

# Hypnotische Kommunikation

## Eine Bereicherung im Umgang mit Patienten

*Ernil Hansen*

Den Medizinern sagt die Psychologie: „Ihr müsst den Patienten erreichen, einen Zugang zu ihm bekommen, ihn beruhigen.“ Für den Anästhesisten oder Rettungsmediziner z.B. heißt das zumeist: "Schon passiert! Wir haben einen Zugang, einen intravenösen nämlich, und beruhigt ist er auch, Narkose!" Dass mehr möglich ist, zeigt Donald T. Jacobs (1991) in seinem Buch "Patient communication for first responders". Er beschreibt dort das „Kansas-Experiment“ von Erik Wright, in dem verschiedene Gruppen von Ersthelfern, dort „paramedics“, Instruktionen bekamen und andere Gruppen nicht. Diese Instruktionen lauteten:

- den Patienten möglichst rasch vom Unfallort und aus dem Gedränge wegzubringen,
- ein Statement, einen bestimmten Text, wiederholt ganz ruhig vorzulesen, unabhängig davon, ob der Patient die Augen geschlossen hatte oder nicht, d.h. evtl. bewusstlos war, und
- keine negative oder belanglose Konversation zu betreiben.

Das Ergebnis war, dass mehr Patienten jener instruierten Gruppe lebend das Krankenhaus erreichten, dass mehr von ihnen überlebten und dass diese Überlebenden schneller wieder auf die Beine kamen und die Krankenhausverweildauer kürzer war.

Der einfache aber wirkungsvolle Text lautete:

"Das Schlimmste ist vorbei. Wir bringen Sie jetzt ins Krankenhaus, wo schon alles vorbereitet wird. Ihr Körper kann sich ganz auf seine *Selbsteilungskräfte* konzentrieren, während Sie sich jetzt ganz *geborgen* fühlen können. Lassen Sie alle Organe, Ihr Herz, Ihre Blutgefäße, sich selbst in einen Zustand versetzen, der Ihr *Überleben* und eine *rasche Heilung* sicherstellt. Bluten Sie gerade so viel wie nötig ist, um die Wun-

*Hypnose* - ZHH 2010, 5(1+2), 51-67

Ernil Hansen, Universität Regensburg

**Hypnotische Kommunikation – Eine Bereicherung im Umgang mit Patienten**

**These:** Das medizinische Umfeld ist voller unbedacht negativer Suggestionen. Patienten sind dafür besonders anfällig, weil sie in vielen medizinischen Situationen, die sie als extrem erleben, oft in einer natürlichen Trance und damit erhöht suggestibel sind. Dieser Umstand kann jedoch ebenso für Positivsuggestionen genutzt und Methoden der Hypnotherapie können angewandt werden, auch ohne formale Hypnoseinduktion. **Darlegung der These:** Bei Patienten sind Zeichen für Trance beobachtbar; Negativsuggestionen lassen sich u.a. durch andere Formulierungen vermeiden, und Suggestionen zeigen auch ohne Hypnose Wirkung. Indirekte Suggestionen, Utilization, Reframing, örtliche und zeitliche Dissoziation an einen „inneren Ruheort“, Metaphern und nonverbale Kommunikation inklusive Körperkontakte können benutzt werden, um Begleitung und Sicherheit zu vermitteln, Angst und Schmerz zu reduzieren, Belastungen und beängstigende Geräusche zu kompensieren, und den Patienten zu einer aktiven Nutzung seiner Coping-Strategien anzuregen. **Beispiele:** Ohne zusätzlichen Zeitaufwand lassen sich während einer Narkoseeinleitung Ängste vermeiden oder vermindern, bis der Patient lächelnd einschläft. Mittels kranialer Leitungsanästhesie, Begleitung und hypnotischer Kommunikation ist die Operation von Hirntumoren nahe dem Sprechzentrum als echte Wachkraniotomie durchführbar, ohne dass Medikamente die intraoperative Testung beeinträchtigen. **Folgerungen:** Die Erkennung und Vermeidung von Negativsuggestionen und die Anwendung hypnotherapeutischer Prinzipien und Kommunikation kann im Gegensatz zu formal induzierter Hypnose auf alle Patienten angewandt werden, um eine Verminderung von Angst und Schmerz und eine stärkere Nutzung eigener Ressourcen zu erreichen. Die Vermittlung sollte Teil der medizinischen Ausbildung werden.

**Schlüsselwörter:** Kommunikation, Suggestionen, Wachhypnose, Narkose, Wachkraniotomie

**Hypnotic communication – an improvement in the contact to patients**

**Major theme:** The medical environment inadvertently is full of negative suggestions. Patients are especially susceptible as they often experience the situation as extreme and go into a natural trance state with increased suggestibility. This instead might be utilized to place positive suggestions and to use techniques of hypotherapy even without a formal hypnotic induction. **Logical development of the theme:** Signs of trance can be observed in patients, negative suggestions can be identified and avoided, and suggestions prove effective without hypnosis. Indirect suggestions, utilization, reframing, dissociation in location or in time to a safe place, metaphors, and nonverbal communication including body contact can be used to mediate accompaniment and safety. Thereby, pain and fears are reduced, stress and wearing noises are compensated, and patients are animated to activate their own coping strategies. **Examples:** Without additional time anxieties can be avoided or reduced during induction of anesthesia leaving a patient with a smile on his face. Using scalp blocks, accompaniment and hypnotic communication tumor surgery at eloquent areas of the brain are performed under really awake conditions, allowing for intraoperative testing without pharmacological interference. **Implications:** Recognition and avoidance of negative suggestions and the use of hypnotic principles and techniques can be applied –in contrast to hypnosis- to all patients. For the reduction of pain and anxiety and for a better activation of the patient's own resources this should become part of medical education.

**Key words:** communication, suggestions, awake hypnosis, anesthesia, awake craniotomy

den zu reinigen, und lassen Sie dann Ihre Gefäße sich *von selbst* so weit schließen, dass Ihr Leben *gesichert* ist. Ihre Körperfunktionen, Ihre Körpertemperatur - alles - wird *optimal* aufrechterhalten, während im Krankenhaus schon alles für Ihre optimale Versorgung hergerichtet wird. Wir bringen Sie so *schnell und sicher* wie nur möglich dorthin. Sie sind jetzt in *Sicherheit*. Das Schlimmste ist vorüber."

Dieser eigentlich recht unscheinbare Text enthält eine Reihe positiver Suggestionen und hat wahrscheinlich außerdem, so mutmaßten die Autoren, die Ersthelfer von unbedachten Reden und Negativsuggestionen abgehalten. Die Studie zeigt eindrucksvoll, welche klinisch relevanten Effekte einfache Positivsuggestionen und die Vermeidung von Negativsuggestionen haben können. Ein Grund dafür ist, dass Suggestionen in einer solchen Notfallsituation besonders stark wirksam sind.

### **Patienten befinden sich oft in einem spontanen Trancezustand**

Es ist nämlich zu berücksichtigen, dass Patienten, sei es beim Zahnarzt, im Krankenhaus, am Unfallort oder vor einer Operation, sich in einer Extremsituation befinden und durch Angst, Stress und Schmerz in eine *natürliche Trance* gehen (Hansen et al. 2010). Sie ist „natürlich“, kommt auch bei Tieren vor und jeder Mensch gleitet täglich immer wieder einmal in eine Alltags-Trance hinein, etwa bei Tätigkeiten, die volle Aufmerksamkeit beanspruchen wie das Lesen eines spannenden Buches, oder bei monotonen Reizen oder Bewegungen, etwa dem Lauschen eines Trommelrhythmus, oder bei einem Langstreckenlauf, und ebenso bei Extremsportarten wie Fallschirmspringen (Cheek 1962, Cancio et al. 1991), oder ganz regelmäßig in ultradianem Rhythmus (Rossi 2007). Diese Trance ist ein besonderer, veränderter Bewusstseinszustand, in dem weniger rationales Denken als bildhaftes Verständnis vorherrscht. Daraus ergibt sich, dass man einem Patienten in diesem Zustand nicht mit Vernunft kommen kann, etwa mit „Die Angst, dass Sie nicht mehr aufwachen ist völlig unbegründet, das statistische Risiko ist ja nur ...“, sondern dass eine besondere Form der Kommunikation notwendig, aber eben auch möglich ist.

Worauf gründet sich diese Annahme? Mit Hypnoseerfahrung kann man in solchen Situationen bei diesen Patienten *Trance-Phänomene* feststellen (Tabelle 1), obwohl keine formale Hypnose-Induktion stattgefunden hat. Hier ein Beispiel für Zeichen einer fokussierten Aufmerksamkeit: Eine Narkose wird beendet und die Patientin im Operationsaal extubiert. Sie hustelt kurz, legt sich zurück und schließt wieder die Augen. Der Anästhesist wendet sich von ihr ab zur Operations-Schwester und sagt: „Diesen Tubus (Schlauch zur künstlichen Beatmung) nicht wegwerfen, geben Sie den zum Sterilisieren.“ In diesem Augenblick richtet sich die junge Patientin auf und mit weit aufgerissenen Augen ruft sie: "Nicht sterilisieren! Nicht sterilisieren!" Das ist keine gewöhnliche Reaktion. In einer Vorlesung vor Studentinnen kann mehrfach das Wort „Sterilisieren“ vorkommen, ohne dass irgendetwas Vergleichbares passiert. In der Extremsituation einer medizinischen Behandlung dagegen fokussieren Patienten ihre

## Hypnotische Kommunikation

Tabelle 1: An Patienten zu beobachtende Trance-Phänomene

- fokussierte Aufmerksamkeit
- wortwörtliches Verstehen
- ideomotorische Reaktionen
- selektive, partielle Amnesie
- Dissoziation
- Hyperästhesie
- Katalepsie
- gesteigerte Suggestibilität

ganze Aufmerksamkeit, saugen alles, was Information sein könnte, auf wie ein Schwamm und beziehen es auf sich. Ebenso kann man andere Zeichen für Trance, wie Katalepsie oder Dissoziation beobachten. Vor allem ist diese Situation jedoch gekennzeichnet durch die hohe Empfänglichkeit der Patienten für Suggestionen. Es ist ganz entscheidend, dass sich medizinisches Personal dieser hohen Suggestibilität der Patienten bewusst ist, denn das medizinische Umfeld ist voll von Suggestionen; leider sind die meisten unbedacht negativ.

## Der Medizinbetrieb steckt voller Negativsuggestionen

Negativsuggestionen entstehen unterschiedlich, zum Teil ergeben sie sich aus den Besonderheiten des Trancezustandes. In diesem wirken z.B. Verneinungen eher nicht, starke Bilder schon (Schenk 2008). So geht von einem Satz wie "Sie brauchen keine Angst zu haben, machen Sie sich keine Sorgen" keine Beruhigung aus, es bleiben vielmehr die beunruhigenden Worte wie „Angst“, „Sorgen“ und „Schmerz“ haften. Als „Risikopatient“ bezeichnet zu werden, baut nicht auf. Das typische wortwörtliche Verstehen macht doppeldeutige Worte wie "Wir verkabeln Sie jetzt" oder „Gleich ist alles vorbei“ häufig missverständlich. Unsicherheit vermitteln Wendungen wie „Versuchen wir mal ...“, „Merken Sie schon was?“, „Vielleicht hilft das“ Der Patient bekommt den Eindruck, der Arzt weiß auch nicht genau, was jetzt eigentlich passiert. Aber es gibt auch ausgesprochen direkte Negativsuggestionen wie "Das tut schon immer höllisch weh“, „Da werden Sie eine ganze Weile dran zu leiden haben", „Damit Sie das aushalten, müssen wir ...“, „Ihr nächster Herzschlag könnte ihr letzter sein“, „Sie werden sich wie gerädert fühlen“, „Das Medikament macht ein bisschen schwindelig“, „Und das brennt jetzt mal kurz“. Einmal hat sich ein Pfleger mit einem anderen Pfleger über Fliegerbomben unterhalten, neben einem Patienten, der gerade aus einer Narkose aufwachen sollte. Eine Negativsuggestion ist auch, wenn die Schwester im Aufwachraum den Patienten fragt: „Ist Ihnen übel? Ist Ihnen wirklich nicht übel?! Ist Ihnen ganz bestimmt nicht übel?!" Oder ein Patient liegt ganz starr und bewegungslos im Aufwachraum, nachdem ihm die Schwester gesagt hat: „Wenn Sie erbre-

chen müssen, können Sie sich ja rühren“, und er hat das als Auftrag verstanden, dass er sich erst wieder rühren kann, wenn ... Ähnlich verhält es sich mit „Wenn Sie Schmerzen haben, können Sie sich wieder rühren“ (Bejenke 2001).

Vieles wird auch nur auf der falschen Ebene angesprochen: "Denken Sie sich einfach einen schönen Traum aus!" So funktioniert das Träumen gewöhnlich nicht. Dagegen kann man sagen: „Wo waren Sie denn zuletzt schön in Urlaub?“ oder „Sicher wären Sie jetzt lieber an einem anderen Ort als hier" (Hansen 2004). Wenn der Patient dann antwortet, hat er sich auf eine innere Suche begeben, ist dort mit all den Sinnesindrücken und Gefühlen, und man kann in der Gegenwartsform weitersprechen: "Und wie fühlt sich dort die Sonne auf der Haut an, nach was riecht es?“, usw. Durch ein „Entspannen Sie sich einfach!“ wird keine Entspannung erreicht. Ebenso wirkt ein „Machen Sie sich keine Sorgen!“ durch die Nichterfüllbarkeit nur negativ, weil diese Dinge nicht der Vernunft und dem Willen unterworfen sind. Der medizinische Fachjargon verbindet das Behandlungsteam, ist für den Patienten aber verwirrend und z.T. beängstigend. Wenn etwa ein Patient eine Narkose bekommen soll und die Schwester sagt zum Narkosearzt: „Ich hole noch schnell etwas aus dem „Giftschrank“ (Tresor für die Opiate) und dann können wir anfangen“; oder der Oberarzt erklärt dem Assistenten kurz vor der Extubation eines Patienten: „Jetzt werden wir mal den „Totraum“ (Teil der Luft, der im Beatmungsschlauch nur hin und her verschoben wird) verkürzen“; oder auf der Intensivstation: „Wir hängen Sie jetzt mal an die künstliche Nase“; oder in der Strahlentherapie: „Gehen Sie runter in den Strahlenbunker.“ Ist erst eine gewisse Verunsicherung oder Bereitschaft im Patienten vorhanden, das Schlimmste anzunehmen, so gibt es genügend Gründe oder Missverständnisse, die die Befürchtungen zu bestätigen scheinen. Der Kardiologe Bernhard Lown (2004) schildert in seinem bemerkenswerten Buch *Die verlorene Kunst des Heilens* u.a., wie der Zustand einer Patientin sich dramatisch verschlechterte, weil sie während einer Visite die Abkürzung einer Diagnose „T.S.“ statt als Trikuspidalklappenstenose als „Terminale Situation“ missverstand. Ebenso beschreibt er, wie bei einem Patienten während des Aufklärungsgespräches eine bedrohlichen Herzrhythmusstörung ausgelöst wurde. Die Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen oder Komplikationen einer ärztlichen Behandlung wie sie juristisch gefordert wird, ist eine große Quelle für Negativsuggestionen. Selbst bei geringster Wahrscheinlichkeit wird bis auf den Tod aufgeklärt - und noch dazu in bester Absicht. Negativ wirkt sich auf den Patienten auch die passive Rolle aus, in die er gewöhnlich gedrängt wird: „Wir haben das schon tausendmal gemacht; verlassen Sie sich ganz auf uns.“ Und dabei schaut der Arzt auf den Liegenden herab, und gibt dem Patienten das Gefühl, ein „Fall“ zu sein, eine Diagnose, und als Person bei der Therapie eher zu stören als etwas beitragen zu können.

Im Allgemeinen geht man von der Annahme aus, dass man dem Patienten etwas Gutes tut, wenn man schmerzhaft Manipulationen vorher ankündigt, und sich mitfühlend äußert, so sie eingetreten sind. Eine Studie von Elvira Lang et al. (2005) hat gezeigt: der Schmerz war stärker und die Angst größer, wenn diese Ankündigungen,

## *Hypnotische Kommunikation*

diese Mitleidsbezeugungen mit negativen Wörtern stattfanden. Der gute Wille des Therapeuten allein reicht nicht aus. Dabei spielt sicher auch der *Nocebo-Effekt*, der negative Placebo-Effekt, der von Erwartungshaltung und Konditionierung geprägt wird, eine wichtige Rolle (Benedetti et al. 2007). Gerade für die Schmerzverstärkung ist bekannt, dass verbale Negativsuggestionen eine erhöhte Erwartungsangst erzeugen, dass dann die schmerzverarbeitenden Hirnareale aktiviert werden und dass Cholezystochinin die anschließende Hyperalgesie vermittelt (Keltner et al. 2006). Zum Teil können Negativ-Suggestionen durch den Nocebo-Effekt erklärt werden.

Das gesamte medizinische Umfeld, die Geräte, die Unterhaltungen, die Geräusche, das Gehabe (Patient als Objekt), die Krankheit, Erniedrigungen (halbnackt), Kontrollverlust, Informationsdefizit, stellen mächtige Negativsuggestionen dar. Es ist daher für alle in der Medizin Tätigen sehr wichtig, wahrzunehmen was um den Patienten herum passiert und sich zu fragen, wie das auf den Patienten wirkt, was er dabei empfindet. So können Negativ-Suggestionen erkannt werden, der erste Schritt um sie zu vermeiden (Hansen & Bejenke 2010).

## **Eine Möglichkeit für Positivsuggestionen**

Aber dieser Zustand erhöhter Suggestibilität kann auch für *Positiv-Suggestionen* genutzt werden. Suggestionen sind hier nicht im Sinne von „einreden“, also in der Bedeutung von „etwas vortäuschen“, „falsche Versprechungen machen“, „austricksen“ gemeint, sondern im Sinne des englischen „to suggest“, d.h. „eine Anregung geben“, „einen Vorschlag unterbreiten“, „eine Möglichkeit anbieten“. Suggestion besteht nicht darin, einen Menschen etwas glauben zu machen, was nicht wahr ist. Suggestion besteht darin, etwas wahr werden zu lassen, indem man ihn glauben lässt, dass es möglich ist. Dabei können Kenntnisse, Erkenntnisse, Methoden der Hypnotherapie eingesetzt werden (Tab. 2), ohne dass eine formale Hypnoseinduktion erfolgt ist.

Statt der direkten Suggestion „Atmen Sie tief ein und aus“ kann bei der Verabreichung von Sauerstoff (Präoxygenierung) vor Narkoseeinleitung z.B. die *indirekte Suggestion* folgendermaßen lauten: „Mit jedem tiefen Atemzug ... können Sie den guten Sauerstoff aufnehmen, ... der dem Körper so gut tut, ... und mit jedem Ausatmen ... können Sie die ganze verbrauchte Luft loswerden, ... damit wieder Platz ist in der Lunge ... für einen tiefen Atemzug, ... mit dem Sie den Sauerstoff, und alles was Ihnen gut tut, aufnehmen ... und ausatmen die verbrauchte Luft, und alles was Sie jetzt nicht brauchen können, ... und einatmen Ruhe und Zuversicht ... und mit dem Ausatmen loslassen, was Sie bedrückt, ... und einatmen Kraft für die Heilung“ usw. (Bejenke 2004). Und dann ist es im ganzen Raum für alle Anwesenden ruhiger geworden, und alle fühlen sich wohl und entspannt. Das ist auch etwas, was die Mediziner von den Psychotherapeuten lernen können, nämlich auch auf sich selbst zu achten, mit der Gewissheit, dass die Behandlung umso besser ist, je besser der Therapeut selber sich dabei fühlt.

Tabelle 2: Methoden aus der Hypnotherapie

indirekte, permissive, offene Suggestionen	
innerer Ruheort	safe place
Utilisation	Nutzbarmachung
Reframing	Umbewertung, veränderter Bezugsrahmen
Fokussierung	Aufmerksamkeit lenken
Assoziation	Verknüpfung mit Positivem
Dissoziation	Ort, Zeit, Körperteil
Metaphern	übertragene Bedeutung
posthypnotischer Auftrag	
non-verbale Kommunikation	

## Adaptation von Methoden der Hypnotherapie

Zur *Dissoziation* von der beunruhigenden medizinischen Umgebung ist ein innerer Ruheort, ein "safe place" sehr nützlich. Das kann ein Urlaubsort sein, im Garten, beim Wandern, oder einfach zuhause, ganz nach den Bedürfnissen des Patienten. Zu benutzen, was der Patient mitbringt, *Utilisation*, ist sehr hilfreich. Einen Patienten mit Kontrollverlustängsten kann man auf die Überwachungsgeräte aufmerksam machen: „Hören Sie diesen ruhigen, gleichmäßigen Puls. Das sind Sie, das machen Sie. Halten Sie einmal die Luft an. Jetzt wird der Puls langsamer. Wie machen Sie das? Das ist ja toll, was Sie alles können! Wissen Sie, die wesentlichen Dinge machen alle Sie: den ruhigen Puls, den guten Blutdruck, die Blutgerinnung zur Blutstillung, die Immunabwehr. Wir brauchen nur dafür zu sorgen, dass Sie die besten Bedingungen dafür haben.“ Auch durch einfache Fragen wie „Liegen Sie gut, oder können wir Ihre Lage noch irgendwie verbessern?“ oder „Was meinen Sie, sollen wir anfangen?“ kann man Kontrolle zurückgeben.

Die Umbewertung, ein *Reframing*, spielt besonders für die Verarbeitung störender oder belastender Geräusche eine wichtige Rolle. Dazu kann den Patienten zum Beispiel eine Geschichte anregen: Ein Mann geht zum Zahnarzt. Der sagt: „Da werde ich bohren müssen. Was haben Sie denn für ein Hobby?“ „Ich fahre sehr gern Motorrad.“ „Wo?“ „In Kalifornien.“ „Gut, dann machen Sie doch einfach die Augen zu und fahren Sie, Highway Number One.“ Nach der Behandlung fragt der Zahnarzt: „Na, wie war `s denn?“ Sagt der Patient: „Ja, ganz gut. Aber besonders toll war es, wenn Sie so richtig aufgedreht haben, so brrrrnn, brrrrnn, brrrrrrrrnn!“ So kann ein Bohren vom Rasenmäher des Nachbarn oder von Waldarbeiten herrühren, je nachdem, ob der Garten oder ein Waldspaziergang als „safe place“ gewählt wurde. Eine Spülung oder ein Sauger kann zum Bergbach werden, ein Gerätegeklapper zu brechenden Ästen, eine Operationsabdeckung zu einer Schutzkleidung. Schmerz und Stress als subjektive



## *Hypnotische Kommunikation*

Empfindungen können ganz unterschiedlich wahrgenommen werden, je nachdem, ob man sich z.B. auf die Spritze und den Zahnbohrer sehr genau konzentriert oder Sinneseindrücke in ganz anderem Zusammenhang auftreten. Eventuell lässt sich ein lästiges, ärgerliches Warten in eine konstruktive Vorbereitungszeit uminterpretieren: „Ich weiß, das Warten ist ärgerlich. Aber vielleicht möchte Ihr Körper diese Zeit auch nutzen, um sich ganz auf den Eingriff und die Heilung einzustellen, alle überflüssigen Gedanken nun zur Ruhe kommen zu lassen und sich ganz den wichtigen Aufgaben widmen, was Sie leisten können: einen stabilen Kreislauf, eine kräftige Atmung, eine Abschirmung vor störenden Außenreizen, eine Entspannung der Muskulatur, eine schnelle Blutstillung, eine wirkungsvolle Infektionsabwehr, eine gute Wundheilung, und so vieles mehr“ (Jacobs 1991).

Mit *Verknüpfungen* kann man Negatives wie Schmerz mit etwas Positivem verbinden: „Wenn Sie dann wieder wach sind und Sie merken einen Druck unter dem Verband, dann wissen Sie, die Heilung hat bereits begonnen“ (Bejenke 1996). Metaphern sind eine wertvolle Möglichkeit, etwas Wichtiges zwischen den Zeilen zu sagen: „Geben Sie mir Ihre Hand, ich halte sie/Sie.“ Oder wenn ein Patient eingestiegen ist auf den Vorschlag, in die Südsee abzutauchen, und man sagt: „Sie können diesen kalten, regnerischen Ort verlassen, und wenn Sie dann fortfliegen, wissen Sie: spätestens über den Wolken scheint immer die Sonne“, eine Metapher dafür, dass so wolkenverhangenen es für den Patienten auch aussehen mag, hier und jetzt es doch einen Ort gibt, an dem die Sonne für ihn scheint.

Große Bedeutung kommt der *nonverbalen Kommunikation* zu. Schon was der Patient zu sehen bekommt, ist stark suggestiv. Im Zahnarztstuhl oder auf dem Operationstisch ist es gewöhnlich die Decke. Medizinisches Personal sollte daraufhin einmal die Zimmerdecke des Behandlungsraumes wahrnehmen und überprüfen. Auf die postoperative Frage zur Beurteilung der Orientiertheit „Wissen Sie, wo Sie hier sind?“ antwortete ein Patient im Aufwachraum: „In der Tiefgarage.“ Oft sind es recht nüchterne Lüftungsgitter, Neonlampen und bröckeliger Putz, während auf die ordentliche und geschmackvolle Ausstattung der Wände sorgfältig Wert gelegt wird. Neigt sich der Behandler von hinten über den Kopf des Patienten, wirkt das beängstigend, da die angeborene Gesichtschema-Erkennung gestört ist (facial inversion), ganz besonders wenn auch noch ein Mundschutz Nase und Mund verhüllt (Abb. 1a). Einen ganz anderen Eindruck vermittelt es, wenn an der Decke ein Poster zum Träumen einlädt, und z.B. der Anästhesist ohne Mundschutz von vorne an den Patienten herantritt und sich die Beatmungsmaske langsam und nach und nach auf das Gesicht senkt (Abb. 1b). Dass man die Beatmungsmaske auch in dieser Position durchaus dicht halten kann, hat der Autor von einer Patientin gelernt, die seine Hand nicht mehr loslassen wollte, so dass er die notwendige Aufsättigung mit Sauerstoff einfach ihr gegenüberstehend begann, statt - wie bei Narkoseeinleitungen üblich - hinter die Patientin zu treten. Viele Patienten sprechen stark auf einen Händedruck an, auf das Halten der Hand, auf eine Hand auf der Schulter, wie postoperative Äußerungen belegen. Zusätzlich zum



Symbol für Kontakt und Begleitung ist diese Hand ein Monitor, der sehr sensitiv jede Anspannung registrieren kann. Die Hand auf der Schulter ist ein Monitor der Atmung. Zusätzlich kann im Sinne von „pacing and leading“ diese Hand durch Erhöhung und Verlängerung des Druckes bei der Ausatmung und durch Verstärkung oder Verlängerung des Anhebens bei der Einatmung die Atmung des Patienten vertiefen und verlangsamen helfen.

### Fallbeispiel: Narkoseeinleitung

Eine Narkoseeinleitung mit eingebauten Positivsuggestionen (kursiv markiert) könnte dann z.B. folgendermaßen aussehen:

„Guten Tag, ich bin Dr. X, wir sind ein *Team*, das sich jetzt um Ihr *Wohlbefinden* und Ihre *Sicherheit* kümmert. Wir sind *die ganze Zeit bei Ihnen*, wir weichen nicht von Ihrer Seite, bis Sie *alles gut überstanden* haben. Alles was Sie hier sehen oder hören, dient dazu, dass Sie *gut versorgt werden*.“ Gegen die häufigste Narkosenebenwirkung, nämlich postoperative Übelkeit, könnte man sagen: "Und *wenn Sie dann wieder wach sind*, sind Sie vielleicht überrascht, wie *schnell und gut das alles gelaufen ist*, und sind vielleicht gespannt, worauf Sie als Erstes *Appetit bekommen*", denn Appetit verträgt sich nicht mit Übelkeit. Gleichzeitig hat man implizit vermittelt, dass es ein *Danach* gibt, und so gegen verbreitete Ängste gearbeitet, aus der Narkose nicht mehr aufzuwachen. Unangenehme Ereignisse können *utilisiert* und *umgedeutet* werden, etwa der Druck der Blutdruckmanschette:

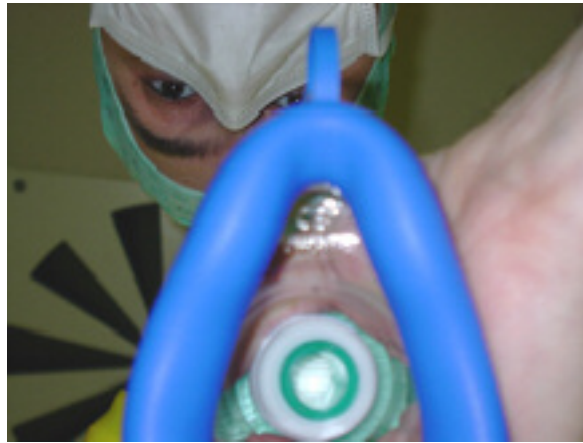


Abb. 1a und b: Narkoseeinleitung aus Sicht des Patienten

### *Hypnotische Kommunikation*

(Beim Ablassen der Luft) „So wie der Druck im Arm jetzt nachlässt, so kann der *Druck jetzt nachlassen* und sich die *Entspannung über den ganzen Körper ausbreiten*.“ Zur Narkoseeinleitung erhält der Patient dann als Schmerzmittel ein Opioid, z.B. Fentanyl, das Schwindel und Übelkeit hervorrufen kann, was dann gewöhnlich so angekündigt wird: "Ja, jetzt wird Ihnen gleich schwindlig, das ist wie ein Rausch“ oder „Das macht Sie jetzt ein bisschen besoffen, wie ein paar Gläser Schnaps“, eigentlich recht negative Suggestionen. Man kann aber auch sagen: "Sie bekommen jetzt das erste Medikament, ein Schmerzmittel, das alles etwas *leichter macht*, vielleicht sogar ein bisschen *beschwingt*." Dann ist die Veränderung zwar angekündigt, aber nicht stark negativ festgelegt (Hansen 2004). Anschließend wird zur Narkoseeinleitung meist Propofol verabreicht, das Venenschmerz auslösen kann, was oft mit einem „Das kann jetzt gleich etwas brennen“ angekündigt wird, einem starken, negativem Bild. Es könnte aber auch heißen: „Jetzt bekommen Sie das zweite Medikament, das Ihnen einen *erholsamen Schlaf* schenkt. Und falls Sie das im Arm etwas spüren, wäre das *ganz normal*, geht auch gleich wieder vorbei und sagt Ihnen nur: Jetzt ist es Zeit für den Liegestuhl. Lassen Sie die *Wolken ziehen und die Sonne scheinen*.“

### **Wirksamkeit von Suggestionen**

Wie effektiv positive Suggestionen wirken, zeigt die Anwendung von Hypnose in der Zahnmedizin (Schmierer & Schütz 2007) und Medizin (Montgomery et al. 2002, Wobst 2007), insbesondere bei operativen Eingriffen. Selbst Suggestionen, die während einer Operation in tiefer Narkose gegeben werden, können in eindrucksvoller Weise Symptome und Vitalparameter beeinflussen (Eberhart et al. 1991, Cowan et al. 2001). Dies ist durchaus möglich, denn wie wir aus Untersuchungen zur intraoperativen Wachheit und neurophysiologischen Messungen wissen, bleibt die Verarbeitung akustischer Reize auch unter Allgemeinanästhesie intakt (Schwender et al. 1994, Kaiser-Rekkas et al. 1997). So belegen Studien unter ganz unterschiedlichen Bedingungen, dass Suggestionen, gesprochen oder vom Band (hier besonders die individuell und persönlich besprochenen), bei Patienten sehr wirksam sind: Angst, Stress und Schmerz werden verringert, was sich auch in einer Einsparung entsprechender Medikamente und einer höheren hämodynamischen Stabilität ausdrückt. Autonome Funktionen, wie Darmperistaltik, Blasenentleerung, Würgen, etc., werden günstig beeinflusst. Nebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen, Schwellungen, Herzrhythmusstörungen oder intra- und postoperative Blutungen werden verringert. Die Wundheilung und die Mobilisierung können beschleunigt werden, die Krankenhausverweildauer verkürzt sich, und die Zufriedenheit der Patienten und ihre Kooperation verbessern sich (Montgomery et al. 2002, Wobst 2007, Eberhart et al. 1991, Cowan et al. 2001, Faymonville 1997). Mit diesen günstigen Wirkungen von Suggestionen kann auch bei der hypnotischen Kommunikation mit Patienten, also ohne Hypnose und formale Induktion, gerechnet werden.

## Fallbeispiel: Wachkraniotomie

Die Operation eines Gehirntumors nahe dem Sprechzentrum wird als sogenannte Wachkraniotomie durchgeführt, weil der Patient dabei für die intraoperative Testung seines Sprechvermögens wach sein muss. Auf der offengelegten Hirnoberfläche wird durch elektrische Reizung die genaue individuelle Lage der Sprachregion bestimmt, die sich durch das Tumorwachstum und sogar während der Operation verlagern kann (Plastizität des Gehirns), um einen schonenden operativen Zugangsweg festzulegen. Auch während der Tumorentfernung gibt das Sprechen des Patienten sehr genau jede Beeinträchtigung der Sprachregion an, Testungen an Händen und Füßen jede Beeinträchtigung motorischer Zentren, so dass eine maximale Tumorreduktion ohne neurologische Defizite erreicht werden kann. Während die Standardmethode für die Wachkraniotomie die sogenannte Schlaf-Wach-Technik ist (Schulz et al. 2007), bei der Narkose oder Analgosedierung (mit oder ohne künstlicher Beatmung) mit Wachphasen wechselt, führen wir an der Universität Regensburg diese Operationen nach einer neuen Methode, sozusagen in Wach-Wach-Technik, an durchwegs völlig wachen Patienten durch (Hansen & Bejenke 2010), ohne Beeinträchtigung durch Medikamente (Abb. 2).



Abb. 2: Wachkraniotomie, während des Aufbohrens des Schädels

### *Hypnotische Kommunikation*

Motivation dieses Vorgehens ist die Einsicht, dass auch kurzwirksame oder antagonisierte Narkosemittel die intraoperative Testung und damit das Operationsergebnis beeinträchtigen können und zudem erhebliche Nebenwirkungen auf Atmung und Kreislauf haben. Ein ähnliches Vorgehen wählen wir auch für die Wachkraniotomie zur Sondenimplantation für die Tiefe Hirnstimulation bei Parkinsonpatienten. Grundlage dieses Vorgehens sind auf der einen Seite kraniale Leitungsblockaden der Nerven, die den Schädel versorgen (Kerscher et al. 2009), zum anderen *Kommunikation und Begleitung*. Mit dem Regionalanästhesieverfahren kann der Schmerz bei der Operation an Haut und Schädelknochen genommen werden, das Gehirn selbst ist schmerzempfindlich. Es bleiben daneben jedoch noch eine Reihe anderer Belastungen wie die oft jüngst erfolgte Diagnose eines bösartigen Hirntumors, die beängstigende Situation im Operationssaal, die Gespräche und Geräusche, die Metallklemme, in die der Kopf eingeschraubt wird und die ihn am Operationstisch befestigt, ungewohnte Empfindungen am Kopf, das laute Bohren und Fräsen des Schädelknochens (Knochenleitung des Schalls zum Ohr) zur Entfernung eines Knochendeckels, das Absaugen von Blut und Tumor aus dem Gehirn, das unbewegliche Liegen für mehrere Stunden, die Vorstellung der Manipulationen im eigenen Hirn, die Ungewissheit des Operationsausgangs und der Unversehrtheit, und vieles mehr. Hier muss Ablauf und Verhalten bei der Operation gegenüber der gewohnten Kraniotomie in Allgemeinanästhesie abgeändert werden: eine ruhigere Atmosphäre, Vermeidung unbedachter Gespräche, Übermittlung der Ergebnisse der Gewebeuntersuchung nicht über den Saallautsprecher, und das Ausschalten anderer Negativsuggestionen.

Welch starke Negativsuggestion die Situation im Operationssaal darstellt, führte eindrucksvoll ein Fall vor Augen, bei dem nach stabilem intraoperativem Verlauf ein Patient gegen Ende der Operation zunehmend bradykard (Herzfrequenz 35/min), hypoton (systolischer Blutdruck 70 mmHg) und kaltschweißig wurde, d.h. ohne Schmerzen eine vasovagale Reaktion zeigte. Was war geschehen? Die Abdunkelung für die Operationsmikroskopie war beendet worden, das Saallicht wieder angeschaltet. Die Gespräche waren lauter geworden, der Patient hatte die Augen geöffnet. Der Neuropsychologe, der die Sprachtestung durchgeführt hatte, verabschiedete sich. Der Patient blickte um sich und bemerkte einen Monitor, auf dem gerade zu sehen war, wie seine Dura (harte Hirnhaut) zugenäht wurde. Der Neurochirurg kam auf die Idee, dem Patienten, von Beruf Techniker, eine der Nieten zeigen zu lassen, mit der nun der Knochendeckel wieder an seinem Schädel befestigt werden würde. Der Patient begann, Scherze zu machen ... und wurde blass und kaltschweißig. Da wurde ihm gesagt, dass es doch besser seine Augen wieder schließen solle und zurück in den Wald gehen, in dem er - ein Waldbesitzer - bisher während der Operation spazieren gegangen war oder gearbeitet hatte. Und Blutdruck und Puls normalisierten sich zügig.

Begleitung und Dissoziation sind die wesentlichen Hilfen für den Patienten. Von Anfang an wird ihm Begleitung zugesichert: „Ich bin die ganze Zeit bei Ihnen und Sie wissen, ich kann immer etwas Gutes für Sie tun. Ich lege nun meine Hand auf Ihre

*Ernil Hansen*

Schulter. Es ist die Hand der Medizin, mit all unseren Geräten, Medikamenten, Wissen, die ganzen Erfahrungen und Möglichkeiten der modernen Medizin. Diese Hand ist auf Ihrer Schulter und begleitet Sie, auch wenn ich sie einmal zu mir nehme, solange, bis Sie das alles gut überstanden haben.“ Auch bei geschlossenen Augen vermittelt die Hand auf der Schulter, die Hand in der Hand Nähe und Begleitung. Aus dem präoperativen Gespräch mit Fragen nach Beruf, Familie, Haustieren, Hobbies, Lieblingssport, Urlaubszielen, Erfahrungen mit Entspannungstechniken, etc. ergeben sich die Ressourcen und inneren Ruheplätze, die dem Patienten angeboten werden können. Oft sind es Bergwanderungen, Spaziergehen im Wald, Südseestrand oder einfach im Garten liegen. Daraus wiederum ergeben sich die Themen zur Uminterpretation von Geräuschen: Der Sauger kann ein Bergbach sein, Meer kann rauschen, Äste können knacken oder einen auch am Kopf streifen. Das Bohren kann das Umsägen von Bäumen sein, oder Nachbars Rasenmäher. Einer Patientin war am Vorabend nur obengenannte Geschichte von dem Motorradfahrer erzählt worden. Zu Operationsbeginn wurde ihr gesagt, dass man sie im Augenblick nicht hier brauche und sie gerne die Augen zumachen und in ihre Berge zum Wandern gehen könne. Auf die Frage während des Aufbohrens des Schädels „Wie ist es?“ antwortete sie sehr entspannt: „Da kommt ein Hubschrauber - und holt mich ab!“ Ein passendes Reframing des lauten, unangenehmen Geräusches und eine wundervolle Metapher für In-Sicherheit-bringen. In diesem Maße eigene Ressourcen und Kreativität nutzen kann der Patient nur, wenn er nicht allzu sehr sediert wird, was aber gängige Praxis bei Eingriffen in Regionalanästhesie ist, ein weiterer Grund, so weit als möglich auf zentral wirksame Medikamente zu verzichten. Der Patient weiß am besten, wo er sich sicher fühlt und was ihm gut tut, man muss ihn nur dazu anregen. Neutrale Entspannungsmusik entsprechend seiner bevorzugten Musikrichtung (z.B. Klassik, Volksmusik, Jazz, Trancemusik) kann seine Entspannung am safe-place unterstützen. Solange der Patient dabei die Augen geschlossen hält, ruhig liegt, entspannt aussieht und auch Puls und Atmung keinen Stress signalisieren, muss nicht eingegriffen werden, nicht mit Worten und nicht mit Medikamenten. Selbst wenn der Patient die Augen öffnet, kann man Suggestionen noch etwas zurückhalten, denn wenn er die Augen dann selber wieder schließt, zeigt das, dass er schon gelernt hat, dass es so für ihn angenehmer ist.

Die postoperative Befragung der über 30 Patienten, die nach dieser neuen Vorgehensweise operiert worden sind, ergab, dass sie es - wenn notwendig - jederzeit wieder auf diese Art mitmachen würden und dass als wirklich belastend nur das zeitweise Unvermögen empfunden wurde, Dinge beim Namen zu nennen. Eine Bauersfrau belastete es z.B. noch für Tage, dass sie ihr Gemüse nicht hatte aufzählen können.

## **Implikationen für die Medizin**

Die geschilderte Begleitung von Patienten mit kranialer Leitungsanästhesie zur Wachkraniotomie ist nur ein Extrembeispiel für grundsätzlich jede *Begleitung bei Regionalanästhesie*. Eine Nachbefragung von Patienten nach Regionalanästhesie bei orthopä-



### *Hypnotische Kommunikation*

dischen Operationen ergab, dass Patienten sich oft wie links liegengelassen fühlen. Der Operateur unterhält sich mit dem Assistenten, der Anästhesist mit der Schwester und einsam liegt der Patient. Gegen dieses Gefühl der Angst und des Alleingelassen-seins hilft auch kein Sedativum oder Analgetikum, das gewöhnlich eingesetzt wird. Es ist ernüchternd, dass in der Literatur zu Lokal- und Regionalanästhesie, in den einschlägigen Lehrbüchern und Journalen, zwar ausgiebig abgehandelt wird, wohin man wie viel Lokalanästhetikum spritzt, was es für Nebenwirkungen gibt und wie man überwacht und ggf. zusätzliche Analgosedierung einsetzt, aber nichts darüber zu finden ist, dass man etwa mit dem Patienten sprechen sollte.

Eine wesentliche Verbesserung durch „Therapeutische Kommunikation“, d.h. durch wechselseitige Abstimmung zwischen Patient und Therapeut, wäre in der Medizin allein schon durch Erkennen und Vermeiden von allgegenwärtigen Negativ-Suggestionen zu erreichen. Dazu hilft die Erkenntnis, dass die in der Medizin Tätigen selbst, obwohl nur das Beste wollend („good willers“), sowie das medizinische Umfeld, z.B. der Operationsaal, für den Patienten bedrohlich sein können. Oft ist schon viel gewonnen, wenn der Patient aus dieser äußeren Situation in innere Räume und Bilder „entführt“ wird. Solange Mediziner so viele Negativsuggestionen verbreiten, genügt es auch nicht, wenn ein Psychotherapeut hinzugezogen wird und bei einer Operation mitmacht oder ein paar Mediziner eine Hypnoseausbildung machen. *Alle Mediziner* müssen lernen, *mit allen Patienten anders umzugehen* und sollten *hypnotische Kommunikation* kennen und anwenden.

Als Regeln für den Umgang mit Patienten lässt sich entsprechend formulieren:

- Aufmerksamkeit für die Situation, d.h. sehen, was auf den Patienten einwirkt, um Negativsuggestionen zu erkennen;
- Negativsuggestionen vermeiden, oder - wenn bereits erfolgt - neutralisieren;
- Konzentration auf den Patienten, d.h. die verfügbare gemeinsame Zeit dem Patienten widmen, statt belangloser Gespräche mit Mitarbeitern;
- das Erleben des Patienten wahrnehmen;
- jeden Patienten als wach behandeln, auch wenn er die Augen geschlossen hat;
- Kommunikation aufbauen, aufrechterhalten und jederzeit als Möglichkeit zu Positivsuggestionen nutzen;
- Worte behutsam wählen;
- individuell arbeiten; es gibt keine allgemein gültigen Kochrezepte.

Die Vorteile, die sich für den Patienten daraus ergeben, bestehen in der Verringerung von Angst, Stress und Nebenwirkungen. Er gewinnt Selbstverantwortung, Kontrolle und Kompetenz zurück, entgegen der Passivität und dem Ausgeliefertsein, in die ihn die Medizin gewöhnlich drängt. Er bekommt die Möglichkeit, eigene Coping-Strategien und Ressourcen zur Stressbewältigung, zur Homöostase und Heilung zu nutzen, die er auch im weiteren Verlauf seiner Erkrankung gebrauchen kann. Für den Arzt bedeutet diese Form des Umgangs ein sehr kreatives und kommunikatives Arbeiten, gegen langweilige Routine. Es verbessert sein Verhältnis zum Patienten und dieser gibt

*Ernil Hansen*

vermehrt positive Rückmeldungen wie: "Sie gaben mir die absolute Sicherheit, gut aufgehoben zu sein. Ihr Satz „Wir weichen nicht von Ihrer Seite“ hat mich wirklich sehr beruhigt, ebenso ihr Händedruck." Daraus wiederum ist zu erfahren, dass ein Patient so undenkbar Befürchtungen haben kann wie, dass sein Narkosearzt den Raum verlässt. Diese Information kann nun wieder genutzt werden, um für andere Patienten die Behandlung zu verbessern. Der Gedanke, dass der Therapeut vom Patienten lernt, z.B. etwas über Bewältigungsstrategien oder die tatsächlichen Ängste und Belastungen des Patienten, ist für viele Mediziner ungewohnt, hat aber sehr viel mit Qualität zu tun. Auch die Qualität der Medizin, ein sehr aktuelles und wichtiges Thema, ist zum großen Anteil definiert als Zufriedenheit des Kunden. Dem Patienten ist es z.B. eher egal, mit welchem Narkosemittel er anästhesiert wird, dagegen wichtig, dass er sich beachtet und gut aufgehoben fühlt. Dazu kann die beschriebene hypnotische Kommunikation wirkungsvoll beitragen.

## **Unterschiede zur Hypnotherapie**

Der dargestellte Umgang mit Patienten gründet sich auf Erkenntnisse und Methoden der Hypnotherapie und unterscheidet sich doch deutlich von dieser. Es handelt sich dabei nicht um Therapie. Indem diese Methode adjuvant und nicht alternativ zur medizinischen Behandlung angewandt wird, werden Vorurteile und Vorbehalte gegenüber der Hypnose vermieden. Es ist kaum zusätzlicher personeller, räumlicher und zeitlicher Aufwand nötig, indem das ärztliche oder pflegende Personal selbst tätig wird. Die vorgegebene Situation und verfügbare Zeit werden nur anders genutzt. Ohne formale Hypnoseinduktion werden Prinzipien und Techniken der Hypnotherapie verwendet. Körperlicher Kontakt ist erlaubt und geradezu erwünscht. Eine spezielle Ausbildung in Hypnose ist sinnvoll, aber nicht die Vorbedingung. So können sich auch Berufsanfänger in der Medizin von Anfang an einbringen und mitwirken, und der „Schein“ steht nicht am Anfang einer praktischen Umsetzung, sondern gegebenenfalls am Ende nach gewachsenem Interesse. Medizinische Hierarchien werden aufgebrochen, und ein junger Assistent kann eventuell eher als der erfahrene Oberarzt den richtigen Zugang, das richtige Wort für einen Patienten finden und dabei Mut gewinnen, sich von Anfang an einzubringen und auf Patienten einzulassen. Vor allem ist die Anwendung generell statt exklusiv. Ziel ist nicht, dass ein Experte mit einer Spezialausbildung eine besondere Methode manchmal unter besonderen Voraussetzungen an ausgewählten Patienten einsetzt, sondern dass alle Mediziner mit allen Patienten anders umgehen, um in der Medizin Negativ-Suggestionen, Angst und Schmerz zu verringern.



## *Hypnotische Kommunikation*

### **Literatur**

- Bejenke, C. J. (1990). Operating room equipment: Useful hypnotic induction aids in anesthesiology. In R. van Dyck, P. Spinhoven, A. J. W van der Does, Y. R. van Rood, W. De Moor (Eds.), *Hypnosis: Current theory, research, and practice* (pp. 199-205). Amsterdam: V.U. University Press.
- Bejenke, C. J. (1996). Painful medical procedures. In J. Barber (Ed.), *Hypnosis and suggestion in the treatment of pain* (pp. 209-266). New York: W. W. Norton & Co..
- 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 Verlag.
- Bejenke, C. J. (2004). Das Essen war ziemlich phantasielos: Eine schwierige Knieoperation – Vorbereitung in Hypnose. In H. Ebell & H. Schuckall (Hrsg.), *Warum therapeutische Hypnose? Aus der Praxis von Ärzten und Psychotherapeuten* (S. 16-24). München: Pflaum Verlag.
- Benedetti, F., Lanotte, M., Lopiano, L., & Colloca, L. (2007). When words are painful: Unraveling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience*, 147, 260-271.
- Cancio, L. C. (1991). Stress and trance in freefall parachuting: a pilot study. *Journal of Clinical Hypnosis*, 33, 225-234.
- 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. (1994). *Hypnosis: The application of ideomotor techniques*. Boston: Allyn & Bacon.
- Cowan, G. S., Buffington, C. K., Cowan, G.S., & Hathaway, D. (2001). Assessment of the effects of a taped cognitive behavior message on postoperative complications (therapeutic suggestions under anesthesia). *Obesity Surgery*, 11, 589-593.
- Eberhart, L. H., Doring, H. J., Holzrichter, P., Roscher, R., & Seeling, W. (1998). Therapeutic suggestions given during neurolept-anaesthesia decrease post-operative nausea and vomiting. *European Journal of Anaesthesiology*, 15, 446-452.
- Faymonville, M. E., Mambourg, P. H., Joris, J., et al. (1997). Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: A prospective randomized study. *Pain*, 73, 361-367.
- Hansen, E. (2004) Wirklich sehr beruhigt: Hypnotische Kommunikation zur Narkoseeinleitung bei einer ängstlichen Patientin. In H. Ebell & H. Schuckall (Hrsg.), *Warum therapeutische Hypnose? Aus der Praxis von Ärzten und Psychotherapeuten* (S. 71-75). München: Pflaum Verlag.
- Hansen, E. & Bejenke, C. (2010). Negative und positive Suggestionen in der Anästhesie – Verbesserte 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* (im Druck)
- Jacobs, D. T. (1991). *Patient communication for first responders and EMS personnel*. Englewood Cliffs: Brady.
- Kaiser-Rekkas, A., Schwender, D., & Pöppel, E. (1997). Akustisch evozierte Potentiale und Hypnose in der Untersuchung akustischer Wahrnehmung während Allgemeinanästhesie. *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 13, 137-154.
- 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.
- Kerscher, C., Zimmermann, M., Graf, B. M., & Hansen, E. (2009) Kraniale Leitungsanästhesien - Hilfreiche Techniken für Neurochirurgie, Dermatologie, Plastische Chirurgie und Schmerztherapie. *Der Anaesthesist*, 58, 949-958.
- Lang, E. V., Benotsch, E. G., Fick, L. J., Lutgendorf, S., Berbaum. M. L., et al. (2000). Adjunctive non-

*Ernil Hansen*

- pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet*, 355, 1486-1490.
- Lang, E. V., Hatzopoulos, O., Berbaum, K., Lutgendorf, S., Kettenmann, E., et al. (2005). Can word hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. *Pain*, 114, 303-309.
- Lown, B. (2004). *Die verlorene Kunst des Heilens*. Stuttgart: Schattauer.
- Montgomery, G. H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J. H., & Bovbjerg, D. H. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. *Anesthesia and Analgesia*, 94, 1639-1645.
- Rossi, E. L. (2007). *20 Minuten Pause*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Savulescu, J., Foddy, B., & Rogers, J. (2006). What should we say? *Journal of Medical Ethics*, 32, 7-12.
- Schenk, P. W. (2008). Just breath normally: Word choices that trigger nocebo responses in patients. *American Journal of Neurology*, 108, 52-57.
- Schmierer, A., & Schütz, G. (2006). *Zahnärztliche Hypnose*. Berlin: Quintessenz Verlags GmbH.
- Schulz, U., Keh, D., Fritz, G., Barner, C., Kerner, T., Schneider, G.-H., et al. (2007). „Schlaf-Wach-Schlaf“-Technik zur Wachkraniotomie. *Der Anaesthesist*, 55, 585-598.
- Schwender, D., Kaiser, A., Klasing, S., Peter, K., & Poepfel, E. (1994). Midlatency auditory evoked potentials and explicit and implicit memory in patients undergoing cardiac surgery. *Anesthesiology*, 80, 493-501.
- Wobst, A. H. K. (2007). Hypnosis and surgery: Past, present, and future. *Anesthesia Analgesia* 104, 1199-1208.

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: 21.12.2009

akzeptiert: 28.1.2010

## **Buchbesprechung**

**Seemann, Hanne (2008, sechste Auflage). Freundschaft mit dem eigenen Körper schließen - Über den Umgang mit psychosomatischen Schmerzen. Stuttgart: Klett-Cotta, ISBN 978-3-608-89069-3. 208 Seiten. Preis: 21,90 €.**

Stellen Sie sich vor, Sie müssten mit einem Ihnen fremd anmutenden Wesen, das auch noch eine Ihnen völlig unbekannte Sprache spricht, Ihr Leben verbringen, und das auf engstem Raume, gewissermaßen in einer Zwangsgemeinschaft. Dieses, zugebenermaßen etwas bizarre Bild, charakterisiert in etwa den Ausgangspunkt für Hanne Seemanns Betrachtungen der Psychosomatik, und das unbekannte Wesen, mit dem es auszukommen gilt, ist unser Körper. Das Ungewöhnliche dieses Buches, das sich an ärztliche und psychologische Schmerztherapeuten wendet, von dessen Inhalten allerdings alle Kollegen, die mit psychosomatisch belasteten Patienten arbeiten, profitieren können, sei gleich zu Beginn erwähnt: Der Autorin ist es gelungen, über ein schmerzhaftes Thema ein ebenso informatives und kluges wie auch geistreiches und tatsächlich amüsantes Buch zu schreiben. Wie sich schon im Titel ankündigt, bietet die Autorin eine beziehungsorientierte Perspektive des psychosomatischen (Schmerz-) Geschehens an, in der es darum geht, den beiden zuweilen miteinander in Clinch liegenden Instanzen „Körper“ und „Ich“ eine gedeihliche Koexistenz zu ermöglichen. Der Leser wird mitgenommen auf einem Weg, an dessen Anfang hoffnungslos erscheinende Diagnosen stehen und an dessen Ende man sich zu einem anderen Umgang mit dem Kommunikationspartner „Körper“ inspiriert fühlt.

In den ersten vier Kapiteln vermittelt die Autorin in profunder und gleichzeitig anschaulicher Weise zunächst das ihrem Behandlungsansatz zugrunde liegende systemische Konzept von den getrennten, aber dennoch zusammengehörigen Sphären des Körpers, d.h. des Unwillkürlichen-Vegetativen auf der eine Seite, und des Ichs, des Willkürlichen auf der anderen Seite. Es folgt eine auch für den medizinischen Laien verständliche Ausführung über das Vegetativum als ein sehr komplexes Funktionssystem, das Regulationsaufgaben zur Erhaltung einer Balance des Gesamtorganismus erfüllt. Psychosomatische Störungen werden als Entgleisung dieser beständigen homöostatischen Bestrebungen in der Folge von Überforderung beschrieben. Die Überforderung des auf Anpassung an unterschiedlichste Belastungen ausgerichteten vegetativen Systems wird dargestellt als Resultat einer zu lange bestehenden Einseitigkeit der Lebensführung des Ichs, d.h. der Instanz im Gesamtsystem, das über einen Willen verfügt, Entscheidungen trifft und mit der sich der Mensch gemeinhin identifiziert. Die psychosomatischen Dysfunktionen werden als Rhythmusstörungen – gemeint sind natürliche Rhythmen von z.B. An- und Entspannung - beschrieben und in vier Typen unterteilt: Das Anspannungssyndrom (am häufigsten in Form von Spannungskopfschmerz oder Rückenschmerzen), die vegetative Entgleisung (z.B. Migräne, asthmatische Anfälle), chronische Erschöpfungssyndrome und Körpergedächtnissymptome (Störungen mit zugrunde liegender Traumatisierung).

*Fortsetzung S. 94*