

## KOMUNIKACJA HIPNOTYCZNA. JAK WZBOGACIĆ KONTAKT Z PACJENTAMI\*\*

### HYPNOTIC COMMUNICATION. HOW TO ENRICH THE CONTACT WITH THE PATIENTS

Klinik für Anästhesiologie der Universität Regensburg

**communication  
awake hypnosis  
anesthesia**

*Artykuł Ernila Hansena zwraca uwagę na stan transu pojawiającego się w sytuacjach ekstremalnych, np. przed operacją, w trakcie wypadku komunikacyjnego, charakteryzującego się specyficznymi cechami. Jedną z nich jest wysoka podatność na sugestie. Z tego powodu autor proponuje wzbogacenie komunikacji z pacjentem oraz w jego otoczeniu sugestiami pozytywnymi przy jednoczesnym unikaniu sugestii negatywnych cechujących język medyczny.*

#### Summary

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. 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. 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. 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.

---

\* Profesor anestezjologii w Szpitalu Uniwersyteckim w Regensburg (Niemcy). Przed ukończeniem medycyny studiował chemię i biologię oraz pracował w Max-Planck-Institute w Martinsried (Niemcy). Jest aktywnym członkiem w radzie naukowej niemieckiego Stowarzyszenia M.H.Ericksona (the German Milton-Erickson-Society). Główne obszary zainteresowań naukowych prof. E. Hansena, to zagadnienia związane z transfuzją autologiczną; badaniami nad akupunkturą oraz hipnozą służącą terapeutycznej komunikacji. Prof. E. Hansen pracuje także intensywnie na rzecz integracji hipnozy z medycyną i edukacją kliniczną.

---

\*\* Tekst jest zapisem wykładu wygłoszonego 22 X 2011 roku na Sympozjum Trzech Sekcji pt. „Czy psychoterapia zmienia mózg?” odbywającym się w Krakowie w dniach 21–23 X 2011 roku.

Psychologia podpowiada lekarzom: „Spróbujcie dotrzeć do pacjenta, uzyskajcie do niego dostęp, uspokójcie go”. Dla anestezjologa czy ratownika medycznego znaczy to najczęściej: „Udało się! Mamy dojsście dożyłne, pacjent jest już spokojny”. Oznacza to zwykle, że jest pod wpływem działania narkozy. Można jednak zrobić dużo więcej. Pokazuje to Donald T. Jacobs [1] w książce *Patient communication for first responders*. Opisuje w niej „Eksperyment Kansas” Erika Wrighta, w którym część ratowników medycznych („paramedics”) otrzymywała instrukcje postępowania, a inna pozostawała bez nich. Instrukcje brzmiały:

- możliwie szybko wydostać pacjenta z miejsca wypadku i tłumu;
- przeczytać mu spokojnie wskazany tekst, powtarzając go kilka razy, niezależnie od tego, czy pacjent ma zamknięte oczy, czy otwarte, czy jest świadomy, czy nie;
- nie prowadzić żadnej negatywnej czy błażej konwersacji.

Wynik był taki, że większa liczba pacjentów z grupy z instrukcją docierała do szpitala, więcej osób przeżyło, szybciej dochodzili do siebie, a ich pobyt w szpitalu był krótszy. Tekst brzmiał prosto: „Najgorsze minęło. Zawieziemy cię teraz do szpitala, gdzie wszystko jest już przygotowane. Twoje ciało może się skupić na własnych siłach obronnych, możesz się teraz czuć całkiem spokojny. Pozwól swoim narzodom, swojemu sercu i swoim naczyniom krwionośnym wprowadzić się w stan, jaki zapewni przeżycie i szybkie wyzdrowienie. Możesz krwawić tak dużo, jak to konieczne, aby oczyścić rany, a potem bez wysiłku pozwól naczyniom krwionośnym się pozamykać tak, aby twoje życie było bezpieczne. Funkcje twojego ciała, jego temperatura i pozostałe parametry staną się optymalne, a w szpitalu będzie wszystko przygotowane, aby kontynuować proces zdrowienia. Zawieziemy cię tam szybko i bezpiecznie. Jesteś bezpieczny. Najgorsze minęło”.

Ten właściwie niepozorny tekst zawierał wiele pozytywnych sugestii i — jak przypuszczali autorzy — prawdopodobnie powstrzymał ratowników od innych nieprzemysłanych słów i negatywnych sugestii. Książka wykazuje, jak stosowanie prostych, pozytywnych sugestii oraz unikanie sugestii negatywnych może przynieść istotne klinicznie efekty. W sytuacjach nagłych zastosowanie sugestii jest szczególnie skuteczne.

### **Pacjenci często spontanicznie wchodzą w stan transu<sup>1</sup>**

Warto zauważyć, że kiedy pacjent jest u dentysty, w szpitalu, na miejscu wypadku, przed operacją albo znajduje się w sytuacji ekstremalnej, wtedy z powodu strachu, stresu czy bólu wchodzi w naturalny trans [2]. Naturalny oznacza, że taki stan zdarza się zarówno zwierzętom, jak i ludziom w sytuacjach angażujących całą ich uwagę.

Każdy człowiek wślizguje się w taki naturalny trans przy czynnościach, jakie wymagają skupienia (np. przy czytaniu interesującej książki) albo przy monotonnałych bodźcach lub powtarzających się ruchach (np. przy rytmie bębenka albo biegu na długiej trasie) lub w trakcie uprawiania sportów ekstremalnych (jak np. skok ze spadochronem). [3, 4]. Doświadczenie transowe zdarza się też regularnie każdego dnia w rytmie wewnątrzdobowym [5]. Taki trans jest szczególnym, zmienionym stanem świadomości, w którym percepcja

<sup>1</sup> W tradycyjnym rozumieniu hipnozy, za trans uznawano stan, jaki indukuje w pacjencie terapeuta. Współcześnie uważa się za trans również każde istotne zawężenie uwagi mogące pojawiać się u pacjenta spontanicznie w szczególnych okolicznościach.

obrazowa góruje nad racjonalnym myśleniem. Z tego wynika, że z pacjentem będącym w takim stanie nie ma sensu rozmawiać, odwołując się do rozsądku, mówiąc np.: „Pana obawa, że Pan się nie obudzi, jest w pełni nieuzasadniona, statystyczne ryzyko mówi przecież, że ...”. W takiej sytuacji zarówno niezbędna, jak i możliwa jest inna, szczególna forma komunikacji.

Na czym opiera się to założenie? Z doświadczeń w stanie hipnozy wynika, że w wyżej wspomnianych sytuacjach obserwuje się u pacjentów występowanie zjawisk transowych. Pacjent jest w transie, choć nie odbyła się żadna formalna indukcja hipnotyczna.

Przykładem ilustrującym zjawisko zogniskowanej uwagi może być sytuacja, gdy pacjentka jest po operacji, podawanie narkozy jest już zakończone, a rurka intubacyjna usunięta (rurka dostarcza mieszaniny gazów usypiających i tlenu podczas znieczulenia ogólnego). Pacjentka pokasłuje krótko, kładzie się i zamyka ponownie oczy. Anestezjolog odwraca się do pielęgniarki anestezjologicznej i mówi: „Tej rury (ma na myśli przewód do sztucznego oddychania) proszę nie wyrzucać, proszę ją dać do sterylizacji”. W tym momencie młoda pacjentka unosi się z szeroko otwartymi oczami i woła: „Nie sterylizować! Nie sterylizować!”. To nie jest normalna reakcja. W trakcie zwykłego wykładu dla studentek można użyć wielokrotnie słowa „sterylizacja”, a nie zdarzy się podobna reakcja. W sytuacji ekstremalnej, podczas zabiegu medycznego, pacjenci ogniskują całą uwagę i jak gąbka wchłaniają wszystko, co mogłoby być informacją, a słowa, jakie słyszą, odnoszą do siebie.

Można również zaobserwować u nich inne oznaki transu, jak katalepsja czy dysocjacja. Najważniejszą jednak cechą takiej sytuacji jest wysoka podatność pacjentów na sugestie. Co zastanawiające, personel medyczny jest tego świadomy; medyczne otoczenie pełne jest sugestii, niestety, są one na ogół nierozważnie negatywne.

Zjawiska transowe: obserwowane u pacjentów:

- zogniskowana uwaga
- dosłowne (literalne) rozumienie
- reakcje psychomotoryczne
- wybiórcza, częściowa amnezja
- dysocjacja (oddzielenie)
- hiperestezja (nadwrażliwość na bodźce)
- katalepsja (bezruch)
- zwiększona podatność na sugestie.

### **Procedury medyczne są przesycone negatywnymi sugestiami**

Sugestie negatywne powstają na wiele sposobów, częściowo wynikają ze specyfiki stanu transu. Nie działają w nim zaprzeczenia, silniej działają wyraźne obrazy [6]. Zdania typu: „Nie potrzebuje się pani bać, proszę się nie martwić” nie wpływają na uspokojenie. W pamięci pacjenta pozostaną słowa budzące niepokój: „bać się”, „zmartwienie” czy „ból”.

Określenie osoby jako: „pacjent ryzyka” nie podbudowuje. Określenia wieloznaczne „teraz okablujemy pana” lub „zaraz wszystko minie” często mogą być zrozumiane nie-

zgodnie z intencją mówiącego. Niejednoznaczność zawarta w stwierdzeniach: „Może to pomoże...?”, „Spróbujmy...”, „Czy pan już coś zauważył?”, może prowadzić pacjenta do wniosku, że także lekarz nie wie, co właściwie się dzieje. Czasem sugestie negatywne są wypowiedziane nawet bezpośrednio: „To zawsze piekielnie boli”, „Będzie pan musiał chwilę pocierpieć”, „Żeby pan to wytrzymał, musimy...”, „Następne uderzenie serca mogłoby być ostatnim”, „Będzie się pan czuł jak połamany”, „Od leku zakręci się panu trochę w głowie”, „To znowu będzie przez chwilę paliło”.

Negatywną sugestią są także pytania, jakie zadaje pielęgniarka w pokoju wybudzeń: „Czy jest panu niedobrze?”, „Czy naprawdę nie jest panu niedobrze?!”, „Czy na pewno nie jest panu niedobrze?!”. Kolejny przykład to sytuacja, gdy w sali wybudzeń pacjent leży w bezruchu, spokojnie, a pielęgniarka mówi do niego: „Jeśli będzie pan musiał zwymiotować, może się pan poruszyć”, pacjent rozumie to jako polecenie, że będzie się mógł dopiero wtedy poruszyć, jeśli ... Podobnie zachowa się przy słowach „Gdy odczuje pan ból, będzie pan mógł znów się poruszyć” [7].

Wiele poleceń jest formułowanych w sposób niewłaściwy, np.: „Proszę wymyślić sobie piękne marzenie!”. Taka sugestia nie zadziała. Można natomiast zapytać: „Gdzie pan był ostatnio na urlopie?” albo „Z pewnością wołałby pan być w innym miejscu niż tutaj, prawda...? Proszę mi o takim miejscu opowiedzieć...” [8]. Kiedy pacjent zaczyna odpowiadać, oznacza to, że rozpoczął własne wewnętrzne poszukiwania, jest tam i tam odbiera wrażenia zmysłowe i uczucia. Można wówczas, używając czasu terażniejszego, dalej rozmawiać i pytać: „A jak pan czuje słońce na skórze? Jak tam pachnie?” itd. Polecenie: „proszę się po prostu rozluźnić!!” nie wywoła odprężenia. Równie nieskuteczne będzie zdanie: „Proszę się nie martwić” — gdyż zawiera niemożliwe do uchwycenia przez pacjenta zaprzeczenie („nie martwić”). Zjawiska tego typu nie podlegają rozsądkowi i woli.

Fachowy, medyczny żargon łączy zespół leczący, ale dla pacjenta jest oszalamiający i czasem przerażający. Kilka przykładów: kiedy pacjent ma otrzymać narkozę, a siostra mówi do anesteziologa: „Przyniosę szybko jeszcze coś z »szafy z trucizną« (schowek na środki narkotyczne) i wtedy możemy zaczynać”. Główny lekarz wyjaśnia asystentowi krótko przed zakończeniem intubacji: „Teraz skrócimy »przeźren martwą«” (część powietrza, która w tubie respiracyjnej jest przesuwana w górę i w dół). Na oddziale intensywnej terapii: „Założymy panu teraz sztuczny nos” (filtr powietrza, który nawilża); albo przy naświetlaniu: „Proszę iść do bunkra promieniowania”.

Oczywisty niepokój pacjenta czy nawet oczekiwanie najgorszego jest wystarczająco podatnym gruntem, by w przytoczonych stwierdzeniach znaleźć wiele określeń mogących być przez pacjenta odebranych tak, że potwierdzą jego najgorsze obawy. Kardiolog Bernhard Lown [9] przedstawia w swojej godnej uwagi publikacji Zagubiona sztuka leczenia (oraz w innych pozycjach), jak dramatycznie pogorszył się stan pacjentki, gdy podczas obchodu lekarskiego, wypowiedziana skrótowo diagnoza: „T.S.” (co miało oznaczać Trikuspidalklappenstenose — „zwężenie zastawki trójdzielnej”), została zrozumiana jako: „stan terminalny (terminal state)”. Opisuje również, jak u pewnego pacjenta, podczas rozmowy wyjaśniającej zostało wywołane, zagrażające życiu, zaburzenie rytmu serca. Wyjaśnianie możliwych działań ubocznych lub komplikacji leczenia (będące prawnym wymogiem), jest silnym źródłem negatywnych sugestii, nawet przy najlepszych zamiarach lekarza i przy minimalnym prawdopodobieństwie śmierci pacjenta. Negatywnie działa na pacjenta

także przypisanie mu roli pasywnej, do jakiej zostaje zwykle zepchnięty: „Robiliśmy to już tysiąc razy, proszę się zdać na nas”, przy tym lekarz patrzy na leżącego (więc z góry) i daje pacjentowi odczuć, że jest „przypadkiem” lub rozpoznaniem i jako osoba może raczej przeszkadzać w terapii, niż coś do niej wnieść.

Przyjmuje się ogólne założenie, że robi się coś dobrego dla pacjenta, kiedy wcześniej oznajmia mu się możliwość bolesnych manipulacji i wyraża współczucie, że wystąpią. Studium Elviry Lang i in. [10] wykazało, że ból był silniejszy, a strach większy, jeśli te zapowiedzi i oznaki współczucia były określane negatywnymi słowami. Sama dobra wola terapeuty nie wystarcza. Odgrywa przy tym z pewnością rolę „Efekt nocebo” — negatywny efekt placebo, warunkowany przez negatywne oczekiwania [11]. W ten sposób powiększa się odczuwanie bólu. Werbalne sugestie negatywne powodują oczekiwanie na ból a także zwiększają lęk, w ten sposób aktywowane są obszary mózgu odpowiedzialne za przetwarzanie bodźców bólowych [12]. Negatywne sugestie częściowo mogą być wyjaśnione przez efekt nocebo.

Całe medyczne otoczenie; przyrządy, rozmowy, szумы, nienaturalny sposób bycia (pacjent jako obiekt), choroba, upokorzenie (pacjent półnagi), utrata kontroli, deficyt informacji, stanowią potężne sugestie negatywne. Dlatego dla wszystkich pracujących w obszarze medycznym ważne jest, aby spostrzegać, co dzieje się wokół pacjenta i zadawać sobie pytanie, jak to wszystko działa i co pacjent przy tym odczuwa. Może to być pierwszym krokiem, by rozpoznawać negatywne sugestie i uczyć się ich unikać [13].

### Możliwość pozytywnych sugestii

Stan zwiększonej podatności na sugestie może być spożytkowany przy wprowadzaniu sugestii pozytywnych. Sugestie te nie są stosowane w celu „wmawiania czy sugerowania czegoś”, „obiecywania czegoś, co jest fałszywe”, „wykiwania”, lecz w znaczeniu angielskiego słowa: „to suggest”, tzn. „dać propozycję”, „przedstawić propozycję”, „zaoferować możliwość”. Sugestia nie polega na tym, żeby człowiek uwierzył w coś, co nie jest prawdą. W sugestii chodzi o to, by stworzyć warunki do przyjęcia tego, co może być prawdą, uwierzyć w coś, co jest możliwe. Mogą tutaj być zastosowane umiejętności hipnoterapii bez formalnej indukcji hipnotycznej.

Zamiast formułowanej przed wprowadzeniem narkozy sugestii bezpośredniej: „Proszę wziąć głęboki wdech i wydech”, sugestia pośrednia może np. brzmieć: „z każdym głębokim wdechem.... może pan głębiej zaczerpnąć dobrego tlenu..., który dobrze wpływa na ciało... a z każdym wydechem... może się pan pozbyć całego zużytego powietrza, żeby znów było miejsce w płucach.... dla głębokiego wdechu, wraz z którym przyjmie pan tlen i wszystko, co jest dla pana dobre ...i może pan wydychać zużyte powietrze i wszystko, czego pan nie potrzebuje..... a wdychać spokój i pewność.... i z wydechem pozbyć się tego, co pana gnębi, a wdychać siłę potrzebną do leczenia” itd. [14]. Wtedy w całym pomieszczeniu, wśród wszystkich atmosfera uspokaja się i wszyscy czują się lepiej i są bardziej rozluźnieni. To, czego lekarze mogą się uczyć od psychoterapeutów, to zwracanie większej uwagi na siebie, będąc pewnym, że leczenie jest tym lepsze, im lepiej czuje się sam terapeuta.

Metody zaczerpnięte z hipnoterapii: 1) bezpośrednie, otwarte, przyzwalające sugestie; 2) wewnętrzne miejsce spokoju; 3) spożytkowanie; 4) przewartościowanie; zmieniona rama odniesienia; 5) zogniskowanie; 6) asocjacja; 7) dysocjacja; 8) metafory; 9) sugestie posthipnotyczne; 10) niewerbalna komunikacja; 11) bezpieczne miejsce (safe place); 12) użyteczność; 13) skierowanie uwagi; 14) połączenie z czymś pozytywnym — miejscem, czasem, częścią ciała; 15) przenośnie, porównania.

### Adaptacja metod z obszaru hipnoterapii

*Dysocjacja.* W celu *dysocjacji (oddzielenia)* pacjenta od niepokojącego medycznego otoczenia, pomocne jest stworzenie wewnętrznego miejsca spokoju — „safe place”. Może to być miejsce urlopowe, ogród, albo po prostu dom, wg potrzeb pacjenta. Spożytkowanie okazuje się bardzo pomocne w przeformułowywaniu treści, jakie wnosi pacjent. Pacjentowi z lękami przed utratą kontroli można zwrócić uwagę na przyrządy monitorowania: „Proszę słuchać tego spokojnego, równomiernego pulsu. To jest pana rytm. Proszę wstrzymać oddech... Teraz puls jest wolniejszy. Jak pan to robi? To fantastyczne, co pan może zrobić! Tak ważne reakcje może pan spowodować samodzielnie: spokojny puls, dobre ciśnienie krwi, krzepnięcie krwi do zatrzymania krwawienia, obrona immunologiczna. My musimy zadbać tylko o to, aby miał pan jak najlepsze warunki”. Poprzez proste pytania, takie jak: „Czy leży pan wygodnie?”, albo: „Czy możemy jeszcze poprawić pańskie ułożenie?”, lub „Jak pan sądzi, możemy zaczynać?” można oddać z powrotem kontrolę.

Przewartościowanie (reframing), okazuje się szczególnie pomocne w wykreowaniu innego odbioru przeszkadzających lub obciążających dźwięków. Można posługiwać się historiami. Oto przykładowa opowieść: Pewien mężczyzna idzie do stomatologa, a ten mówi: „Będę musiał wiercić. Jakie ma pan hobby?”. „Lubię jeździć motorem” — odpowiada mężczyzna. „A gdzie?”. „Po Kalifornii”. „Dobrze, niech pan zatem zamknie oczy i jedzie Highway Number One”. Po leczeniu dentysta pyta: „I jak było?”. Pacjent mówi: „Bardzo dobrze. Ale szczególnie fajnie było, kiedy pan mocno podkreślał szybkość, tak ... brrrr, brrrrnn!”. Podobnie w tworzeniu innych historii można odwołać się do brzmienia kosiarki do trawy lub dźwięku maszyn wykorzystywanych do leśnych prac, w zależności od tego, jakie bezpieczne miejsce wybrał dla siebie pacjent: działkę, ogród czy las. Płukanie czy ssanie można przyrównać do dźwięków górskiego strumienia. Brzmienie odkładanych narzędzi, może przypominać łamiące się gałęzie. Materiał osłaniający ciało podczas operacji można przyrównać do ubrania ochronnego. Ból i stres są subiektywnymi odczuciami i mogą być różnie postrzegane, w zależności od tego, gdzie kierujemy uwagę; czy np. zwracamy się w stronę zastrzyku i wiertła, czy też kierujemy wrażenia zmysłowe w zupełnie inną stronę. Dokuczliwe, denerwujące oczekiwanie daje się przeformułować na konstruktywny czas przygotowania: „Wiem, czekanie jest denerwujące, ale Pana ciało może wykorzystać ten czas, aby bardziej przestawić się na zabieg i leczenie, może pozwolić uspokoić się wszystkim zbędnym myślom i poświęcić się całkowicie ważnym zadaniom, jakie ma Pan przed sobą: ustabilizowanie krążenia krwi, intensywne oddychanie, ochrona przed zbędnymi bodźcami z zewnątrz, rozluźnienie mięśni, szybkie zatamowanie krwawienia, budowanie skutecznej obrony przed infekcją, sprawne leczenie rany... itp.” [1].

**Asocjacja.** W asocjacji można łączyć odczucia negatywne, jak ból, ze zjawiskami pozytywnymi: „Kiedy pan się obudzi i zauważy ucisk opatrunku, wtedy będzie pan wiedział, że leczenie już się zaczęło” [15]. Metafory dają cenną możliwość opowiedzenia między wierszami czegoś ważnego: „Proszę mi podać rękę, potrzymam ją / wesprę pana”. Jeśli pacjent zaangażował się w propozycję nurkowania w ciepłym morzu, wtedy można powiedzieć: „Może pan opuścić tę zimną, deszczową miejscowość i gdy będzie pan leciał samolotem, będzie pan wiedział, że przynajmniej ponad chmurami świeci słońce”. Jest to metafora tego, że pacjent tu i teraz może widzieć chmury, które zasłaniają niebo, jest jednak miejsce, gdzie świeci słońce.

Duże znaczenie ma komunikacja niewerbalna. To, co pacjent widzi i na co patrzy jest bardzo sugestywne. To normalne, że na fotelu dentystycznym czy stole operacyjnym zazwyczaj leży prześcieradło, dobrze byłoby jednak, gdyby personel medyczny sprawdził czasem lub obejrzał sufit gabinetu. Na pytanie służące ocenie orientacji pacjenta, zadane w sali pooperacyjnej: „Czy pan wie, gdzie pan jest?” — pewna osoba w sali wybudzeń odpowiedziała: „W garażu podziemnym”. Często w takich miejscach, mimo że dużą wagę przywiązuje się do porządnego, gustownego wyposażenia ścian, są także surowe kraty wentylacyjne, lampy neonowe i pokruszony tynk. Jeśli leczący pochyla się nad głową pacjenta od tyłu, wtedy budzi to lęk, ponieważ zaburzone jest wrodzone rozpoznawanie schematu twarzy (facial inversion), szczególnie wtedy, kiedy nos i usta oglądanej przez pacjenta twarzy są zasłonięte. Zupełnie inne wrażenie wywoła umieszczony na suficie, zapraszający do marzeń plakat, a także anestezjolog, który bez maseczki zbliża się do pacjenta od przodu, a maska do sztucznego oddychania powoli i stopniowo zacznie obniżać się na twarz. Tego, że maska ta może działać także w tej pozycji, autor nauczył się od pacjentki, która nie chciała puścić jego ręki, więc niezbędne podawanie tlenu zaczęło się tak, że lekarz stał przed pacjentką zamiast za nią, jak to się zwykle dzieje podczas podawania narkozy. Jak potwierdzają pooperacyjne wypowiedzi, wielu pacjentów ceni sobie dotyk ręki lekarza, dobrze reaguje, kiedy położy mu on dłoń na ramieniu czy uściśnie jego dłoń. Dodatkowo ręka — dla pacjenta symbol kontaktu i towarzyszenia, dla lekarza może pełnić funkcję monitora, w bardzo czuły sposób rejestrując każdą zmianę napięcia w ciele. Ręka lekarza położona na ramieniu pacjenta jest rejestratorem oddychania. Jednocześnie, gdy weźmiemy pod uwagę zjawisko dostrojenia i prowadzenia („pacing and leading”) — ręka może wpływać na oddech; poprzez przedłużenie i wzmocnienie nacisku może pogłębić i spowolnić wydech pacjenta, a przez uniesienie — wzmocnić i przedłużyć wdech.

### **Opis przypadku. Wprowadzenie narkozy**

Wprowadzenie narkozy z zastosowaniem sugestii pozytywnych może wyglądać następująco: „Dzień dobry, jestem doktorem X. Jesteśmy zespołem, który teraz troszczy się o pańskie dobre samopoczucie i bezpieczeństwo. Cały czas jesteśmy przy panu i będziemy z panem, aż do chwili, gdy wszystko minie. Wszystko, co pan tu widzi lub słyszy, służy temu, aby się panem dobrze opiekować”. Aby zapobiec pooperacyjnym mdłościom (najczęstszemu działaniu ubocznemu narkozy), można powiedzieć: „A kiedy się pan obudzi, może będzie pan zaskoczony, jak wszystko przebiegło szybko i sprawnie i może będzie pan ciekawy, na jaką potrawę, jako pierwszą, będzie pan miał apetyt?”. Użycie słowa apetyt jest ważne, po-

nieważ apetyt nie pasuje do mdłości. Równocześnie z tym przekazem pojawia się sugestia, że będzie jakieś potem. Tak sformułowane zdanie jednocześnie uśmierza lub przynajmniej łagodzi rozpowszechnione lęki, że można nie obudzić się z narkozy. Nieprzyjemne odczucia mogą zostać spożytkowane przez nadanie im innych znaczeń, jak np. nacisk mankietu do mierzenia ciśnienia krwi (przy wypuszczaniu powietrza): „Tak jak teraz obniża się ciśnienie w ramieniu, tak może zmniejszyć się również ciśnienie w całym ciele, a to może zwiększyć poczucie odprężenia”. Do wprowadzenia narkozy, pacjent otrzymuje jako środek przeciwbólowy opioid np. fentanyl, który może wywołać zawroty głowy i mdłości. Zwykle informacja o tym jest przekazywana w formie komunikatów typu: „Tak, teraz będzie się panu kręciło w głowie, będzie pan oszołomiony” lub „To sprawi, że będzie pan się czuł tak jak po paru kieliszkach wódki, trochę pijany”. Takie zdania zawierają w rzeczywistości sugestie negatywne. A można przecież powiedzieć: „Otrzyma pan teraz pierwszy lek, środek przeciwbólowy, który wszystko ułatwi, może nawet trochę uskrzydli”. W ten sposób zapowiadana jest wprawdzie zmiana, ale zamiast określeń negatywnych, pojawiają się pozytywne [8]. Lek najczęściej podawany do wprowadzenia w stan narkozy — propofol, może wywołać ból żył, co często jest zapowiadane w sposób: „Teraz może pana coś piec”. Takie słowa wywołują silny negatywny obraz, a może to przecież brzmieć lepiej: „Dostanie pan drugi lek, który ześle na pana relaksujący sen. A jeśli poczuje pan coś w ramieniu, będzie to zupełnie naturalne, zaraz minie. To doznanie w ramieniu będzie sygnałem: Teraz jest czas na leżak. Niech pan pozwoli, aby przeszły chmury i zaświeciło słońce”.

### Skuteczność sugestii

Jak skuteczne jest działanie pozytywnych sugestii, pokazuje zastosowanie hipnozy w stomatologii [16] i medycynie [17, 18], a szczególnie przy zabiegach operacyjnych. Sugestie, jakie kierowane są do osób będących nawet w głębokiej narkozie, mogą w istotny sposób wpływać na ich parametry życiowe i objawy [19, 20]. Jest to jak najbardziej możliwe, ponieważ, jak wiemy z badań nad śródoperacyjnym czuwaniem i neurofizjologicznymi pomiarami, przetwarzanie bodźców akustycznych pozostaje nienaruszone także w stanie całkowitego znieczulenia [21, 22]. Badania przeprowadzane w całkowicie odmiennych warunkach udowadniają, że sugestie, zarówno te wypowiedziane (zindywidualizowane i dostosowane do konkretnego pacjenta) czy też odtwarzane z taśmy, bardzo skutecznie działają na pacjentów. Lęk, stres i ból zostają zmniejszone, co wyraża się także mniejszym użyciem leków i wyższą hemodynamiczną stabilnością. Można zaobserwować korzystny wpływ na funkcje autonomiczne organizmu, takie jak perystaltyka jelit, opróżnianie pęcherza, dławienie się itp. Działania uboczne, takie jak nudności i wymioty, obrzmienia, zaburzenia rytmu serca lub śród- i pooperacyjne krwawienia są wyraźnie mniejsze. Może być przyśpieszone gojenie ran i mobilizacja organizmu. Poprawia się zadowolenie pacjentów i ich chęć współpracy. Skracają się czas hospitalizacji [17, 18, 19, 20, 23]. Z podobnymi, korzystnymi działaniami sugestii, będziemy mieli do czynienia w trakcie hipnotycznej komunikacji z pacjentami, a więc bez wprowadzenia osoby w stan hipnozy i bez formalnej indukcji.

**Opis przypadku: Kraniotomia** (Operacyjne otwarcie czaszki w celu uzyskania dostępu neurochirurgicznego do mózgowia) **w stanie czuwania.**



Operacja guza mózgu, umieszczonego w pobliżu ośrodka mowy, przeprowadzana jest jako tzw. kraniotomia w stanie czuwania. Pacjent musi być w stanie czuwania, w celu śródoperacyjnego testowania jego zdolności mówienia. Na otwartej powierzchni mózgu, poprzez bodziec elektryczny, dokładnie określane jest indywidualne położenie regionu mowy, aby ustalić oszczędzającą drogę dojścia operacyjnego. Region mowy może ulec przemieszczeniu (z uwagi na plastyczność mózgu), z powodu wzrostu guza. Także podczas usuwania guza, słowa, jakie wypowiada pacjent, pomagają bardzo dokładnie określić każde naruszenie ośrodka mowy. Testy rąk i stóp wskazują na ośrodki motoryczne, maksymalnie umożliwiając zredukowanie guza bez deficytów neurologicznych. Podczas standardowej metody przeprowadzania kraniotomii w stanie czuwania, stosuje się tzw. technikę: sen-czuwanie [24]. Wprowadza się narkozę lub znieczulenie (z zastosowaniem sztucznego oddychania lub bez) na przemian z fazami czuwania. Na uniwersytecie w Regensburgu przeprowadzamy te operacje na całkowicie czuwających pacjentach wg nowej metody, w technice: czuwanie-czuwanie [13], bez ujemnego oddziaływania leków.

Uzasadnieniem takiego postępowania jest przekonanie, że zarówno leki wywołujące narkozę, jak i leki antagonistyczne, mogą ujemnie oddziaływać na przeprowadzanie śródoperacyjnych testów, a tym samym na wynik operacji. Poza tym leki tego typu powodują istotne krążeniowe i oddechowe skutki uboczne. Podobne postępowanie wybieramy także do kraniotomii w stanie czuwania, w celu implantacji sondy do głębokiej stymulacji mózgu u pacjentów z rozpoznaniem choroby Parkinsona. Podstawą tego postępowania są z jednej strony czaszkowe blokady przewodnictwa nerwów, które zaopatrują czaszkę [25], a z drugiej strony dają możliwość towarzyszenia i komunikacji z pacjentem. Przy zastosowaniu znieczulenia miejscowego pacjent nie będzie odczuwać bólu na skórze i kościach czaszki. Sam mózg jest niewrażliwy na ból. Nadal pozostaje jednak wiele innych obciążeń, wzbudzających na sali operacyjnej lęk pacjenta, takich jak: stawiana jako ostatnia diagnoza złośliwego guza mózgu; rozmowy personelu i dźwięki narzędzi, metalowe kleszcze, w które wkręcana jest głowa i które ją przymocowują do stołu operacyjnego; nieznanne odczucia w pobliżu głowy, głośne wiercenie i frezowanie kości w celu usunięcia pokrywy czaszki (przewodnictwo kostne dźwięku do ucha pacjenta jest zachowane); odsysanie krwi i guza z mózgu; nieruchome leżenie przez kilka godzin; wyobrażenie manipulowania we własnym mózgu; niepewność wyniku operacji; lęk przed uszkodzeniami i wiele innych. W takich sytuacjach przebieg i zachowanie podczas operacji muszą być zmienione, w przeciwieństwie do zwykłej kraniotomii, która przebiega w znieczuleniu ogólnym. Atmosfera na sali operacyjnej powinna być spokojna, a informacja o wynikach badania tkanek przekazywana dyskretnie, nie przez głośnik na sali. Trzeba unikać nierozważnych rozmów oraz wszelkich negatywnych sugestii.

Siłę działania sugestii negatywnej ilustruje opisana poniżej sytuacja, która zdarzyła się na sali operacyjnej. Przypominam sobie przypadek pacjenta, którego stan w trakcie zabiegu był bardzo stabilny, a pod koniec nieoczekiwanie się pogorszył. Pacjent dostał bradykardii (puls 35/min) stał się hipotoniczny (ciśnienie skurczowe 70 mm Hg) i obłany zimnym potem, co oznacza, że bez odczuwania bólu wykazywał reakcje wazowagalne. Co się wydarzyło? Na sali włączono światło, wcześniej wygaszone na potrzeby mikroskopii operacyjnej. Rozmowy stały się głośniejsze, a pacjent otworzył oczy. Neuropsycholog, przeprowadzający test mowy, pożegnał się. Pacjent obejrzał się za nim i zauważył monitor,

na którym właśnie było widać, jak jest przyszywana jego opona twarda. Neurochirurg wpadł na pomysł, żeby pacjentowi (był z zawodu technikiem), pokazać jeden z nitów, którym będzie umocowany z powrotem do czaszki fragment wyciętych kości. Pacjent zaczął żartować... zrobił się błąd i oblał zimnym potem. Kiedy zauważono tę reakcję, powiedziano mu, że lepiej będzie, kiedy na dalszy ciąg operacji przymknie oczy i „pójdzie z powrotem do lasu”, którego był właścicielem, a gdzie lubił pracować i spacerować. Ciśnienie krwi i puls szybko wróciły do normy.

Towarzystwo i dysocjacja są istotną pomocą dla pacjenta. Od początku zapewniają mu wsparcie: „Jestem cały czas przy panu i pan wie, że mogę zrobić dla pana coś dobrego. Położę rękę na pańskim ramieniu. To jest ręka medycyny, ze wszystkimi przyrządami, lekami, wiedzą, całym doświadczeniem i możliwościami nowoczesnej nauki. Ta ręka jest na pana ramieniu i pozostanie nawet jeśli ją na chwilę zabiorę. Zostanie tak długo, aż pan dobrze przez to wszystko przejdzie. Również przy zamkniętych oczach, ręka na ramieniu będzie przekazywać bliskość i towarzyszenie. Ręką w rękę”.

Z przedoperacyjnej rozmowy lekarz może dowiedzieć się dużo o zasobach pacjenta. Może zapytać o zawód, rodzinę, zwierzęta domowe, hobby, ulubiony sport, plany urlopowe, doświadczenia z technikami odprężania, poznać wewnętrzne miejsca spokoju pacjenta, aby później zbudować na nich potrzebne interwencje. Często są to wędrowki w górach, spacer w lesie, ciepłe morskie plaże lub po prostu odpoczynek w ogrodzie. Można te doświadczenia później spożytkować na sali operacyjnej i nadać nowe znaczenie dźwiękom. Dźwięk ssaka można określić jako szum strumyka górskiego czy morza. Tak właśnie trzeszczą gałęzie lub potracają głowę w lesie czy w sadzie. Wiercenie może być dźwiękiem piły ścinającej pień czy gałęzie drzewa lub dźwiękiem kosiarki sąsiada. Jednej pacjentce, w przeddzień zabiegu, opowiedziano przytoczoną wcześniej historię o kierowcy motocykla. Na początku operacji powiedziano jej, że w tej chwili nie jest już tutaj niezbędna, może zamknąć oczy i iść w swoje góry na wędrowkę. Podczas nawiercania czaszki na pytanie: „Jak to jest?” odpowiedziała bardzo odprężona: „Nadlatuje helikopter — zabierze mnie!”. Odpowiednie przewartościowanie głośniego, nieprzyjemnego szumu i cudowna metafora wprowadziły ją w bezpieczny stan.

Pacjent może wykorzystać w pełni swoje zasoby i kreatywność tylko wtedy, kiedy nie jest za bardzo uspokojony, co jest niestety utartą praktyką przy zabiegach w znieczuleniu miejscowym. Z tego samego powodu wskazane jest unikanie, jeśli to tylko możliwe, centralnie działających leków. Pacjent wie najlepiej, gdzie czuje się bezpieczny i co jest dla niego dobre, trzeba go tylko do tego pobudzić, zachęcić. Neutralna, odprężająca muzyka, odpowiednia do jego upodobań (np. klasyczna, ludowa, jazz, muzyka transowa) może wesprzeć stan odprężenia w „bezpiecznym miejscu”. Tak długo, jak pacjent ma przy tym zamknięte oczy, leży spokojnie, wygląda na odprężonego, a puls i oddech nie sygnalizują żadnego stresu, nie trzeba ingerować ani słowami, ani lekami. Nawet, jeśli pacjent otworzy oczy, można sugestiami przeciągnąć ten stan jeszcze trochę, bo kiedy znów je zamknie, będzie to wskazywało na to, że już się nauczył, iż jest mu przyjemniej z zamkniętymi oczyma.

Pooperacyjne badanie grupy, ponad 30 pacjentów, którzy byli operowani wg tego nowego sposobu postępowania, pokazało, że — gdyby to było konieczne — współpracowali by znów, w ten sam sposób. A jako rzeczywistość obciążająca, odczuwana była czasowa

niemożność nazywania rzeczy po imieniu. Pewna rolniczka przez kilka dni skarżyła się na to, że nie mogła wyliczyć nazw warzyw.

### Wnioski dla medycyny

Przytoczony opis, towarzyszenia pacjentowi podczas znieczulenia miejscowego, w trakcie zabiegu kraniotomii w stanie czuwania, jest tylko ekstremalnym przykładem zastosowania tego rodzaju pracy. Proces towarzyszenia można spożytkować w zasadzie w każdej sytuacji, w jakiej stosowany jest ten rodzaj znieczulenia. Relacje pacjentów po zabiegach ortopedycznych, przeprowadzanych w znieczuleniu miejscowym, wykazały, że pacjenci często czują się ignorowani. Lekarz operujący rozmawia z asystentem, anestezjolog z pielęgniarką, a pacjent leży samotnie. Na doznania lęku i osamotnienia nie pomoże żaden ze zwyczajowo stosowanych środków uspokajających ani analgetyków. Dużo do myślenia daje fakt, że w literaturze (w podręcznikach i czasopismach) znajdziemy bardzo wiele na temat znieczulenia miejscowego, jak je stosować, w jakich dawkach, jakie są działania uboczne, jak monitorować cały proces i jak ewentualnie stosować dodatkowe środki uspokajające, ale nie można znaleźć niczego o tym, że powinno się z pacjentem rozmawiać.

Znaczącą poprawę „komunikacji terapeutycznej”, czyli drogi wzajemnego porozumienia między terapeutą a pacjentem, można by osiągnąć w medycynie, już choćby tylko poprzez wykrywanie i usuwanie wszechobecnych negatywnych sugestii. Pomaga w tym rozpoznanie, że w medycynie zarówno same osoby pomagające (choćby chcą jak najlepiej — „good willers”), jak i otoczenie operacyjne, np. sala zabiegowa, mogą być dla pacjenta zagrażające. Często dużo można zyskać, kiedy pacjent zostanie „uprowadzony” z obcej dla niego, zewnętrznej sytuacji, do znajomych, wewnętrznych pomieszczeń i obrazów. Jak długo lekarze rozpowszechniają tak wiele negatywnych sugestii, tak długo nie wystarczy, nawet to, że w trakcie zabiegu jest obecny psychoterapeuta i współpracuje przy operacji, lub że kilku lekarzy kształci się w dziedzinie hipnozy. Wszyscy lekarze muszą nauczyć się innego podejścia do wszystkich pacjentów oraz powinni znać i stosować hipnotyczną komunikację.

Reguły współpracy z pacjentem można sformułować następująco:

- zwrócić uwagę na sytuację, tzn. zobaczyć, co działa na pacjenta, aby rozpoznać negatywne sugestie;
- unikać negatywnych sugestii, lub — jeśli już się zdarzyły — zneutralizować je;
- skierować uwagę na pacjenta, tzn. czas, jakim dysponujemy poświęcić jemu, zamiast prowadzić błahe rozmowy ze współpracownikami;
- dostrzegać przeżycia pacjenta;
- każdego pacjenta traktować jak czuwającego, odbierającego i reagującego na bodźce, nawet jeśli ma zamknięte oczy;
- zbudować komunikację, utrzymać ją i cały czas wykorzystywać jako możliwość tworzenia sugestii pozytywnych;
- ostrożnie dobierać słowa;
- pracować indywidualnie — nie ma ogólnie obowiązujących recept.

Korzyści, jakie płyną dla pacjenta, to zmniejszenie lęku, stresu i działań ubocznych. Pacjent zyskuje odpowiedzialność za siebie samego, kontrolę i poczucie kompetencji, w przeciwieństwie do pasywności i poczucia zdania na łaskę i niełaskę losu, w co zwykle wpędza rutynowe postępowanie medyczne. Otrzymuje dostęp do własnych zasobów oraz możliwość wykorzystania własnych strategii radzenia sobie ze stresem i może z nich korzystać w dążeniu do homeostazy i wyleczenia. Dla lekarza oznacza to kreatywną i komunikatywną formę pracy z pacjentami, w przeciwieństwie do nudnej rutyny. Poprawia to relację lekarza z pacjentem, a ten kieruje więcej pozytywnych, nagradzających komunikatów zwrotnych, typu: „Dzięki panu mam absolutną pewność, że trafiłem w dobre ręce. Pańskie zdanie: »Nie opuścimy pana ani na chwilę, będziemy z panem cały czas« naprawdę bardzo mnie uspokoiło. Również uścisk pańskiej dłoni”. Z takiej wypowiedzi można się domyślać obaw pacjenta o to, że anestezjolog opuści pomieszczenie. Taka informacja może być przez lekarza dalej spożytkowana, aby poprawić poziom leczenia innych pacjentów. Myśl, że personel medyczny uczy się od pacjenta (np. strategii radzenia sobie z lękiem czy obciążeniami), wielu lekarzy uważa za niezwykłą, ma to jednak bardzo wiele wspólnego z jakością. Jakość medycyny jest bardzo aktualnym i ważnym tematem, w dużej części jest definiowana jako zadowolenie pacjenta. Dla przykładu, pacjentowi jest raczej obojętne, jakim środkiem znieczulającym będzie znieczulony, ważne natomiast jest to, że czuje, kiedy zwraca się na niego uwagę oraz że ma przekonanie, iż trafił w dobre ręce. Do tego może się skutecznie przyczynić opisana komunikacja hipnotyczna.

### Różnice w stosunku do hipnoterapii

Przedstawiona tu praca z pacjentem opiera się na teorii i metodach hipnoterapii, jednak wyraźnie się od niej różni. Tutaj nie chodzi o terapię. Kiedy ten sposób rozumienia będzie stosowany jako metoda uzupełniająca, a nie alternatywna do leczenia medycznego, uniknie się fałszywych uprzedzeń i nieuzasadnionych obaw wobec hipnozy. Potrzeba zaledwie odrobinę dodatkowego, osobistego, przestrzennego i czasowego zaangażowania, aby personel lekarski i pielęgniarski stał się aktywny w tym zakresie. Istniejąca sytuacja i czas będący do dyspozycji wymagają tylko innego spożytkowania. Zasady i techniki hipnoterapii są tu stosowane bez formalnej indukcji hipnotycznej.<sup>2</sup> Kontakt fizyczny, dotykowy jest dozwolony, a nawet pożądanym. Specjalistyczne kształcenie w kierunku hipnozy klinicznej jest sensowne<sup>3</sup>, ale nie musi być warunkiem wstępnym, by stosować hipnotyczną komunikację. W ten sposób nawet osoby rozpoczynające pracę mogą stosować przedstawione tu zasady, nie mając żadnego formalnego „zaświadczenia”, a uzyskać je ewentualnie później, w trakcie pracy, jeśli będzie to zgodne z ich zainteresowaniami. Medyczne hierarchie nie są tu barierą. Czasem nawet młody asystent może lepiej niż doświadczony ordynator znaleźć łatwiejszą drogę kontaktu czy właściwie dla danego pacjenta dobrać słowa i metafory, a przy tym zyskać odwagę do wdrożenia się w pracę z pacjentem od samego początku. Te zasady mogą stosować wszyscy, nie są one w żadnym wypadku ograniczone do wąskiego grona specjalistów. Celem jest stworzenie sytuacji, aby to nie specjalista ze szczególnym,

<sup>2</sup> Formalna indukcja hipnotyczna jest terapeutyczną procedurą stosowaną przez klinicystę w celu wzbudzenia u pacjencie stanu transu.

<sup>3</sup> Zarówno w Niemczech, jak i w Polsce i w wielu innych krajach kształcenie w kierunku hipnozy klinicznej odbywa się w ramach szkolenia z psychoterapii.

kierunkowym wykształceniem z zakresu hipnozy, stosował od czasu do czasu jakieś szczególne metody, przy specjalnych założeniach i na wybranych pacjentach, lecz aby wszyscy lekarze pracowali inaczej ze wszystkimi pacjentami, po to, by zmniejszyć występowanie istniejących w medycynie negatywnych sugestii, lęku i bólu.

Tłumaczenie **Krzysztof Klajs**  
Polski Instytut Ericksonowski

### Piśmiennictwo

1. Jacobs DT. Patient communication for first responders and EMS personnel. Englewood Cliffs: Brady, 1991.
2. Hansen E, Zimmermann M, Dünzl G. Hypnotische Kommunikation mit Notfallpatienten. Notfall und Rettungsmedizin. 2010; 13(4): 314-321.
3. Cheek DB. Importance of recognizing that surgical patients behave as though hypnotized. Am. J. Clin. Hypn. 1962; 4: 227-231.
4. Cancio LC. Stress and trance in freefall parachuting: a pilot study. J. Clin. Hypn. 1991, 33: 225-234.
5. Rossi EL. 20 Minuten Pause. Paderborn: Junfermann Verlag; 2007.
6. Schenk PW. Just breath normally: Word choices that trigger placebo responses in patients. Am. J. Neurol. 2008; 108: 52-57.
7. Bejenke CJ. Vorbereitung von Patienten bei medizinischen Eingriffen. W: Revenstorf D, Peter B, red. Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Berlin: Springer Verlag; 2001, s. 569-604.
8. Hansen E. Wirklich sehr beruhigt: Hypnotische Kommunikation zur Narkoseeinleitung bei einer ängstlichen Patientin. W: Ebell H, Schuckall H, red. Warum therapeutische Hypnose? Aus der Praxis von Ärzten und Psychotherapeuten. München: Pflaum Verlag; 2004, s. 71-75.
9. Lown B. Die verlorene Kunst des Heilens. Stuttgart: Schattauer, 2002.
10. Lang EV, Hatsiopoulou O, Berbaum K, Lutgendorf S, Kettenmann E. i inn. Can word hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. Pain 2005; 114: 303-309.
11. Benedetti F, Lanotte M, Lopiano L, Colloca L. When words are painful: Unraveling the mechanisms of the placebo effect. Neuroscience 2007; 147: 260-271.
12. Keltner JR, Furst A, Fan C, Redfern R, Inglis B i inn. (2006). Isolating the modulatory effect of expectation on pain transmission: A functional magnetic resonance imaging study. J. Neurosci. 2006; 26: 4437-4443.
13. Hansen E, Bejenke C. Negative und positive Suggestionen in der Anästhesie – Verbesserte Kommunikation mit ängstlichen Patienten bei Operationen. Der Anaesthetist 2010; 59: 199-209.
14. Bejenke CJ. Das Essen war ziemlich phantasielos: Eine schwierige Knieoperation – Vorbereitung in Hypnose. W: Ebell H, Schuckall H, red. Warum therapeutische Hypnose? Aus der Praxis von Ärzten und Psychotherapeuten. München: Pflaum Verlag; 2004, s. 16-24.
15. Bejenke CJ. Painful medical procedures. W: Barber J, red. Hypnosis and suggestion in the treatment of pain. New York: W. W. Norton & Co.; 1996, s. 209-266.
16. Schmierer A, Schütz G. Zahnärztliche Hypnose. Berlin: Quintessenz Verlags GmbH, 2006.
17. Montgomery GH, David D, Winkel G, Silverstein JH, Bovbjerg DH. The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. Anesth. Analg. 2002; 94: 1639-1645.

18. Wobst AHK. Hypnosis and surgery: Past, present, and future. *Anesth. Analg* 2007;104: 1199–1208.
19. Eberhart LH, Doring HJ, Holzrichter P, Roscher R, Seeling W. Therapeutic suggestions given during neurolept-anaesthesia decrease post-operative nausea and vomiting. *Europ. J. Anaesthesiol.* 1998; 15: 446–452.
20. Cowan GS, Buffington CK, Cowan GS, Hathaway D. Assessment of the effects of a taped cognitive behavior message on postoperative complications (therapeutic suggestions under anesthesia). *Obes. Surg.* 2001; 11: 589–593.
21. Schwender D, Kaiser A, Klasing S, Peter K, Poeppel E. Midlatency auditory evoked potentials and explicit and implicit memory in patients undergoing cardiac surgery. *Anesthesiol.* 1994; 80: 493–501.
22. Kaiser-Rekkas A, Schwender D, Pöppel E. Akustisch evozierte Potentiale und Hypnose in der Untersuchung akustischer Wahrnehmung während Allgemeinanästhesie. *Exper. Klein. Hypn.* 1997; 13: 137–154.
23. Faymonville ME, Mambourg PH, Joris J I inn. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: A prospective randomized study. *Pain* 1997; 73: 361–367.
24. Schulz U, Keh D, Fritz G, Barner C, Kerner T, Schneider G.-H. i inn. „Schlaf-Wach-Schlaf“ — Technik zur Wachkraniotomie. *Anaesth.* 2007; 55: 585–598.
25. Kerscher C, Zimmermann M, Graf BM, Hansen E. Kraniale Leitungsanästhesien — Hilfreiche Techniken für Neurochirurgie, Dermatologie, Plastische Chirurgie und Schmerztherapie. *Anaesthes.* 2009; 58: 949–958.

ernil.hansen@klinik.uni-regensburg.de