosis* 25 (1983) 92–103
- Harrer, M. und C. Centurioni: Überlegungen zur Integration imaginativer Techniken in der Betreuung von Malignom-Kranken im Rahmen eines Fallberichtes. Vortrag im Rahmen des Internationalen Symposiums: „Psychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben“ in Halle an der Saale, 24. August 1990
- Hilgard, J. R. und S. Le Baron: Linderung von Angst und Schmerz bei krebserkrankten Kindern und Jugendlichen. *J. Clin. exp. Hypnosis* 1982, übersetzt in: *Hypnose und Kognition* 7, 1990
- Kahleyss, M.: Psychoanalytische Gesichtspunkte der Krebserkrankung. Körperbild und Grundstörung. *Prax. Psychother. Psychosom.* 33 (1988) 233–241
- Kast, V.: Imagination als Raum der Freiheit. Dialog zwischen Ich und Unbewußtem. Walter Olten-Freiburg i. B. 1988
- Krapf, G.: Inspektion des Körperinneren (Diagnostische und therapeutische Aspekte). *Ärztl. Praxis und Psychother.* 8 (1986) 3–17
- Landau, E.: Sterbehilfe mit dem Katathymen Bilderleben. In: Leuner, H. (Hrsg.) *Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis.* Huber Bern-Stuttgart-Wien 2. Auflage 1983
- Lenk, W.: Vorschläge zur Veränderung des Simonton-Programms. In: Peter, B. (Hrsg.) *Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson.* Pfeiffer München. *Leben lernen* 58, 1985

- Lenk, W.: Psychotherapeutische Behandlung eines Lipoms im Eigenversuch. *Hypnose und Kognition* 5 (1988) 45–52
- Le Shan, L.: Psychotherapie gegen Krebs. Klett-Cotta Stuttgart 1982
- Leuner, H.: Symbolkonfrontation, ein nicht-interpretierendes Vorgehen in der Psychotherapie. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* 76 (1955) 23–49
- Leuner, H.: *Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens.* Huber Bern-Stuttgart-Toronto 1985
- Leuner, H.: Die Stellung des Katathymen Bilderlebens in psychosomatischer Forschung und Therapie. In: Wilke, E. und H. Leuner (Hrsg.): *Das Katathyme Bilderleben in der Psychosomatischen Medizin.* Huber Bern-Stuttgart-Toronto 1990
- Lyles, J. N. et al.: Efficacy of relaxation training and guided imagery in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy. *J. Consult. Clin. Psychol.* 50 (1982) 509–524
- Mangold, B.: Der Prozeß der Auseinandersetzung mit dem Tod im Spiegelbild der Zeichnungen eines sechsjährigen Bubens. In: Frischenschlager, O. (Hrsg.): *Beiträge zur Psychoonkologie.* Facultas Wien 1986
- Meares, A.: Eine Form intensiver, mit dem Rückgang von Krebs verbundener Meditation. In: *Hypnose und Kognition, Einführungsheft* 1984
- Newton, B.: Hypnose in der Behandlung von Krebspatienten. In: *Hypnose und Kognition, Einführungsheft* 1984
- Rehfish, H. P. et al.: Psychologische Schmerzbehandlung bei Rheuma. Springer Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo-Hong Kong 1989
- Riehl-Emde, A. et al.: Ursachenattribution und Krankheitsbewältigung bei Patientinnen mit Mammakarzinom. *Psychother. med. Psychol.* 39 (1989) 232–238
- Rossmann, S. und G. Bartl: Autogenes Training: Eine tiefenpsychologisch fundierte Methode. *Ärztl. Praxis und Psychother.* 13 (1991) 3–18
- Roth, J. W.: Über die Bedeutung der introspektiven Imagination des Katathymen Bilderlebens, dargestellt am Beispiel des Spannungskopfschmerzes. In: Leuner, H. (Hrsg.): *Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis.* Huber Bern-Stuttgart-Wien 2. Auflage 1983
- Seemann, H.: Aktuelle Trends bei der Schmerzbekämpfung in der Onkologie. In: Verres, R. und M. Hasenbring (Hrsg.): *Psychosoziale Onkologie (Jahrbuch der medizinischen Psychologie 3)* Springer Berlin-Heidelberg-New York-Paris-Tokyo-Hong Kong 1989
- Seithe, A.: Erfahrungen mit dem KB-Motiv der „Guten, freundlichen Gestalt“. In: Bartl, G. und F. Pesendorfer (Hrsg.): *Strukturbildung im therapeutischen Prozeß.* Literas Wien 1989
- Shorr, J. E.: Kategorien des imaginativen Erlebens in der Therapie und ihre klinische Anwendung. In: Singer, J. L. und K. S. Pope (Hrsg.): *Imagina-*

- tive Verfahren in der Psychotherapie. Junfermann Paderborn 1986
- Siefert, H.: Inkubation, Imagination und Kommunikation im antiken Asklepioskult. In: Leuner, H. (Hrsg.): Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis. Huber Bern-Stuttgart-Wien 2. Auflage 1983
- Simonton, C. O. et al.: Psychological intervention in the treatment of cancer. *Psychosomatics* 21 (1980) 226–233
- Simonton, C. O. et al.: Wieder gesund werden. Rowohlt Reinbek 1982
- Simonton, C. O. et al.: Prinzip Mut (A. Bachmann, Hrsg.) Heyne München 1989
- Spiess, K.: Macht und Ohnmacht der Krebspatienten und ihrer Psychotherapeuten. Überlegungen zur Bedeutung der psychogenen Kausalattribution. In: Frischenschlager, O. (Hrsg.): Beiträge zur Psychoonkologie. Facultas Wien 1986
- Sokal, I.: Erfahrungen mit der Maltherapie bei der Behandlung von Krebskranken. In: Frischenschlager, O. (Hrsg.): Beiträge zur Psychoonkologie. Facultas Wien 1986
- Sokal, I.: Bilder der Begegnung. Integratives Malen zur Konfliktbewältigung bei Krebs. In: König, W. (Hrsg.): Beiträge zur Psychoonkologie. Facultas Wien 1990
- Spiegel, D. et al.: Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* (1989) 888–891
- Szonn, G.: Trauerarbeit mit dem Katathymen Bilderleben. In: Leuner, H. (Hrsg.): Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis. Huber Bern-Stuttgart-Wien 2. Auflage 1983
- Uexküll, Th. v. und W. Wesiack: Theorie der Humanmedizin. Urban und Schwarzenberg München-Wien-Baltimore 1988
- Wilke, E.: Die Klinik. In: Wilke, E. und H. Leuner (Hrsg.): Das Katathyme Bilderleben in der Psychosomatischen Medizin. Huber Bern-Stuttgart-Toronto 1990

Müssen Krebspatienten visualisieren?

)

Dipl.-Psych. Matthias Hartmann
 Schillerstraße 21
 D-6112 Groß-Zimmern