

Negativsuggestionen in der Medizin

Ernil Hansen

In seinem beachtenswerten Buch „Die verlorene Kunst des Heilens“ kommt Bernhard Lown (2004), der berühmte amerikanische Kardiologe und Friedensnobelpreisträger, zu dem Schluss: „Worte sind das mächtigste Werkzeug, über das ein Arzt verfügt. Worte können allerdings – wie ein zweischneidiges Schwert – sowohl tief verletzen, als auch heilen“. Negative Auswirkungen von Worten und Verhalten des medizinischen Personals bei der Behandlung von Kranken sind gewöhnlich nicht beabsichtigt, aber dennoch weit verbreitet. Für die Erkennung und Vermeidung von Negativsuggestionen in der Medizin, für ein Verständnis, wie sie zustande kommen und wirken, ist es wichtig, folgendes zu berücksichtigen:

1. Für Patienten stellt die Situation im Krankenhaus, beim Arzt, beim Zahnarzt, vor einer Operation, während einer Operation in Regionalanästhesie, auf einer Intensivstation, im Kreißsaal, und ähnliches für gewöhnlich eine Extremsituation dar. Er ist konfrontiert mit Ängsten und Stress, mit Krankheit, Behinderung und Tod.
2. In solchen, als extrem oder als existentielle Bedrohung erlebten Situationen geht der Mensch in eine natürliche Trance (Cheek, 1962; Rossi, 2007). Sie ist natürlich, weil sie ebenso bei Tieren vorkommt, und jeder Mensch regelmäßig in einem ultradianen Rhythmus oder bei monotonen Tätigkeiten in diesen Zustand gleitet.
3. Trance ist ein besonderer Bewusstseinszustand, bei dem weniger rationales als bildhaftes Verständnis vorherrscht, und der eine besondere Form der Kommunikation verlangt (Peter, 2009).
4. Dieser Trancezustand ist vor allem gekennzeichnet durch fokussierte Aufmerksamkeit, in welcher der Patient alles, was er sieht und hört, begierig aufnimmt und auf sich bezieht, sowie durch eine stark erhöhte Suggestibilität; das heißt, dass Suggestionen leichter und stärker als gewöhnlich psychische und körperliche Ver-

Ernil Hansen, Universität Regensburg

Negativsuggestionen in der Medizin

These: Negativsuggestionen sind im medizinischen Umfeld weit verbreitet. Sie stehen der Wirksamkeit der medizinischen Behandlung entgegen und schaden dem Patienten. Der „gute Wille“ allein kann sie nicht verhindern, nur eine gute therapeutische Beziehung. **Darlegung der These:** Eine medizinische Behandlung stellt für viele Patienten eine Extremsituation dar; die sie in eine natürliche Trance gehen lässt. Diese geht einher mit einer fokussierten Aufmerksamkeit für Signale und Informationen, die er auf sich selbst bezieht, und mit einer erhöhten Suggestibilität. Die hohe Bereitschaft zur Aufnahme und Wirksamkeit von Suggestionen macht die Patienten sehr anfällig für Negativsuggestionen, die in der medizinischen Umgebung allgegenwärtig sind, vorwiegend unbedacht. **Beispiele:** Negativsuggestionen, z.T. bedingt durch den veränderten Bewusstseinszustand, entstehen durch das medizinische System, die Nichtwirksamkeit von Verneinungen und Verkleinerung, die hohe Wirksamkeit von starken Worten und Bildern, negative Erwartungen und Konditionierung (Nocebo-Effekt), verunsichernde Äußerungen, Fehlinformationen, Lügen, Kommunikation auf der falschen Ebene, doppeldeutige Worte, Missverständnisse, den Fachjargon, direkte und indirekte Negativsuggestionen, die medizinische Aufklärung, nonverbale Suggestionen des medizinischen Umfelds, Ängste oder Interessen des Behandlers, verordnete Passivität, fehlenden Beistand und Eigenschutzmechanismen der Besucher. **Folgerungen:** Die Kenntnis und das Erkennen von Negativsuggestionen sind die Grundlage dafür, sie zu vermeiden oder - wenn sie stattgefunden haben - zu neutralisieren. Die erhöhte Suggestibilität kann zum anderen auch für Positivsuggestionen genutzt werden, um eine Verminderung von Angst und Schmerz und eine stärkere Nutzung eigener Ressourcen zu erreichen. Die Vermittlung dieser Möglichkeiten sollte Teil der medizinischen Ausbildung werden.

Schlüsselwörter: Suggestionen, Negativsuggestionen, Kommunikation, Nocebo-Effekt, medizinische Behandlung

Negative suggestions in medicine

Major theme: Negative suggestions are wide spread in the medical setting. They interfere with medical treatment and cause harm to the patient. Good will per se is not enough to avoid them, only a good therapeutic relationship can avoid them. **Development:** A medical treatment poses an extreme situation for many patients driving them into a natural trance state. This is accompanied by a focussed alertness for signals and informations to be referred to himself, and by an increased suggestibility. The high openness for uptake and action of suggestions renders patients prone to negative suggestions ubiquitous in the medical environment, most often inadvertently. **Examples:** Negative suggestions, in part due to the altered consciousness, derive from the medical system, the inefficacy of negations and reductions, the high effectivity of strong words and images, negative expectations and conditioning (nocebo effect), doubtful expressions, misinformations, lies, discrepant levels of communication, ambiguous connotations, misunderstandings, medical lingo, direct and indirect negative suggestions, informed consent, nonverbal suggestions in the medical surroundings, fears and self-interests of the provider, decreed passivity, lack of care and company, and self-protection mechanisms of visitors. **Implications:** Knowledge and recognition of negative suggestions are the basis for their avoidance, or for their neutralization once apparent, respectively. The elevated suggestibility can also be used to place positive suggestions against anxiety and pain and for encouragement and stimulation of patient's own resources. The training of these skills should become part of medical education.

Key words: Suggestions, negative suggestions, communication, nocebo effect, medical treatment

- änderungen auslösen (Hansen & Bejenke, 2010).
5. Das medizinische Milieu ist voller Suggestionen, wobei ungünstigerweise die meisten von ihnen, wenn auch unbedacht, negativ sind (Bejenke, 2001).
 6. Der gute Wille reicht nicht aus. Werden Ursachen und Art von Negativsuggestionen nicht erkannt, so können auch gutgemeinte Äußerungen und Handlungen schaden statt zu nutzen (Lang, 2009).
 7. Die Botschaft und die Wirkung werden wesentlich durch den Empfänger, d.h. die Vorbedingungen, und durch die therapeutische Beziehung bestimmt.

Gründe für Negativsuggestionen sind vielfältig (Tabelle 1). Manche ungünstigen Krankheitsverläufe hängen damit zusammen, *wie* wir Medizin betreiben. So ist häufig eine *therapeutische Eskalation* dem medizinischem System immanent. Bernhard Lown gibt dazu folgendes Beispiel: Ein Mensch geht zu einer Routineuntersuchung, die zu einem Belastungstest führt und schließlich zur Herzkatheteruntersuchung. Es folgen eine Bypass-Operation, die mit einem intraoperativem Herzinfarkt und einem postoperativen Schlaganfall einhergehen, so dass der Patient schließlich mit Halbseitenlähmung, Herzinsuffizienz und Depressionen im Rollstuhl zurückbleibt. Dieser Verlauf war begleitet von Worten wie „um gründlich zu sein“, „ganz schnell“, „harmlose Untersuchung“, „lebensnotwendig“, „Sie könnten sonst jeden Moment sterben!“, „Könnten Sie noch jemals friedlich schlafen, wenn Sie wissen, dass ...?“ Der Autor beurteilt in diesem Fall die durchgeführte Bypass-Operation als nicht indiziert und

Tab. 1: Einige Gründe für Negativsuggestionen

- das medizinische System
- Verneinungen und Verkleinerung wirken nicht
- starke Worte, Bilder wirken
- negative Erwartungen und Konditionierung (Nocebo-Effekt)
- Äußerungen, die Unsicherheit vermitteln
- Fehlinformationen
- Unwahrheiten
- falsche Ebene
- doppeldeutige Worte, Missverständnisse
- Fachjargon
- direkte Negativsuggestionen
- die medizinische Aufklärung
- das medizinische Umfeld, nonverbale Suggestionen
- Ängste des Behandlers
- Interessen des Behandlers
- verordnete Passivität
- fehlender Beistand
- Eigenschutzmechanismen der Besucher

Negativsuggestionen in der Medizin

gibt für den Umgang mit Ärzten den Rat: Je mehr Furcht einflößende Terminologie, je düsterer die Prognose, falls Ratschläge nicht befolgt werden, je erschreckender die Taktiken, die vom Arzt eingesetzt werden, desto weniger sollte man ihm Glauben schenken! Fast immer ist Zeit, um eine zweite Meinung einzuholen (Lown, 2004).

Verneinungen und Verkleinerungen wirken nicht, starke Worte und Bilder schon (Hansen & Bejenke, 2010). So bleiben von den gut gemeinten Aufforderungen „Haben Sie keine Angst!“, „Sie brauchen sich keine Sorgen zu machen!“ oder den Ankündigungen „Das brennt jetzt ein bisschen“, „Das gibt nur einen kleinen Stich“, „Das tut jetzt mal kurz weh“ nur die wirkungsvollen Bilder „Angst“, „Sorgen“, „brennt“, „sticht“, „tut weh“. Dies kann sogar dazu führen, dass das Gegenteil der beabsichtigten Aufforderung eintritt: „Husten Sie jetzt nicht!“ führt regelmäßig zu mindestens einem Räuspern. Und wenn der Chirurg während der Operation sagt, „Das wird jetzt ein bißchen blutig!“, so ist das keineswegs beruhigend.

Allgemein wird angenommen, dass Angst und Schmerz verringert werden, wenn dem Patienten eine schmerzhafte Manipulation vorher angekündigt wird und man sich nach erfolgtem Schmerz mitfühlend äußert. Dass dies nicht zwangsläufig so ist, zeigt eine Studie von Elvira Lang et al. (2000), in der Angst und Schmerz verstärkt wurden, wenn in der Warnung oder mitfühlenden Äußerung negative Worte wie „stechen“, „brennen“, „wehtun“, „schlimm“ oder „Schmerz“ enthalten waren. In einer aktuellen, ähnlichen Studie wurde die Lokalanästhesie vor der Anlage einer Peridural- oder Spinalanästhesie randomisiert angekündigt entweder mit den Worten: „Wir werden Ihnen jetzt eine Lokalanästhesie geben, die den Bereich taub macht, wo wir die Epidural-Spinal-Anästhesie durchführen, damit es für Sie angenehm ist“, oder mit den Worten: „Sie werden jetzt einen Stich und ein Brennen am Rücken spüren, als hätte Sie eine Biene gestochen, das ist der schlimmste Teil der ganzen Prozedur.“ Der empfundene Schmerz lag im zweiten Fall mit einem Wert von 5,2 auf der visuellen Analogskala (VAS) hoch signifikant höher als bei dem ersten Text mit 3,1 Punkten (Varelmann et al., 2010). Die beiden Gruppen, wie in der Veröffentlichung, einfach als Placebo und Nocebo zu bezeichnen, erscheint allerdings ungerechtfertigt, da diese beiden Begriffe eng mit Erwartungsangst und Konditionierung sowie mit ganz bestimmten Versuchsbedingungen verbunden sind. Unter Placebo- und Nocebo-Effekten versteht man günstige bzw. schädliche Wirkungen, obwohl ein wirksames Medikament bzw. eine wirksame Behandlung nicht gegeben wurde (Enck et al., 2008). In der erwähnten Studie wurde dagegen in beiden Gruppen die Behandlung mit Lokalanästhesie durchgeführt und die beobachteten Effekte lassen sich nicht nur durch unterschiedliche Erwartungshaltung erklären, sondern auch als wirksame Positivsuggestionen („geben“, „taub machen“, „angenehm“) bzw. Negativsuggestionen („heftiger Stich“, „brennen“, „von Biene gestochen“, „schlimmster Teil“). Andererseits ist der Mechanismus eines *Nocebo-Effektes* mit Verstärkung von Schmerzen relativ gut untersucht. Bei erhöhter Erwartungsangst nach verbalen Negativsuggestionen kommt es zur Aktivierung spezifischer, schmerzverarbeitender Hirnareale, wie sie in funktioneller Bildgebung darge-

stellt werden können (Benedetti et al., 2007). Auch biochemische Korrelate, z. B. eine Cholezystokinin-vermittelte Hyperalgesie sind bekannt (Keltner et al., 2006). Typische Nocebo-Effekte zeigt eine Studie, in der 34 Studenten die Warnung erhielten, dass ein leichter elektrischer Strom durch den Kopf geleitet würde, der Kopfschmerzen hervorrufen könnte. Zwei Drittel der Probanden bekamen Kopfschmerzen auch ohne Strom, die auch weiter anhielten, nachdem sie darüber aufgeklärt wurden, dass kein Strom appliziert wurde (Cyna & Lang, 2010). Ähnliche Ergebnisse in einer Studie über die Wirkung elektromagnetischer Felder können als starker Hinweis dafür gewertet werden, dass Mobiltelefone nicht verantwortlich für Kopfschmerzen sind: in der Kontrollgruppe traten auch ohne Einschalten des Feldes Kopfschmerzen auf (Stovner et al., 2008).

Äußerungen wie „Probieren wir mal das. Merken Sie schon was?“, „Vielleicht hilft das!“, „Versuche, den Schmerz einfach zu ignorieren“ sind Negativsuggestionen, weil der Ausdruck „Versuchen“ *Verunsicherung* und die Erwartung eines Scheiterns beinhaltet. Mit einem „Versuchen Sie, die Medikamente regelmäßig einzunehmen“ drückt der Arzt aus, dass er nicht erwartet, dass der Patient diese Anordnung befolgen wird.

Manches kommt nicht oder negativ an, weil es auf der *falschen Ebene* angesprochen wird, etwa ein „Entspannen Sie sich halt einfach!“. Gleich einem Vorwurf enthält es die Vorstellung, dass dies ein Willensakt sei, und impliziert daher das eigene Versagen, wenn man es nicht erreicht. „Denken Sie sich einen schönen Traum aus!“ impliziert, das Träumen wäre eine willkürliche Gedankenleistung. Ebenso ist es ein gewaltiger Unterschied, ob der Patient über einen schönen Urlaub „nachdenkt“, also sich etwa an die Reiseroute erinnert und an die Adresse des Hotels, oder ob er ihn innerlich wiedererlebt, nachdem er nach seinem letzten schönen Urlaub gefragt wurde (Hansen & Bejenke, 2010).

Fehlende Informationen oder *Fehlinformationen* können erhebliche Verwirrung und negative Reaktionen auslösen, etwa der Hinweis „Da spüren Sie nichts mehr“ vor einer Lokalanästhesie. Wenn dann zwar der Schmerzreiz genommen ist, der Patient aber eine durchaus mögliche sensorische Empfindung hat, meint der Patient, dass die Spritze bei ihm nicht wirke und interpretiert die Sensation eventuell als Schmerz. Verheerend auf die Glaubwürdigkeit und den Kontakt zwischen medizinischem Personal und dem Patienten wirken sich *Unwahrheiten* aus, wie „Das tut gar nicht weh!“ oder „Das ist gleich vorbei“. Das Vertrauensverhältnis ist schnell gestört, wenn Lügen auffliegen, etwa „Es ist alles bestens!“ (Jacobs, 1991).

Zahlreich sind in der Medizin die Möglichkeit zu *Missverständnissen*, zum Teil durch doppeldeutige Worte, wie etwa „Jetzt schläfern wir Sie ein“ oder „Gleich ist alles vorbei“ während einer Narkoseeinleitung. Eine Vorbereitung kann, angekündigt als „Dann machen wir Sie jetzt fertig!“, leicht falsch verstanden werden. Ein Patient liegt nach einer Operation eventuell deswegen unbeweglich und steif, weil man ihm gesagt hat „Wenn Sie erbrechen müssen, können Sie sich ja wieder rühren“. Viele

Negativsuggestionen in der Medizin

Missverständnisse treten auf, weil der Patient etwas auf sich bezieht, was gar nicht für ihn gedacht war, etwa wenn das Personal über einen Fußballverein urteilt: „Der wird es wieder nicht schaffen!“ Ein Assistent kommt verspätet in den Operationssaal, weil er nicht richtig verständigt wurde, und ruft, um sich zu entschuldigen: „Da ist etwas schiefgelaufen!“ Auch Gelächter ist oft unpassend, weil der Patient glaubt, er sei gemeint. Ein eindrucksvolles Beispiel für ein Missverständnis, aber auch dafür, wie Patienten in diesem Zustand dazu neigen, sehr aufmerksam zuzuhören und alles auf sich zu beziehen, ereignete sich nach der Extubation einer jungen Patientin, als der Anästhesist sich von ihr abwandte und zur Operationsschwester sagte: „Diesen Tubus nicht wegwerfen, geben Sie ihn zum Sterilisieren.“ Da richtete sich die Patientin mit angstweiten Augen auf dem OP-Tisch auf und rief: „Nicht sterilisieren! Nicht sterilisieren!“ Günstig ist, wenn ein solches Missverständnis geäußert wird und damit ausgeräumt werden kann (Hansen & Bejenke, 2010).

Ähnlich verwirrend und bedrückend, weil unverständlich, ist der medizinische *Fachjargon*. „Wir verkabeln Sie jetzt“ soll das Anschließen an Überwachungsgeräte ausdrücken. Beunruhigend ist es, wenn die Anästhesieschwester kurz vor der Narkoseeinleitung dem Arzt noch sagt, „Ich hol noch was aus dem Giftschränk, dann können wir anfangen“, wobei mit „Giftschrank“ der Safe für die Betäubungsmittel gemeint ist. Ein Anästhesist kann bei der Narkoseausleitung mit einem „Verkleinern Sie mal den Totraum!“ das Verkürzen des Beatmungsschlauches meinen. Oft wird Patienten eine Kernspintomografie erklärt mit „Da schneiden wir Sie in ganz viele dünne Scheiben und dann ...“, bzw. „Und Schuss!“, wenn ein Röntgenbild angefertigt wird. Auf der Intensivstation meint ein „Wir hängen Sie jetzt an die künstliche Nase“ eine Atemhilfe über eine Nasenmaske. Ein Patient wird oft für eine Bestrahlungstherapie zu einem Bestrahlungsraum im Keller gebracht, begleitet mit einem „Ich bringe Sie jetzt in den Strahlenbunker“. Der Zahnarzt, der sagt „Wir legen Sie unter den Kofferdamm“ meint damit die Gummiabdeckung eines Zahnes. „Gib mal den Turbo-Bohrer her“ ist für die Zahnarzhelferin eine klare Anweisung, für den Patienten beängstigend. Bernhard Lown (2004) erzählt das Beispiel, bei der eine Patientin nach einer Visite sehr ängstlich und verstört ist. „Was ist passiert?“, fragt der Stationsarzt. „Doktor Levine hat gesagt, dass ich TS habe.“ „Was bedeutet Ihrer Ansicht nach TS?“ „Terminale Situation.“ „Nein, Trikuspidalklappen-Stenose.“ Der Zustand der Patientin verschlechtert sich in der Folge und sie stirbt im Lungenödem, ganz untypisch für eine TS. In einem anderen Beispiel erholt sich ein Patient gut von einem Herzinfarkt, dann entwickelt er jedoch eine Tachykardie und eine beginnende Herzinsuffizienz. Der Stationsarzt fragt ihn: „Was ist passiert? Weshalb sind Sie so deprimiert?“ Er antwortet: „Jeder wäre das, wenn ihm so etwas passiert wie mir heute morgen. Der Assistenzarzt erzählte mir, dass ich einen Herzinfarkt erlitten habe, der Stationsarzt sprach von einem frischen Myokardinfarkt, der Oberarzt eröffnete mir, dass eine Koronararterienthrombose vorläge, der diensthabende Arzt wies mich darauf hin, dass ich eine ischämische Attacke erlitten hätte. Wie in Gottes Namen kann jemand überleben, wenn so

vieles mit seinem Herzen nicht in Ordnung ist! Schlimmer noch! Als ich die Schwester fragte, was eigentlich mit mir los sei, sagte sie mir, dass ich lieber nicht fragen solle.“ Die unterschiedlichen Bezeichnungen für ein und dasselbe Ereignis hatte der Patient alle aufeinander gehäuft (Lown, 2004).

Doch auch ganz geläufige Bezeichnungen können von Ärzten und Patienten unterschiedlich verstanden werden: Ein Frau geht wegen einer Schwellung im Augenwinkel zu einem Augenarzt, der die medizinisch und lateinisch korrekte Diagnose „Tumor“ stellt und für eine operative Entfernung in der Aufklärung auf die Gefahr der Bulbusschädigung, d.h. Verletzung bis Verlust des Augapfels hinweist, wie es auch für extrem seltene aber eingriffstypische Risiken vorgeschrieben ist. Die Patientin wendet sich danach an einen HNO-Arzt, der die Diagnose bestätigt und - wiederum korrekt und wie vorgeschrieben - auf die Gefahr einer Verletzung des Gehirns aufklärt. Die Patientin interpretiert die Diagnose „Tumor“ als bösartige Erkrankung und die Aufklärung der Ärzte als Ablehnung der Operationsoption, und wendet sich an einen Hypnotherapeuten zur Behandlung ihres Tumors. Dabei bezeichnet das lateinische Wort „tumor“ in der Medizin lediglich „eine umschriebene Schwellung von Körpergewebe“, die traumatisch durch Weichteilschwellung oder Bluterguss, entzündlich oder durch gutartige oder bösartige Gewebeneubildung entstehen kann. In diesem Falle handelte es sich um eine Thrombose der Vena angularis (im Augenwinkel), die sich in typischer Weise spontan zurückbildete. Eine Interpretation als „Tumorheilung durch Hypnose“ könnte die ganze Methode Hypnotherapie in Miskredit bringen, während das psychische Problem der Patientin, nämlich auf eine „normale“ Diagnosestellung und medizinische Aufklärung völlig überzogen zu reagieren, unerkannt und unbehandelt bliebe.

Es gibt aber auch viele *direkte und indirekte Negativsuggestionen* in der Medizin: „Sie sind ein Risikopatient“, „Das tut schon immer richtig weh!“, „Sie könnten jederzeit einen Herzinfarkt oder Schlimmeres erleiden“, „Das wirkt totsicher!“, „Jetzt wird's ernst!“, oder „Damit Sie das aushalten, müssen wir“. Sehr suggestiv ist nach einer Operation die Frage im Aufwachraum: „Ist Ihnen übel? Ist Ihnen wirklich nicht übel!“ - besonders wenn gleichzeitig noch eine Spuckschale angeboten wird (Hansen & Bejenke, 2010). Die Frage, ob ein Zahn erhalten werden könne oder gezogen werden müsse, beantwortete ein Zahnarzt mit: „Ich hab es schon immer gern, wenn das Blut spritzt!“ Ein Vater behielt recht, als er zu seinem Jungen, der sich für eine intravenöse anstelle einer inhalativen Narkoseeinleitung entschieden hatte, sagte: „Hauptsache, Dir ist klar, dass Du nach der Operation kotzen wirst“ (Cyna & Lang, 2010). Besonders in Notfallsituationen werden unbedacht oft starke Negativsuggestionen gesetzt, wie z.B. „Das sieht ja furchtbar aus“, „Der wird es wohl nicht mehr lange machen!“, „Um Gottes Willen, der stirbt, wenn er nicht hier weg kommt!“ oder „Hoffentlich schaffen wir es noch bis ins Krankenhaus!“ (Hansen et al., 2010). Besonders wenn Negativsuggestionen vom Chirurgen als Autoritätsperson kommen, sind sie durch eine Krankenschwester oder den Anästhesisten oft nur sehr schwer wieder aus-

Negativsuggestionen in der Medizin

zugleichen: „Das wird hinterher höllisch wehtun, aber ...!“ (Cyna & Lang, 2010; Faymonville et al., 2010). Besonders der Gebrauch negativ besetzter Wörter, die starke Bilder induzieren, verstärkt Angst und Schmerz (Lang et al., 2005; Hansen & Bejenke, 2010). Als ein Patient gerade aus einer Narkose erwachen soll, unterhalten sich zwei Pflegekräfte angeregt über „Fliegerbomben“. Oft sind es stark negative Worte, die verwendet werden. Statt „Melden Sie sich wieder bei mir, wenn Sie Schmerzen haben“, könnte ein Hausarzt auch sagen: „Ich bin immer für Sie da. Melden Sie sich mal wieder.“ Oft werden eine ganze Reihe stark negativer Worte zusammengebündelt: „Sie müssen mit Blutungen, Schmerzen und Schwellungen rechnen.“ Gerade die *medizinische Aufklärung*, die juristisch auch für äußerst unwahrscheinliche aber behandlungstypische Komplikationen vorgeschrieben ist, stellt eine reichhaltige Quelle für Negativsuggestionen dar. Sie treffen auf einen Patienten oft am Vorabend einer Behandlung, zu der er sich gerade durchringen musste, nachdem er sich der existenziellen Bedrohung durch Krankheit und Tod gegenübersteht. Typischerweise haben bei einer Narkoseaufklärung z. B. Ereignisse wie Tod, Koma, Querschnittslähmung, Herzinfarkt, Lungenembolie, Blutung, Wundinfektion, Narbenbildung, Herzkreislaufstillstand, Arrhythmie, Wundheilungsstörung und postoperative Blindheit zur Sprache zu kommen. Bernhard Lown (2004) berichtet von einem Patienten, der, angeschlossen an einen Überwachungsmonitor, während des Aufklärungsgesprächs für eine Herzschrittmacheranlage einen Herzstillstand erlitt.

Das Problem von Negativsuggestionen wird auch durch das Phänomen der *intraoperativen Wachheit* beleuchtet (Osborne et al., 2006). Darunter versteht man die bewusste (explizite) Erinnerung oder die unbewusste (implizite) Erinnerung an Geschehnisse oder Gespräche während einer Operation unter Allgemeinanästhesie, die in einer Inzidenz von 0,2 Prozent auch bei ausreichender Narkosetiefe vorkommt (ASA, 2006). Sie führt in einem hohem Prozentsatz zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) mit schwerwiegenden und zum Teil schwer therapierbaren Symptomen. David Cheek (1959, 1966) war der erste, der nach Befragungen seiner Patientinnen in Hypnose auf diese Narkosekomplikation hinwies und zeigte, dass gerade die unbewusste Erinnerung, das heißt, wenn das traumatische Erlebnis nicht verarbeitet werden konnte, zu erheblichen Folgeerscheinungen wie Unfruchtbarkeit oder Menstruationsschwierigkeiten führen kann. Beachtenswert, wenn auch aus ethischen Gründen nicht wiederholbar, sind Experimente, die Levinson (1965) in den sechziger Jahren durchführte. Bei 10 Patienten unter Allgemeinanästhesie, deren Narkosetiefe EEG-kontrolliert wurde, wurde intraoperativ ein Hypoxie-Alarm simuliert: „Der hat ja blaue Lippen! Es gibt Beatmungsschwierigkeiten.“ Postoperativ wiederholten vier der Patienten in Hypnose die Worte richtig, weitere vier zeigten eine Angstreaktion bis hin zum Abbruch der Trance. In einem weiteren Fallbericht beschreibt Levinson, dass der intraoperativ geäußerte Krebsverdacht zu erheblichen postoperativen Störungen führte. Wenn also sogar unter Narkose Negativsuggestionen derartige Wirkungen haben, um wie viel mehr beim wachen, uneingeschränkt aufnahmefähigen Patienten.

Neben Worten sind es *nonverbale Signale*, die als *Negativsuggestionen* wirken können. So ist der Anästhesist oder der Zahnarzt, der von hinten an den Patienten herantritt und, mit Mundschutz verhüllt, sich über ihn neigt, ein beängstigendes Bild (Abbildung 1a). Dabei ist die biologisch verankerte Gesicht-Erkennung gestört: Die Augenbrauen wirken wie dunkle Ringe unter den Augen und der Versuch, eine Nase und einen Mund zu erkennen, schlägt fehl. In einer Situation, in der z. B. gerade die häufigste Narkosenebenwirkung, nämlich Übelkeit und Erbrechen, vermieden werden soll, kann dieses Überkopfschauen ein Schwindelgefühl auslösen. Nicht minder beängstigend kann der Blick in das Angesicht eines Zahnarztes mit Lupenbrille sein (Abbildung 2). Zumindest der erste Kontakt mit dem Patienten sollte im Gegenüber und mit unverhülltem Gesicht stattfinden (Abbildung 1b). Aber auch der Decke des Behandlungszimmers ist Beachtung zu schenken, da der Patient oft, etwa bei Narkoseeinleitung, im Zahnarztstuhl oder auf Intensivstation, weniger die geschmackvollen Bilder



Abb. 1a: Sicht des Patienten im Zahnarztstuhl als *Negativsuggestion*



Abb. 1b: Sicht des Patienten im Zahnarztstuhl als *Positivsuggestion*

Negativsuggestionen in der Medizin



Abb. 2: Begegnung mit dem Zahnarzt



Abb. 3: Sicht des Patienten auf Intensivstation



Abb. 4: Suchbild: Negativsuggestion während Wachkraniotomie

an den Wänden als vielmehr die Decke zu sehen bekommt (Abbildung 3). Diese kann durch Lampen, Lüftungsschächte und Geräte, aber auch abbröckelnde Farbe sehr ernüchternd und technisch wirken. Ein Patient antwortete nach einer Operation im Aufwachraum auf die Frage „Wo sind Sie hier?“, mit der seine Orientierungsfähigkeit getestet werden sollte: „In der Tiefgarage.“ Es ist daher wichtig, dass sich das medizinische Personal entsprechend in den Behandlungsräumen umsieht und sich fragt, was der Patient zu sehen bekommt und wie er es wohl empfindet. Manchmal entdeckt man solche Negativsuggestionen erst nach längerem und wiederholtem aufmerksamen Suchen, wie z. B. in Abbildung 4. Dort läuft bei einer Wachkraniotomie der Absaugschlauch unnötigerweise am Ohr und vor den Augen des Patienten vorbei, so dass er abgesaugtes Blut zu hören und sehen bekommt.

Ein eindrucksvolles Beispiel für die nonverbale Negativsuggestion der medizinischen Umgebung ergab sich bei einer anderen Wachkraniotomie: Ein Patient hatte über mehrere Stunden die Operation seines Gehirntumors in der Nähe der Sprechregion unter kranialer Leitungsanästhesie, Begleitung und Kommunikation, d.h. ohne weitere Medikamente, gut überstanden, bis er gegen Ende der Operation eine sich langsam entwickelnde vasovagale Reaktion mit einem Blutdruckabfall auf 70/30

Negativsuggestionen in der Medizin

mmHg und einem Pulsabfall auf 32 Schläge/min. entwickelte. Er gab keine Schmerzen an. Was war geschehen? Die Operationsmikroskopie war beendet, das Saallicht wieder angeschaltet, der Psychoneurologe, der die Sprechtestung durchgeführt hatte, verabschiedete sich, der Patient öffnete die Augen und sah sich um. Er erblickte einen Monitor, auf dem er zusehen konnte, wie gerade seine Dura (harte Hirnhaut) zugenäht wurde. Der Operateur ließ dem Patienten eine Niete zeigen, mit der er demnächst den Schädeldeckel wieder befestigen werde, und der Patient begann zu scherzen. Und dann zeigte er diese starke HerzKreislaufreaktion und wurde kaltschweißig. Alles, was er benötigte, um seine Stabilität wieder zu erlangen, war die Aufforderung, doch die Augen wieder zu schließen und wieder an seinen "Safe place" zu gehen, wo er innerlich die ganze Zeit gewesen war, nämlich in einem Wald (Faymonville et al., 2010). Die Wirkung nonverbaler Suggestionen wird auch durch die Ergebnisse einer Studie belegt, in der Patienten nach einer Gallenblasen-Operation einen geringeren Analgetika-Bedarf, eine schnellere Erholung, eine raschere Wundheilung, und einen kürzeren Krankenhausaufenthalt hatten, wenn sie von ihrem Krankenzimmer aus einen Blick auf einen Wald statt auf einen Parkplatz hatten (Lown, 2004).

Eine starke nonverbale Negativsuggestion ist *fehlender Beistand*. Ein Patient schrieb nach seiner Operation auf einen postoperativen Erhebungsbogen: „Ich habe mich wie eine Nummer gefühlt. Als ich aufgewacht war, war ich in einem kalten, fremden Raum mit komischen Geräten und ich war irgendwie alleine. Die Person, die auf mich aufpassen musste, beachtete mich irgendwie kaum.“ Dass derselbe Patient die Frage „Waren Sie insgesamt mit der Anästhesie zufrieden?“ mit „Ja“ beantwortete, deutet vielleicht darauf hin, wie wenig man als Patient erwartet. In einem Buch über ihre Erfahrungen während ihrer Wachkraniotomie zur tiefen Hirnstimulation berichtet eine Parkinson-Patientin (Tremel-Lenz, 2004): „Mein Schädel wurde lokal anästhesiert und alles operative Geschehen um mich herum, das Absaugen meines Blutes im Gehirn, das Klirren des OP-Besteckes, der Ruf "Tupfer, schnell", die nervliche Anspannung der Operateure und Schwestern und ihre Reden und ihr Schweigen - alles nahm ich mit wachem Empfinden wahr. Und wieder dreht dieser unbarmherzige Bohrer, der so laut und so vibrierend meinen Kopf und meinen gesamten Körper zum Zittern brachte, in meine Schädeldecke. Ab und zu nahm jemand meine Hand und streichelte sie zu fest oder hilflos, wie mir schien. Ich war absolut allein. In dieser beklemmenden Hektik meines Umfeldes fühlte ich keinen Menschen bei mir. Was passiert mit mir? Was tun sie in meinem Kopf? Ich trudelte in Angst und Hilflosigkeit ...“ Zentral ist dabei die Aussage: „Ich war absolut allein.“ Wie bei vielen anderen Regionalanästhesie-Verfahren ist das leider weit verbreiteter klinischer Alltag: Die Regionalanästhesie "sitzt", der Operateur unterhält sich mit seinem Assistenten, der Anästhesist mit seiner Pflegekraft und der Patient fühlt sich „wie links liegen gelassen“, wie in einer Nachuntersuchung orthopädischer Patienten mehrfach geäußert wurde. Die wissenschaftlichen Zeitschriften und Lehrbücher über Regionalanästhesie berichten darüber, wie viel von welchem Lokalanästhetikum an welche Stelle injiziert

wird, welche Überwachungsmaßnahmen angezeigt sind, mit welchen Nebenwirkungen evtl. zu rechnen ist und dass bei Bedarf eine Analgosedierung erfolgen kann. Davon, mit dem Patienten zu sprechen, ist nicht die Rede. Das Gefühl des Alleinseins wird durch kein Analgetikum oder Sedativum beseitigt. Der geschilderte unbeholfene Beistand durch ein Handhalten, den die Patientin dann doch erfuhr, wurde ihr übrigens durch einen unbeteiligten Gast im OP, einen Firmenvertreter, zuteil.

Welche große Bedeutung es für den Patienten hat, sich nicht allein und ausgeliefert zu fühlen und entsprechenden Beistand zu erfahren, zeigt die Tatsache, dass wir am Universitätsklinikum Regensburg inzwischen über 70 Patienten durch eine Wachkraniotomie (zur Hirntumor-Entfernung oder Hirnschrittmacher-Implantation) mit nur minimalen Dosen von Regionalanästhetika bzw. keinen weiteren Medikamenten "begleitet" haben. Wie groß die Not des Patienten sein kann, zeigen auf der anderen Seite die positiven Wirkungen einer einfachen Begleitung in Form von Händehalten bzw. einer Hand auf der Schulter. Nach einer Wachkraniotomie schrieb ein Patient an eine junge Anästhesie-Assistentin in ihrer ersten Woche als Ärztin: „Ich habe durch Ihre Hände so viel Kraft bekommen, dass ich gar nicht weiß, ob oder wie ich das wieder gut machen kann. Es ist mir auch wie ein Wunder, dass so ein Kraftfluss entstehen kann, bei zwei Menschen, die sich nicht kennen ... Ich habe eine nachhaltige, fast freundschaftliche Kommunikation gespürt, die mich jederzeit hat wissen lassen, mit wie viel Entschiedenheit, Einsatz und Einfühlung Sie diesen Weg mit mir gegangen sind. Sie ahnen nicht, wie groß Ihr Anteil für mein Bestehen der Operation war!“

Nur durch die Ängste der Behandler ist zu verstehen, dass sich z. B. für die Wachkraniotomie als Standard die sogenannte Schlaf-Wach-Schlaf-Technik durchgesetzt hat, bei der der Patient immer wieder aus der Narkose oder Analgosedierung für eine Testphase aufgeweckt wird (Schulz et al., 2007). Diese Medikamentengabe geht immer wieder mit einer Herzkreislaufreaktion und Atemdepression einher, die den Patienten an den Rand einer Hypoxie führt. Eine vorgeschlagene Möglichkeit ist deswegen die nasale Intubation und bei Narkose-Beendigung das Zurückziehen des Tubus nur bis kurz vor die Stimmritze, damit er bei Atemstörung jederzeit wieder in die Luft-röhre vorgeschoben werden kann. Dies geht regelmäßig mit Würge- und Hustenreiz sowie Atemnot beim wachen Patienten einher. Unsere eigenen positiven Erfahrungen mit Wachkraniotomien unter Regionalanästhesie, Begleitung und Kommunikation zeigen, dass diese belastenden Maßnahmen für den Patienten gar nicht notwendig sind. Mit den heute verfügbaren, rasch und kurz wirksamen Medikamenten ist der Anästhesist gewöhnlich schnell mit einer medikamentösen "Lösung" bei der Hand. Die Indikation ergibt sich dann meist mehr aus den Vorstellungen und den Befürchtungen des Anästhesisten als aus dem wirklichen Bedarf des Patienten. Schon die Ankündigung des OP-Schnitts oder wenn der Patient die Stirn runzelt, ist dann Grund genug, „zum Schutz des Patienten“ die medikamentösen Möglichkeiten mit all ihren Nebenwirkungen auszuspielen.

Auch *eigene Interessen* und *eigene Einstellungen*, die den Behandler zu Äußerun-

Negativsuggestionen in der Medizin

gen veranlassen, können sich negativ auf den Patienten auswirken. So beschreibt obengenannte Parkinson-Patientin in ihrem Buch (Tremel-Lenz, 2004): „Noch im Mai 2001 hatte Prof. O. mir von einer tiefen Hirnstimulation derzeit abgeraten: Das Fernsehen zeigt die bestbehandelten Patienten und nicht die vielen Patienten, die kaum noch sprechen können. Im Januar 2003 empfahl mir Prof. O., an die Neurochirurgie nach K. zu gehen, weil diese Klinik die größte Erfahrung hätte. Mein schlechtes Befinden indiziere jetzt eine THS-Operation.“ Die vormals geäußerte negative Aussage ließ sich natürlich nicht mehr rückgängig machen. Ähnlich verhält es sich mit Kritik an Kollegen, wie sie Bernhard Lown (2004) beschreibt: „Ich bin sehr überrascht, dass Dr. X Ihnen dieses Medikament verschrieben hat. Für Sie ist das das reine Gift. Eher früher als später würden Sie damit eine größere Komplikation erleiden.“ Auch unbewusst wird ein Behandler seine Einstellung, Ängste und Erwartungen, v.a. seinen Pessimismus, dem Patienten durch Suggestionen übermitteln. Deshalb riet David Cheek (1995) Ärzten, die nicht mehr an einen Heilerfolg glauben, den Patienten an einen Kollegen abzugeben. „Falls alles gut geht, sind Sie in einer Woche wieder zuhause“, drückt aus, dass der Behandler mit Komplikationen rechnet.

Es ist heute weitverbreitete Gepflogenheit, dass der Patient durch eine übermächtige Medizin in eine Anonymität und *verordnete Passivität* gedrängt wird: „Machen Sie sich keine Sorgen, wir haben das schon tausendmal gemacht. Tun Sie einfach, was man Ihnen sagt!“ Dabei fühlt sich der Patient nicht nur ausgeliefert, wie eine Nummer behandelt und zu einem Objekt degradiert, man vergibt auch den großen Erfahrungsschatz an Coping-Strategien, mit Schmerz, Stress und Belastungen umzugehen, den der Patient im Laufe seines Lebens erworben hat. Dabei sind diese individuellen Lösungen meist für dieses Individuum optimiert und optimal.

Ein junger Lehrer kam schlotternd und jammernd zur Narkoseeinleitung. Das Jammern zuzulassen und als sehr geeignete Möglichkeit des Stressausdrucks und der Stressbewältigung zu bezeichnen, war für den Patienten eine große Erleichterung. Typisch wäre jedoch gewesen, es ihm auszureden und medikamentös zu unterbinden. Eine Entindividualisierung ist die Schattenseite der Standardisierung in der Medizin. Viel und Wesentliches ist hier von der Hypnotherapie zu lernen: Der Aufbau eines Rapports, die Beobachtung des Patienten und seiner Reaktionen, die Aktivierung und Nutzung der patienteneigenen Ressourcen.

Nun ist es keineswegs nur das medizinische Personal, das negativ auf Patienten einwirkt. Auch Unbeteiligte wie Mitpatienten oder der Hausmeister, der am Eingang zu einer Zahnarztpraxis sagt, „Oh Gott, Sie Ärmster!“, leisten ihren Beitrag. Und eine große Wirkung haben vor allem Personen, die dem Patienten besonders nahe stehen, nämlich Verwandte und Freunde, „*good willers*“ wie sie die Autoren eines Artikels im *Journal of Medical Ethics* nennen, in dem sie ihre eigenen Erfahrungen als Patienten schildern (Savulescu et al., 2006). Der eine von ihnen hatte sich bei einem Skiunfall eine komplizierte Fraktur des Beines zugezogen. Er bekam zu hören: „Das war deine eigene Schuld. Du hättest es nicht wieder übertreiben sollen!“, „Du sollst froh sein,

dass du das Bein nicht verloren hast“, „Du musst dich jetzt damit abfinden“, „Es gibt eine Menge Dinge, die du immer noch machen kannst.“ Ein anderer der Autoren musste sich bei malignem Lymphom einer Chemotherapie und einer Knochenmarkstransplantation unterziehen. Bei der Knochenmarksbiopsie sagte der Arzt: „Das tut gar nicht weh.“ Die Reaktion der Mutter auf die Diagnose Lymphom war: „Wie kannst du mir das antun!“ Nach der Chemotherapie blass und kahl besuchte ihn ein Freund und begrüßt ihn mit den Worten: „Gut schaust du aus!“ Eine Sepsis nach Streptokokken-Infektion bei einem Auslandsaufenthalt wurde kommentiert mit: „Wenn Du in solche Länder fährst, dann ...“ Beim Tod einer nach Meningitis behinderten Tochter hieß es: „Ein behindertes Kind kann eine wundervolle Erfahrung sein“ und „Zumindest hast du noch eine zweite Tochter“. Als Patienten empfanden die Autoren diese Äußerungen von Angehörigen und Freunden als bedrückend und furchtbar. Sie versuchten, die Beweggründe für solche Negativsuggestionen von Menschen, die uns doch nur Gutes wollen, zu analysieren. Dabei kamen sie zu der Einsicht, dass wir meinen, vor der eigenen Gefahr befreit zu sein, wenn wir einen Grund für das Unglück oder die Krankheit finden, der unsere Überzeugung stützt, dass dieses Leid uns nicht befallen kann. Wenn man dem Angehörigen oder Freund mit Herzinfarkt sagt, „Da hast du sicher wieder zuviel gearbeitet“ oder „Ich hab dir ja gesagt, hör auf mit dem Rauchen“, kann man sich selbst in Sicherheit wiegen, weil man selbst ja nicht raucht oder nicht zu viel arbeitet. Die Aussage „Gut schaust du aus!“ an den Patienten nach Chemotherapie schneidet ein weiteres Gespräch über dessen Krankheit und Zustand ab, denn er wird nicht antworten: „Es geht mir aber bescheiden.“ Diesen Selbstschutz zu Ungunsten einer mitleidvollen Anteilnahme bezeichnen die Autoren als unethisch und sie meinen, wir sollten diesem Zwang nicht nachgeben, uns zu entlasten. Weil uns Mitleid „mit leiden“ lässt, versuchen wir unbewusst, abzuwehren oder zu entfliehen, z. B. indem wir den Leidenden zwingen, glücklicher zu sein. Ein „Es geht dir schon besser, nicht wahr?!“ distanziert, verringert die Notwendigkeit zur Hilfe und vermeidet Verantwortung. „Kann ich etwas für dich tun?“ lädt ein zu der Entlastung durch ein „Nein, danke, es geht schon“. Besser wäre: „Ich fahre anschließend zum Einkaufen, kann ich dir etwas besorgen?“ Als positiv werteten die Autoren als Patienten Aussagen wie „Das ist ja furchtbar, da hattest du wirklich Pech!“, „Nur wenige hätten das so gut verkraftet wie Du“, „Du hattest offensichtlich beste medizinische Versorgung“ und vor allem: „Was kann ich für dich tun?“ Hilfreich war, dass dem Patienten mit dem gebrochenem Bein ein Freund seinen Wagen mit Automatikgetriebe anbot. Ein Kollege, der für seinen Mangel an jeglicher Empathie bekannt war, brachte Bücher und ein Schachspiel. Er verbrachte viele Stunden Schach spielend mit dem Patienten (Savulescu et al., 2006).

So ist in der Medizin Wachsamkeit gefordert, Negativsuggestionen zu erkennen und zu vermeiden. Sind sie eingetreten, sollte man versuchen, sie zu neutralisieren. Die therapeutische Beziehung bzw. ihr Fehlen ist für die Auswirkungen ganz entscheidend. Bei alledem ist zu berücksichtigen, dass die geschilderte natürlich Trance des

Negativsuggestionen in der Medizin

Patienten, die zu den Negativsuggestionen und ihren Wirkungen beiträgt, mit ihrer erhöhten Aufmerksamkeit und Suggestibilität ebenso genutzt werden kann, um dem Patienten durch *Positivsuggestionen* zu helfen (Hansen & Bejenke, 2010; Hansen et al., 2010).

Fazit

- Patienten sind besonders empfänglich für Suggestionen.
- Das medizinische Umfeld ist voller Negativsuggestionen.
- Diese Negativsuggestionen haben klinisch relevante Auswirkungen auf den Patienten.
- Der gute Wille allein schützt nicht vor Traumatisierungen.
- Erfahrungen mit Hypnose und Suggestionen sind hilfreich, um Negativsuggestionen zu erkennen, zu vermeiden und zu neutralisieren.
- Ein sorgfältigerer Umgang mit Patienten kann Leid verringern und vermeiden.

Diese Erkenntnisse sollten in die medizinische Ausbildung Eingang finden. Nach einem Vortrag vor Zahnärzten mit ihrem Praxisteam bat ich einmal darum, mir eine Liste mit Negativsuggestionen „aus der Praxis“ zu senden, möglichst jeweils zusammen mit einem Vorschlag, wie man es besser sagen könnte. Ich erhielt entsprechende Listen – und in manchen Praxen hält die Unterhaltung über „Das klang jetzt aber nicht gut“ und das gemeinsame Ringen um bessere Formulierungen „Wie könnten wir das anders ausdrücken?“ bis heute an. In diesem Sinne möchte ich den Leser bitten, mir doch eigene Beispiele von Negativsuggestionen aus dem klinischen Alltag oder dem eigenen Erleben als Patient zusammen mit Verbesserungsvorschlägen zukommen zu lassen (ernil.hansen@klinik.uni-regensburg.de). Danke.

Literatur

- ASA task force on intraoperative awareness (2006). Practice advisory for intraoperative awareness and brain function monitoring. *Anesthesiology*, 104, 847-864.
- Benedetti, F., Lanotte, M., Lopiano, L., & Colloca, L. (2007). When words are painful: Unraveling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience*, 147, 260-271.
- Bejenke, C. J. (2001). Vorbereitung von Patienten bei medizinischen Eingriffen. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin* (S. 596-604). Berlin: Springer.
- Cheek, D. B. (1959). Unconscious perception of meaningful sounds during surgical anesthesia as revealed under hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1, 101-103.
- Cheek D. B. (1962). Importance of recognizing that surgical patients behave as though hypnotized. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 4, 227-231
- Cheek, D. B. (1966). Surgical memory and reaction to careless conversation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8, 275-280.
- Cheek, D. B. (1995). *Hypnosis. The application of ideomotor techniques*. Boston: Allyn & Bacon.
- Cyna, A. M. & Lang E. V. (2010). How words hurt. In M. C. Alan, M. I. Andrew, S. G. M. Tan, & A. F. Smith (Eds.), *Handbook of communication in anaesthesia and critical care* (pp. 30-37). Oxford: Oxford University Press.
- Enck, P., Benedetti, F., & Schedlowski, M. (2008). New insights into the placebo and nocebo responses.

- Neuron, 59, 195-206.
- Faymonville, M.-E., Bejenke, C. J., & Hansen, E. (2010). Hypnotic techniques. In M. C. Alan, M. I. Andrew, S. G. M. Tan, & A. F. Smith (Eds.), *Handbook of communication in anaesthesia and critical care* (pp. 249-261). Oxford: Oxford University Press.
- Hansen, E. & Bejenke, C. (2010). Negative und positive Suggestionen in der Anästhesie – Ein Beitrag zu einer verbesserten Kommunikation mit ängstlichen Patienten bei Operationen. *Der Anaesthesist*, 59, 199–209.
- Hansen, E., Zimmermann, M., & Dünzl, G. (2010). Hypnotische Kommunikation mit Notfallpatienten. *Notfall und Rettungsmedizin*, 13, 314-321.
- Jacobs, D. T. (1991). *Patient communication for first responders and EMS personnel*. Englewood Cliffs: Brady.
- Keltner, J. R., Furst, A., Fan, C., Redfern, R., Inglis, B., et al. (2006). Isolating the modulatory effect of expectation on pain transmission: A functional magnetic resonance imaging study. *Journal of Neuroscience*, 26, 4437-4443.
- Lang, E.V. (2009). Avoiding negative suggestions (pp. 56-63). In E.V. Lang & E. Laser (Eds.). *Patient sedation without medication*. Oxford: Trafford.
- Lang, E. V., Benotsch, E. G., Fick, L. J., Lutgendorf, S., Berbaum, M. L., et al. (2000). Adjunctive nonpharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet*, 355, 1486-1490.
- Lang, E. V., Hatsiopoulou, O., Koch, T., Lutgendorf, S., Kettenmann, E., Logan, H., & Kaptchuk, T. J. (2005). Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive medical procedures. *Pain*, 114, 303-309.
- Levinson, B.W. (1965). States of awareness during general anaesthesia. Preliminary communication. *British Journal of Anaesthesia*, 37, 544-546.
- Lown, B. (2004). *Die verlorene Kunst des Heilens*. Stuttgart: Schattauer
- Osborne, G. A., Bacon, A. K., Runciman, W. B., & Helps, S. C. (2005). Crisis management during anaesthesia: awareness and anaesthesia. *Quality and Safety in Health Care* (www.qshc.com), 14, e1-6.
- Peter, B. (2009). Hypnotische Phänomene und psychopathologische Symptome. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin* (pp. 41-49). Heidelberg: Springer.
- Rossi, E. L. (2007). *20 Minuten Pause*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Stovner, L. J., Oftedal, G., Straume, A., & Johnsson, A. (2008). Nocebo as headache trigger: evidence from a sham-controlled provocation study with RF fields. *Acta Neurologica Scandinavica*, 188 (Suppl), 67-71.
- Schulz, U., Keh, D., Fritz, G. U., Barner, C., Kerner, T., Schneider, G.-H., Trottenberg, T., Kupsch, A., & Boemke, W. (2007). „Schlaf-Wach-Schlaf“-Technik zur CS Wachkraniotomie. *Anaesthesist*, 55, 585–598.
- Savulescu, J., Foddy, B., & Rogers, J. (2006). What should we say? *Journal of Medical Ethics*, 32, 7–12.
- Tremel-Lenz, L. (2004). *Über Nacht. Wie mein Leben als Parkinson-Kranke durch den "Hirnschrittmacher" wieder lebenswert wurde*. Duisburg: Oppenberg Verlag.
- Varellmann, D., Pancaro, C., Cappiello, E. C., & Camann, W. R. (2010). Nocebo-induced hyperalgesia during local anesthetic injection. *Anesthesia Analgesia*, 110, 868-870.

Prof. Dr.med. Dr.rer.nat. Ernil Hansen
Klinik für Anästhesiologie, Klinikum der Universität Regensburg
D-93042 Regensburg
Ernil.Hansen@klinik.uni-regensburg.de

erhalten: 15.7.2010

akzeptiert: 4.3.2011

Rezension

Müller, A. & Stickel, C. (2010). Das Tor zur Trance. Theorie und Praxis der Hypnotherapie - Kommunikation mit dem Unbewussten. Paderborn: Junfermann Verlag. 316 Seiten, ISBN 978-3-87387-746-7, 29,90 €

Beginnend mit der immer wieder gestellten und schlechterdings nicht hinreichend zu beantwortenden Frage, was Hypnose ist, werden im 2. Kapitel des Buches Merkmale von Trance erläutert. Daran schließen sich im 3. und 4. Kapitel Ausführungen zu den Stadien der Trance und auf vier Seiten zu posthypnotisch wirkenden Suggestionen an. Dann geschieht ein Rückgriff auf die Ausführungen zur Trance, indem es nunmehr um deren Indikatoren geht.

Das 6. bis 11. Kapitel behandelt hypnotische Sprachmuster (z.B. Anredeformen), Ausführungen zur Suggestion und Suggestibilität, zum Rapport, zur Verwendung von Repräsentationssystemen und zur therapeutischen Arbeit mit ideomotorischen Signalen.

Die weiteren 11 Kapitel sind der konkreten Anwendung der Hypnose vorbehalten: Kapitel 12 bis 16 beschäftigt sich mit deren Ablauf (Induktions-, Vertiefungs-, Rücknahmetechniken). Unklar bleibt, warum Kapitel 16 mit dem schwergewichtigen Namen „Hypnosetherapie“ lediglich auf einer Seite abgehandelt wird. Dann geht es um stützende und aufdeckende Vorgehensweisen während der Hypnose; um die Arbeit mit Teilen der Persönlichkeit; um Indikationen und Kontraindikationen sowie um organisatorische Bedingungen der Hypnosedurchführung (z.B. externe Störungen, Hintergrundmusik).

Das 23. Kapitel ist das umfangreichste und für den Praktiker wohl das interessanteste, denn es werden insgesamt 18 Beispiele für eine Hypnosebehandlung vorgestellt. Die Auswahl reicht von der Stärkung des Selbstbewusstseins und Immunsystems über die hypnotherapeutische Arbeit mit Time-Line bis zum Abbau von Mentalschrott.

Ein Fehler ist den Autoren und dem Verlag bei der Drucklegung passiert: Das 23. Kapitel ist zweimal nummeriert worden. Der Rezensent hat das Buch einem befreundeten Juristen mit der Bitte vorgelegt, sich ein Stündchen darin zu vertiefen, um danach seinen Eindruck mitzuteilen. Bei der Rückgabe machte er zwei Bemerkungen und stellte eine Frage, die das Buch treffend charakterisieren: Der Text ist flüssig geschrieben und leserfreundlich gestaltet. Der Inhalt wecke auch bei Nichtfachleuten - der Begriff Dilettanten wurde genannt - Neugier, Hypnose selbst einmal auszuprobieren. Man brauche nur - in Kenntnis der voran stehenden Ausführungen - solch einen Beispielstext vom Buch abzulesen. Schließlich seine Frage: „Seid ihr in den letzten 15 Jahren nicht vorangekommen und habt nichts publiziert? Das Buch hat lediglich 21 Literaturangaben. Die jüngste ist aus dem Jahre 1994.“

Tatsächlich ist das Buch ein Erfahrungsbericht, eingekleidet in referierendes Wissen, das heutzutage erheblich zugenommen hat. Der positive Akzent des Buches liegt wohl darin, dass verschiedene NLP-Formate, insbesondere die Teilarbeit, hypnotherapeutisch übertragen worden sind. Die Beispieltexte arbeiten überwiegend mit Imaginationen und direkten Suggestionen. Dadurch steht der kognitive Zugang und weniger der emotionale im Zentrum der Betrachtung und der Intervention. Etwa ein Drittel des Buches sind mit solchen Hypnosetexten aufgefüllt. - Wenn man das Buch zu Ende gelesen hat, mag man sich fragen, wann Hypnose und Hypnotherapie in der Rezeption und Produktion wissenschaftlich begründet wird. Kreativ sind Hypnose und Hypnotherapie allemal.

O. Berndt Scholz (Bonn)