

# Die Angst vor der Anästhesie

## **Sichtbare und unsichtbare Angst**

**Sandrina Lamprecht**

**NDS HF Anästhesiepflege**

**Kurs H16**

**Kantonsspital Winterthur, Institut für Anästhesiologie**

**Datum: 26.03.2018**

## Zusammenfassung

Vor zwei Jahren wechselte ich von einer Pflegestation in die Anästhesie, um den Nachdiplomstudiengang zu absolvieren.

In meinem neuen Arbeitsumfeld wurde ich sehr früh und oft mit der Patientenaussage: "Ich habe Angst, bitte passen sie auf mich auf" konfrontiert.

Aus Unerfahrenheit verstrickte ich mich damals in Floskeln, welche dem Patienten mit meinem heutigen Wissen wohl eher die Angst verstärkte, geschweige denn eine Vertrauensbasis zu dem Patienten ebnete.

Da ich diese oder ähnliche Aussagen von den Patienten in der Folgezeit immer wieder zu hören bekam, und ich parallel dazu deutliche verbale und nonverbale Äußerungen bei den Patienten zum Thema Angst feststellen konnte, war mein Entschluss gefasst, diesem alltäglichen und hochbrisanten Thema meine Diplomarbeit zu widmen.

Bei meinen Recherchen stiess ich dabei immer wieder auf verschiedenste Definitionen des Wortes Angst.

Durch die Auseinandersetzung mit der Literatur wurde mir bewusst, dass es verschiedene Formen von Angst gibt. Ich konnte differenzierter und individueller auf das Angstverhalten der Patienten eingehen.

Ich erfuhr von Begriffen wie sichtbarer und unsichtbarer Angst, die ich in meiner Arbeit auch zum Hauptthema mache.

Gleichzeitig fiel mir bei meinen Recherchen auf, dass viele Aussagen und Studien zu diesem Thema älteren Datums waren.

Auch deshalb habe ich in der Arbeit auf Grade der Angst und Angstbewältigungstypen, bei denen man nicht zwingend die Hilfe eines Medikaments braucht, hingewiesen.

Die eigentlichen Ursachen der Angst erkennen, Empathie und Suggestion zu erklären und umzusetzen, lagen mir besonders am Herzen.

Die daraus resultierenden persönlichen Empfehlungen und Umsetzungen habe ich mir Dank dieser Arbeit selbst zu eigen gemacht und mittlerweile schon oft erfolgreich in der Praxis umgesetzt. Zu meiner persönlichen Freude bekam ich diverse positive Patientenrückmeldungen.

Meine Diplomarbeit ist kein Rezept im Umgang mit ängstlichen Patienten.

Freuen würde ich mich darüber, wenn ich dieses alltägliche Thema unserem Anästhesieteam näher bringen kann und einen gezielteren und bewussteren Umgang während der Patientenbetreuung erreichen kann.

**Inhaltsverzeichnis**

1 Einleitung ..... 1  
 1.1 Ausgangslage..... 1  
 1.2 Fragestellung ..... 1  
 1.3 Abgrenzung ..... 1  
 2 Theorie..... 2  
 2.1 Definition der Angst ..... 2  
 2.2 Wie entsteht Angst? ..... 2  
 2.3 Auswirkungen und Symptome der Angst ..... 3  
 2.4 Angstbewältigung ..... 4  
 2.4.1 Grade der Angst ..... 5  
 2.4.2 Kreislauf der Angst ..... 5  
 2.4.3 Die verschiedenen Angstbewältigungstypen..... 6  
 2.5 Vor was haben Patienten Angst? ..... 7  
 2.6 Natürlicher Trance-Zustand ..... 7  
 2.7 Strategien zur Unterstützung ..... 8  
 2.7.1 Suggestion ..... 8  
 2.7.2 Empathie..... 10  
 3 Praxis..... 12  
 3.1 Umsetzung der Suggestion in den Praxisalltag ..... 12  
 3.2 Umsetzung der Empathie in den Praxisalltag ..... 13  
 4 Schlussfolgerungen ..... 14  
 4.1 Rückblick auf die Umsetzungen ..... 14  
 4.2 Persönliche Empfehlungen ..... 15

Literaturverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Glossar

Selbständigkeitserklärung

Veröffentlichung und Verfügungsrecht

**Zur besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Diplomarbeit im theoretischen Teil die männliche Form verwendet. In allen Fällen ist selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.**

## 1 Einleitung

### 1.1 Ausgangslage

Seit September 2016 bin ich in der Weiterbildung zur Expertin Anästhesiepflege NDS HF. Zuvor habe ich auf einer chirurgischen Bettenstation als diplomierte Pflegefachfrau gearbeitet.

Mein Arbeitsalltag hat sich durch die neue Tätigkeit komplett verändert, unter anderem der Kontakt und Umgang mit den Patienten.

Auf einer Bettenstation ist die Pflegefachperson 24 Stunden mit dem Patienten beschäftigt, begleitet ihn von seinem Eintritt bis hin zu dessen Entlassung.

In meiner jetzigen Funktion findet mein erster Kontakt mit dem Patienten im Anästhesievorbereitungsraum statt.

Davor sind mir lediglich elektronische Patientendaten, deren Erkrankungen, sämtliche Blutwerte und die geplante Operation bekannt.

Dabei ist besonders zu beachten, dass sich alle Patienten beim ersten Aufeinandertreffen im Anästhesievorbereitungsraum in einer Ausnahme- bzw. Stresssituation befinden.

Sie liegen meist komplett entkleidet, nur mit warmen Tüchern bedeckt, in einem kalten Raum, den Blick zur Decke gerichtet und begegnen nun wildfremden Menschen, denen sie von diesem Augenblick an komplett Vertrauen müssen.

In dieser kurzen Zeit ist eine meiner wichtigsten Aufgaben, ein vertrauensvolles Verhältnis zu diesem Patienten aufzubauen und ihm ein Sicherheitsgefühl zu vermitteln.

Er sollte sich in dieser Ausnahmesituation verstanden, aufgehoben und sicher fühlen.

Das bedeutet in diesem kurzen aber wichtigen Moment die Angst abzubauen und Vertrauen aufzubauen.

Aufgefallen in meiner bisherigen Tätigkeit sind mir dabei zwei Typen von Patienten.

Zu einem die Patienten die mir offen zugewandt sind und dabei oft ein lockeres Gespräch zustande kommt. Zum anderen die Gruppe der sehr verschlossenen Patienten, die kaum ein Wort mit mir wechseln wollen.

Beim ersten Händedruck zur Begrüssung stellte ich oft fest, dass auch der Patient der äusserlich einen entspannten Eindruck macht, meist kaltschweissige Hände vorweist. Und obwohl die Patienten, wie bereits erwähnt, sich nach aussen gelassen zeigen oder sich auch so präsentieren möchten, der Monitor trotzdem eine erhöhte Herzfrequenz anzeigt.

Daher ist ein wichtiger Teil unserer Arbeit meiner Meinung nach, den Patienten in diesem kurzen Zeitraum die Angst in dieser neuen ungewohnten Situation zu reduzieren oder sogar ganz zu nehmen.

Sich vor einer Operation viele Gedanken zu machen ist schlicht menschlich. Auch wenn ein Eingriff die Gesundheit wiederherstellen oder gar lebensrettend sein kann. Fast jeder hat zumindest ein mulmiges Gefühl, wenn er operiert werden muss. Wichtig ist, dass Ängste und Aufregung vor einer Operation oder Intervention nicht dominieren.

Genau dieses Momentum und die sich daraus ergebenden Fragen zur Angst des Patienten, möchte ich in meiner Diplomarbeit bearbeiten.

### 1.2 Fragestellung

Wie kann ich (m)einen Patienten mit sichtbarer und unsichtbarer Angst in der Anästhesievorbereitung professionell unterstützen?

### 1.3 Abgrenzung

Ich möchte mich in dieser Diplomarbeit ausschliesslich auf Erwachsene beziehen. Ich schliesse alle Notfalleingriffe aus und gehe nur von elektiven Eingriffen aus. Ebenfalls möchte ich Patienten ausschliessen, welche kommunikativ und kognitiv eingeschränkt sind, sowie Patienten, welche ein erhöhtes Risiko für ein postoperatives Delir aufweisen.

Auch Patienten mit psychischen Grunderkrankungen, Polytoxikomanie und Patienten mit Störungen des Sehens und Hörens können in dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden, da es den Rahmen dieser Diplomarbeit überschreiten würde.

## 2 Theorie

### 2.1 Definition der Angst

Der deutsche Duden online definiert es auch als "undeutliches Gefühl des Bedrohtseins" (Deutscher Duden online, 2018).

Die North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) gibt folgende Definition ab: "Ein unbestimmtes, unsicheres Gefühl des Unwohlseins oder der Bedrohung, dessen Ursache für die betroffene Person oft unspezifisch oder unbekannt ist, begleitet von einer autonomen Reaktion; ein Gefühl des Besorgtseins, verursacht durch die Vorwegnahme einer drohenden Gefahr. Es ist ein alarmierendes Signal, das vor einer kommenden Gefahr warnt und es der Person erlaubt, Massnahmen zum Umgang mit der Bedrohung zu ergreifen" (Reuschenbach & Mahler, 2011 zit nach Johnson, Maas & Moorhead, S.442). Sebos definiert die Angst wie folgt: "Angst ist ein seelisches Phänomen, das immer auch eine leibliche Grundlage hat und somit immer psychosomatisch ist" (Sebos, 2017, zit. nach Juchli, 1991, S.14).

Auffällig an diesen Aussagen ist die Vielfältigkeit der Angstdefinitionen. Daher kann Angst nicht nur einem Bereich oder einer Situation zugeordnet werden.

### 2.2 Wie entsteht Angst?

Um diese Frage beantworten zu können muss auf die menschlichen Urinstinkte zurückgegriffen werden.

In der Natur stellt die Angst eine natürliche Vorbereitung auf eine bevorstehende Flucht oder Kampf dar. Somit sind Menschen alarmiert, dass sie sich in einer bedrohlichen Situation befinden. Die daraus resultierende körperliche Reaktion hilft den Menschen schnell zu handeln. Rufer, Alsleben und Weiss (2016) nennen es auch die Flucht-Kampf-Reaktion. Artner (2000) schreibt, dass nur die Angst die menschliche Evolution vorangetrieben hat, wenn man sich zum Beispiel vorstellt, der Mensch wäre bei dem Anblick eines Löwen erstarrt, anstatt zu fliehen und eine Waffe zu bauen die den Löwen tötet.

Gesteuert werden diese natürlichen Reaktionen des Körpers durch das autonome/vegetative Nervensystem.

Wie Preckel (2016) beschreibt, nennt man das vegetative Nervensystem auch das unwillkürliche Nervensystem. Wie das Wort unwillkürlich bereits aussagt, handelt es unabhängig vom Willen des Menschen, noch kann man es bewusst erleben.

Das autonome Nervensystem verfügt über zwei Systeme: den Sympathikus und den Parasympathikus.

Der Unterschied dieser beiden Systeme findet sich in dem Überträgerstoff und die Wirkung auf die Organfunktion.

Die Angstreaktion startet im Gehirn, in dem die Bewertung stattfinden kann: die Amygdala (Fumasoli, Häner, Eggert, Probst & Hirter, 2012).

Die Amygdala, bekannt auch als Mandelkern, befindet sich im Paleokortex, was auch als limbischer Lappen bezeichnet wird. Zu diesem limbischen Lappen gehört unter anderem auch der Hypothalamus und der Thalamus. Geschichtlich gehört diese Struktur zu dem ältesten Teil des menschlichen Gehirns (Artner, 2000). Weiter beschreibt Artner (2000), dass die Amygdala mit dem Angstgefühl einhergeht, durch Tierversuche bewiesen wurde. Diese zeigten bei Verletzungen der Amygdala keinerlei Angstreaktionen mehr. Zunächst wird jedes ankommende Signal von verschiedenen Wahrnehmungen im Thalamus umgeschaltet. Weitergeleitet wird das Signal dann in den limbischen Lappen zur Amygdala. Wie bereits oben erwähnt, werden dem ankommenden Signal in der Amygdala emotionale Aspekte, Erfahrungen und Vorstellungen beigemischt.

Das Signal wird nun in den Hypothalamus über die Hypophyse geleitet.

In der Hypophyse kommt es dann zu einer Ausschüttung des Adrenokortikotropen Hormons (ACTH). Über dieses Hormon schafft es der Körper durch das ausgeschüttete Cortison, sich in eine Stresslage zu versetzen. Gleichzeitig führt es zur Ausschüttung von Endorphinen, diese setzen die Schmerzschwelle nach oben und somit wird die erwähnte Kampf-Flucht Reaktion ermöglicht (Artner, 2000).

Durch eine Angstreaktion werden grosse Mengen der Neurotransmitter Adrenalin und Noradrenalin aus dem Nebennierenmark ausgeschüttet und der Sympathikus wird dadurch aktiviert (Preckel, 2016). Über zusätzliche Stimulierungen der Formatio reticularis und des Atemzentrums kommt es zu einer Steigerung des zerebralen Erregungs- und Aufmerksamkeitszustandes, ebenso zu einer Erhöhung der Atemfrequenz (Artner, 2000). Weiter beschreibt Fumasoli et al. (2012), dass die überaktive Amygdala die Funktion des präfrontalen Kortex hemmt.

Der präfrontale Kortex ist zuständig für ein situationsgerechtes und planvolles Handeln. Durch diesen hemmenden Vorgang kann die Angst immer stärker werden. Als Gegenspieler agiert der Parasympathikus.

Während der Körper beim Sympathikus unter voller Anspannung und Höchstleistung steht, kommt es beim Parasympathikus zu einer Anpassungsreaktion. Er bringt den menschlichen Körper wieder ins Gleichgewicht (Schmidt-Traub, 2013).

Dies passiert zum einen durch die Gewöhnung der Hormone und zum anderen durch den chemischen Abbau dieser. Das System des Parasympathikus reagiert nicht als Gesamtsystem, sondern aktiviert nur die Funktionen die gerade zum Ausgleich des Sympathikus notwendig sind (Rufer et al., 2016).

Adrenalin, Noradrenalin und ACTH wirken in unserem Kreislauf auf den Stoffwechsel und werden auch als Stresshormone bezeichnet. Sie sorgen dafür, dass die Brennstoffe wie Glukose und freie Fettsäuren freigesetzt werden und unserem Körper als Energie dienen um die bevorstehende Flucht zu planen oder zum Kampf anzutreten (Preckel, 2016).

Adrenalin und Noradrenalin sind dafür zuständig eine maximale Leistungsbereitschaft des Körpers zu bewirken, Kortisol hingegen dient dem Körper für eine längere Leistungsbereitschaft (Rufer et al., 2016).

Durch die Wirkung der Stresshormone im Kreislauf werden Symptome der Angstreaktion sichtbar. Sie können klinisch sichtbar und/oder messbar mittels Monitorisierung sein. Dies werde ich in den nächsten Abschnitten genauer beschreiben.

### 2.3 Auswirkungen und Symptome der Angst

Wie ich im oberen Abschnitt bereits geklärt habe, ist das unwillkürliche Nervensystem verantwortlich für die ausgelöste Angstreaktion.

Dies unterteilt sich in den Sympathikus und den Parasympathikus.

In der nachfolgenden Tabelle möchte ich die Auswirkung der beiden Systeme auf die verschiedenen Organe darstellen.

Organ	Sympathikuswirkung	Parasympathikuswirkung
Herzmuskel	Zunahme der Chronotropie und Inotropie (Blutdruck steigt), Dilatation Herzkranzgefässe	Abnahme der Chronotropie und Inotropie (Normalisation Blutdruck), Konstriktion Herzkranzgefässe
Muskelgefässe Muskulatur	Erweiterung (bessere Durchblutung), Anspannung	Verengung (Normalzustand), Entspannung
Gehirn	Bewusstseinsaufhellung	Bewusstseinsverminderung
Pupillen, Tränendrüsen	Erweiterung	Verengung, gesteigerte Sekretion
Blutgefässe der Haut	Verengung (Kälteempfinden in den Extremitäten),	Erweiterung (Wärmeempfinden in den Extremitäten),

	dadurch Abnahme der Durchblutung	Zunahme der Durchblutung
Bronchien	Erweiterung (Atemfrequenz steigt)	Verengung
Speicheldrüsen	Verminderung der Sekretion (Mundtrockenheit)	Steigerung der Sekretion
Magen-Darm-Trakt, Verdauungsdrüsen	Verminderung des Tonus, Sphinkter kontrahiert, Verminderung der Sekretion	Anregung der Verdauungsreaktion, Sphinkter entspannt, Steigerung der Sekretion (tlw. Nausea und Emesis)
Stoffwechsel	Steigerung, Energieabbau, Mobilisierung von Fettreserven und Glukose	Reduzierung, Energieaufbau, Energiespeicherung
Harnblase	Harnverhalt, Sphinkter kontrahiert	Harnentleerung, Sphinkter entspannt
Schweissdrüsen	Wenig klebriger Schweiß	Viel dünnflüssiger Schweiß

(Huch & Jürgens, 2015; Rufer et al., 2016)

Wie bereits oben erwähnt, verdeutlicht die Tabelle die Auswirkung einer Angstreaktion auf unseren Körper.

Durch diese Reaktionen in unserem Körper erklären sich Äusserungen und Gefühle der Menschen wie zum Beispiel: "Es dreht sich mir der Magen um" oder "Ich mach mir gleich in die Hose" (Schmidt-Traub, 2013, S.21). Dies sind Zeichen dafür das der Parasympathikus wirkt, und wie Schmidt-Traub (2013) erklärt, somit das Erschöpfungsstadium folgt. Weiter beschreibt sie drei Erlebnisebenen des Angstgefühls.

**Die erste Ebene** klärt die körperlichen und physiologischen Empfindungen. Diese Symptome, wie oben in der Tabelle aufgeführt, werden von dem Patienten als extrem und negativ wahrgenommen.

**Die zweite Ebene** beschreibt die kognitive Ebene. Wie Schmidt-Traub (2013) beschreibt, beinhaltet es Gedanken, Vorstellungen und Bewertungen. Patienten die sich in einer Ausnahmesituation befinden, haben eine erhöhte Wachsamkeit für körperliche Veränderungen. Diese Veränderungen werden gedeutet und negativ bewertet, somit verstärkt sich ihre Angst.

**Die dritte Ebene** ist die Motorische- bzw. die Verhaltensebene (Sebos, 2017; Schmidt-Traub, 2013). Sie beinhaltet die Muskelspannung und die Bewegungsabläufe des Körpers. Die Patienten sind wie erstarrt und handlungsunfähig. Sie sind unruhig, zittern und haben eine bebende Stimme, daher sind Gespräche oftmals schwer zu führen. Diese Ebene ist im Gegensatz zu den anderen zwei für Aussenstehende sichtbar und hörbar (Schmidt-Traub, 2013). In einer Angstsituation reagiert jeder Patient individuell und unterschiedlich. Klar ist jedoch, dass der Zustand der Angst für jeden ein unangenehmes Gefühl ist und man diesen Zustand ändern möchte (Tolksdorf, 2005). Somit kommt es zu einer Angstbewältigung.

## 2.4 Angstbewältigung

Die Symptome äussern sich bei jedem Menschen unterschiedlich stark und ausgeprägt. Um ein besseres Verständnis für den Patienten mit Angst und dessen Bewältigung zu bekommen, ist es hilfreich zu verstehen, welche Grade der Angst es gibt und den Kreislauf der Angst zu kennen.

**2.4.1 Grade der Angst**

Die Angst lässt sich in vier verschiedene Grade einteilen.

**1. „Milde Angst**

Das Wahrnehmungsfeld ist leicht erweitert. Erhöhte Aufmerksamkeit, Beobachtungen und Vernetzungen sind möglich. Im Zustand der wachen Bewusstheit sieht, hört und erkennt der Betroffene mehr als zuvor. Die Angst kann normalerweise benannt werden.

**2. Gemässigte Angst**

Das Wahrnehmungsfeld ist leicht eingeschränkt-> selektive Unaufmerksamkeit. Sieht, hört und nimmt weniger wahr als vorher, kann aber mehr leisten, wenn es gelingt die Aufmerksamkeit zu lenken. Die Betroffene kann normalerweise sagen: „Jetzt habe ich Angst“.

**3. Starke Angst**

Das Wahrnehmungsfeld ist stark eingeschränkt. Es besteht die Tendenz zur Abspaltung. Alles, was ausserhalb des aktuellen Geschehens passiert, kann nicht richtig wahrgenommen werden. Die Aufmerksamkeit ist eingeschränkt auf das aktuelle Geschehen, logische Schlüsse können nicht mehr gut gezogen werden. Die Angst kann kaum mehr erkannt oder benannt werden. Es werden angstabbauende Verhaltensweisen gebraucht.

**4. Panik**

Das Wahrnehmungsfeld ist nun auf ein Detail beschränkt, welches überbewertet wird. Massive Abspaltungstendenzen im Selbst-System werden als enorme Bedrohung des Überlebens gewertet. Details werden ständig wiederholt, der Betroffene dreht sich im Kreis. Angstsabbauende Verhaltensweisen werden unreflektiert benützt. Durch die panische Angst werden enorme Energien produziert und müssen verbraucht werden (z.B. in Kämpfen, Rennen usw.). Lernen ist unmöglich.“

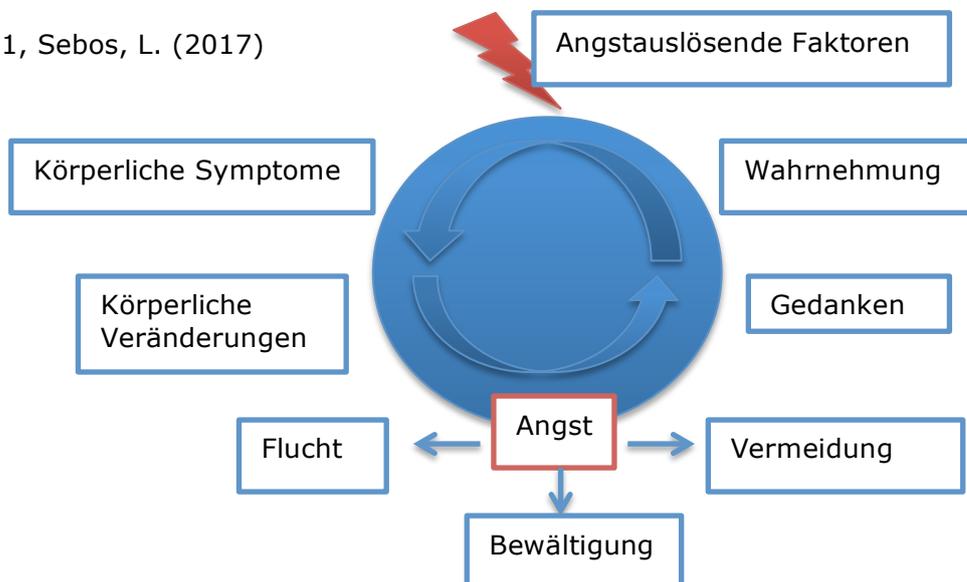
(Sebos, 2017, zit. nach Peplau, 1952, S. 20)

Die verschiedenen Grade zeigen deutlich, dass je ausgeprägter die Angst ist, die Denkleistung abnimmt und der Fokus auf das Ganze verloren geht. Somit können Angstsymptome verstärkt werden. Dies zeigt auch nachfolgend das Kreislaufmodell der Angst.

**2.4.2 Kreislauf der Angst**

Der Kreislauf der Angst macht deutlich, dass die Gedanken des Individuums und die somatische Reaktion zusammenspielen und somit die Symptome verstärkt werden können.

Abb. 1, Sebos, L. (2017)



Der Kreislauf kann an jedem dieser Punkte wie Wahrnehmungen, Gedanken, körperliche Symptome und körperliche Veränderungen beginnen. Nachfolgend gebe ich jeweils ein Beispiel zu den Bestandteilen des Kreislaufes.

**Körperliche Symptome:**

Das Herz beginnt schneller zu schlagen, die Atmung wird beschleunigt, es macht sich ein Engegefühl in der Brust breit.

**Wahrnehmung:**

Die körperlichen Symptome werden wahrgenommen, das Hauptaugenmerk liegt nun auf den Symptomen.

**Gedanken:**

Bei den Gedanken handelt es sich um Gedanken der Gefahr. Die bemerkten Symptome können nicht erklärt werden. Gedanken kommen auf, wie das Gefühl bald nach Luft zu schnappen, gefolgt von einer Ohnmacht. Die körperlichen Symptome werden als unangenehm wahrgenommen und werden als gefährlich beurteilt.

**Angst:**

Da die Symptome als gefährlich wahrgenommen werden, lösen diese wiederum Angstgefühle aus.

**Körperliche Veränderungen:**

Durch das Angstgefühl werden nun weitere Veränderungen wahrgenommen. Körperliche Symptome werden dadurch nochmals verstärkt. Zum Beispiel steigt ein plötzliches Hitzegefühl im Körper auf, gefolgt von einem Schweissausbruch.

Der Angstkreis beginnt sich zu drehen: Die Gedanken fangen an zu kreisen, sie verstärken sich, das Gefühl den Verstand zu verlieren, tritt ein. Das Herz schlägt noch schneller, das Engegefühl verstärkt sich, die Atemfrequenz steigt. Durch die nun intensivierten körperlichen Symptome werden die Gedanken der Gefahr noch bestärkt. Alle Symptome und Wahrnehmungen verstärken sich, die Angst nimmt zu. Die Situation spitzt sich zu, der Kreislauf wird unterbrochen in dem mit Flucht, Vermeidung oder Bewältigung reagiert wird (Rufer et al., 2016).

Im nächsten Abschnitt werden zwei Typen von Patienten aufgezeigt, welche die verschiedenen Angstbewältigungsstrategien aufzeigen.

**2.4.3 Die verschiedenen Angstbewältigungstypen**

Wie ich in meiner Ausgangslage beschreibe, sind mir bisher zwei Typen von Patienten begegnet. Zum einen, der mir offen zugewandte und zum anderen die Gruppe Patienten mit denen ein Gespräch kaum möglich ist.

Beide Typen befinden sich in einer Stresssituation und möchten diesen unangenehmen Zustand so schnell wie möglich ändern. Dieses Verhalten wiederum spiegelt die Art und Weise der Angstbewältigung (Tolksdorf, 2005).

Im Rahmen dessen beschreibt Preckel (2016) ebenfalls zwei Typen von Patienten.

Den ersten Typ nennt sie den Sensitiven. Dieser Typ ist bestrebt alle möglichen Informationen, egal auf welchem Weg, zu erlangen. Er möchte die für ihn neue Situation überschauen und leidet vorallem emotional bis hin zu Panikattacken. Diese Art der Bewältigungsstrategie schreibt auch Tolksdorf (2005) hauptsächlich dem weiblichen Geschlecht zu. Meiner Meinung nach ist der sensitive Typ jemand, dem man die Angst ansehen und anmerken kann.

Der zweite Typ den Preckel (2016) beschreibt, ist der Repressor. Dieser Typ von Patient scheint auf den ersten Blick angstfrei zu sein, und äussert dies auch so. Sie legen alles daran, eine ihnen unbekannte Situation mit Verleugnung und Verdrängung zu kontrollieren. Trotz ihrer Verdrängungsstrategie leiden sie teilweise sehr ausgeprägt unter den Symptomen des unwillkürlichen Nervensystems. Tolksdorf (2005) schreibt den Repressor Typ vorallem dem männlichen Geschlecht zu. Nachdem die Bewältigung der Angst geklärt ist, stellt sich mir folgende Frage: Warum benötigen Patienten überhaupt eine Angstbewältigung? Vor was haben Patienten wirklich Angst, wenn sie vor einer Anästhesie/Operation stehen?

## 2.5 Vor was haben Patienten Angst?

Eine Auflistung der Auslöser von Ängsten vor einer Operation gibt uns Sauer (2015).

1. "Kontrollverlust und Beeinträchtigung der körperlichen Integrität bzw. der Intimsphäre: Gefühl des Ausgeliefertseins und der Abhängigkeit von Anderen, Verlust des Intimabstandes (ggf. teil- und zeitweise Nacktheit), Verbot von Make-up und Schmuck, Zwang zum Verzicht auf Gebiss, Seh- und Hörhilfen, Klaustrophobie (bei bestimmten Eingriffen).
2. Körperliches Unwohlsein im Zusammenhang mit dem Eingriff: Schmerzen, Zwang zum regungslosen Stillliegen (insbesondere bei Regionalanästhesien), Hunger und Durst (Nüchternheitsgebot!), Langeweile, Frieren (sowohl "körperlich" als auch "seelisch").
3. Angst vor Begleitumständen und Folgen des Eingriffs: Angst vor Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen, vor schicksalhaften Diagnosen oder Befunden, postoperative Beeinträchtigungen (z. B. bei Amputationen) oder Entstellungen, Angst vor dem Mislingen des Eingriffs oder der Narkose.
4. Externe Faktoren: Beklemmende und "stressige" Umgebung sowie ungewöhnliches Verhalten der Behandler: Auf reine Funktionalität ausgerichtete Raumgestaltung (Fabrikatmosphäre), ungewohntes Aussehen (Haube und Maske), Verhalten (z. B. Verweigerung des Handschlags) und Sprechen (Verwendung von Fachausdrücken, aber auch insbesondere auch Streiten untereinander) der an der Behandlung Beteiligten, Lärm und unangenehme - ggf. als bedrohlich assoziierte - Geräusche."

(Sauer, 2015, S.4)

## 2.6 Natürlicher Trance-Zustand

Aus den oben genannten Gründen stellt eine bevorstehende Anästhesie oder Operation für jeden Patienten eine Extremsituation dar. Wenn sich Patienten in solch einer Extremsituation befinden, scheint es, als ob sie sich in „einer anderen Welt“ befinden, oder sie für Informationen von seinem Gegenüber unzugänglich sind (Seemann, Zech, Graf & Hansen, 2015). Wie Seeman et al. (2015) sagen, fühlen sich Patienten die kurz vor einer Operation stehen, wie in einer Art Hypnosezustand. Diesen Zustand bezeichnen sie als natürlichen Trance-Zustand.

Hansen und Bejenke (2010) beschreiben, dass bei diesem Phänomen ähnliche Merkmale auftreten können wie bei einer Hypnose. Merkmale zählen Hansen und Bejenke (2010, S. 199) wie folgt auf:

- „Fokussierte Aufmerksamkeit
- Wortwörtliches Verstehen
- Idiomotorische Reaktionen
- Selektive, partielle Amnesie
- Dissoziation
- Hyperästhesie/Hypästhesie
- Katalepsie
- Gesteigerte Suggestibilität.“

All diese Merkmale können weitere Hinweise darauf sein, dass der Patient diese Situation in der er sich gerade befindet auch wirklich als extreme Stresssituation empfindet. Zudem lassen sie uns unseren Patienten besser verstehen und wir können so besser auf ihn eingehen. Der natürliche Trance-Zustand lässt uns erklären, warum Patienten sich anders Verhalten. Dieser Zustand kann aber auch zu seinem Vorteil genutzt werden. Der Patient befindet sich in einem aussergewöhnlichen Bewusstseinszustand, der eine besondere Art der Kommunikation erfordert aber auch zulässt (Hansen & Bejenke, 2010). In den nächsten zwei Abschnitten werde ich mögliche Kommunikationsstrategien näher erläutern. Des Weiteren werde ich diese aktiv in der Praxis anwenden und einen Erfahrungsbericht abgeben.

## 2.7 Strategien zur Unterstützung

### 2.7.1 Suggestion

#### 2.7.1.1 Was bedeutet Suggestion?

Das erste Konzept das ich mir zu nutzen machen möchte, ist die Kommunikation mit dem Ziel der Suggestion. Suggestion bedeutet, die „geistig-psychische Beeinflussung eines Menschen, mit dem Ziel, ihn zu einem bestimmten Verhalten zu veranlassen“ (Deutscher Duden online, 2018).

#### 2.7.1.2 Wie funktioniert Suggestion?

Wie bereits im letzten Abschnitt erklärt, befinden sich Patienten, wenn sie zu uns in die Vorbereitung zur Anästhesie kommen, in einer Ausnahmesituation. Diese kann wiederum zu dem oben beschriebenen Trance-Zustand führen. Sie zeigen aufgrund des natürlichen Trance-Zustandes ein anderes Verhaltensmuster. Ein wichtiger Teil davon ist die erhöhte Suggestibilität. Unser Alltag ist bestückt von negativen Suggestionen, ohne dass wir es bemerken und beachten. Der Patient der nun aber bei uns in der Vorbereitung liegt und nur darauf konzentriert ist was um ihn und mit ihm geschieht, hat dafür eine erhöhte Affinität.

Somit können negative Suggestionen die Angst und damit alle Verhaltensweisen des Patienten verstärken, da sie in diesem Moment sehr empfänglich sind (Hansen & Bejenke, 2010). Zech, Seemann und Hansen (2014) nennen es auch das Trance- Suggestion-Modell, welches drei Aspekte beinhaltet: die Wirkung von Suggestion, der veränderte Bewusstseinszustand und die therapeutische vertrauensvolle Beziehung. Wenn Patienten sich in diesem natürlichen Zustand befinden, drehen sich Gespräche oder Sätze ins Negative.

Hansen und Bejenke (2010) erklären das kognitive und logische Leistungen stark vermindert sind und das bildhafte Vorstellungsvermögen an Bedeutung gewinnt. Dazu geben sie folgende Beispiele ab: "Wir verkabeln sie jetzt", oder „ich hole noch schnell etwas aus dem Giftschrank (gemeint ist der Tresor für Betäubungsmittel), dann kann es losgehen!" (Hansen & Bejenke, 2010, S.200).

Diese Sätze sind für das Fachpersonal im Arbeitsalltag normal, doch der Patient zieht daraus nur das Negative und macht sich seine eigenen Vorstellungen von diesen Äusserungen. Ebenso kann der Patient Abstraktionen nur begrenzt verstehen. Auch Negationen wirken nicht (Hansen & Bejenke, 2010).

Als Beispiel dafür: Ich lege dem Patienten eine Venenverweilkanüle. Kurz davor informiere ich den Patienten, dass es keine Schmerzen verursachen wird. Nachdem ich diese Negation geäußert habe, können sich die Gedanken von dem Patienten diesbezüglich verstärken. Der Patient denkt jetzt nur noch an den bevorstehenden Schmerz.

Negative Suggestionen können ebenfalls auch nonverbal erfolgen. Als Beispiel: Die Expertin der Anästhesiepflege möchte die Mundöffnung vor Intubation bei dem Patienten prüfen und bittet den Patienten den Mund zu öffnen, dabei verzieht sie ihr Gesicht und bewegt eine Augenbraue nach oben. Der Patient schliesst den Mund verunsichert und fragt ob alles in Ordnung ist mit seiner Mundöffnung.

Ebenso wie bei der Gabe von Fentanyl. Die Information an den Patienten, dass er ein Medikament bekommt ist essentiell. Es kommt aber darauf an wie es formuliert wird. Die Information an den Patienten, dass er ein Medikament bekommt, welches ihm in ein paar Minuten Schwindel bereiten könnte und die darauffolgende Frage ob der Patient schon was merke vom Schwindel, ist hier nicht angebracht.

Alle diese Informationen beeinflussen den Patienten negativ. Das Gefühl von Schwindel ist kein angenehmes Gefühl auf das gewartet werden will bis es eintrifft.

Die darauffolgende Frage ob es nun schon wirke, können sehr verunsichernd auf den Patienten wirken. Die negative Suggestion kann auch mit dem Noceboeffekt, das heisst dem negativen Placeboeffekt verglichen werden.

„Der Noceboeffekt generiert nicht nur Nebenwirkungen, er kann auch die Wirksamkeit der (Verum-) Behandlung einschränken, sie sogar ins Gegenteil verkehren“ (Zech et al., 2014 zit. nach Eaker, 1992, S.817). Dieser Effekt ist nicht direkt auf die Behandlung zurückzuführen, sondern auch von Suggestion, Konditionierung und Erwartungshaltung geprägt. Es ist nun unsere Aufgabe die erhöhte Suggestibilität der Patienten nicht nur als Gefahr oder Risiko zu sehen, sondern als Herausforderung das Wohlbefinden unseres Patienten zu verbessern (Hansen & Bejenke, 2010). Hansen und Bejenke (2010, S.202) weisen darauf hin, dass die Suggestion von dem englischen Wort „to suggest“ hergeleitet wird, was bedeutet, dass man eine „Anregung abgibt“, oder einen „Vorschlag unterbreitet“. Es gibt verschiedene Möglichkeiten diese umzusetzen. Wie bereits erwähnt ist das bildhafte Vorstellungsvermögen stark ausgeprägt. Daher empfehlen Hansen und Bejenke (2010) auch die indirekte Suggestion. Die indirekte Suggestion kann sehr gut mit dem Wort „können“ genutzt werden. Dieses Wort lässt je nachdem wie es eingesetzt wird, dem Patienten verschiedene Möglichkeiten der Interpretation, ebenso drückt es ein Potenzial aus. Als Beispiel: Wenn sie jetzt ganz tief durch die Maske den Sauerstoff einatmen, dann können sie ganz viel davon aufnehmen was für ihren Körper wichtig zur Vorbereitung der Narkose ist. Ebenso rät Zech et al. (2014), getroffene Aussagen der Patienten zu wiederholen und mit anderen Wörtern zu ersetzen. Wie zum Beispiel das Wort „immer“, im wiederholten Satz mit „oft, meistens, bisher“ oder „in der Vergangenheit“ ersetzt werden kann (Zech et al., 2014, S.821).

Weitere Möglichkeiten gibt es aus den Methoden der Hypnotherapie (Hansen & Bejenke, 2010):

1. Innerer Ruheort

Der Patient soll aufgefordert werden sich zum Beispiel an seinen letzten Urlaub zu erinnern. Dieser Ort bietet ihm mit all seinen Sinneseindrücken eine Oase der Ruhe, an der er sich sicher und geborgen fühlt.

2. Utilisation

Hierbei geht es um die Nutzbarmachung. Jeder Patient bringt etwas mit, sei es sein Dialekt, seine Herkunft oder seine sichtbare Nervosität. Es kann auf jeden Patienten individuell angepasst werden.

3. Reframing

Beim Reframing geht es darum, eine eventuell für den Patienten peinliche Situation umzubewerten. Das heisst, der Patient bewertet eine Situation als sehr peinlich und unangenehm. Doch durch gezielte Reaktion nehmen wir diese peinliche Situation dem Patienten ab und geben ihr eine neue Rahmung.

4. Fokussierung

Hierbei soll die Konzentration des Patienten von allen äusseren Störfaktoren abgelenkt werden, wie z.B keine Nebengeräusche durch Stimmengewirr und das Klappern von Instrumenten.

5. Assoziation

Verknüpfung mit etwas Positivem setzen. Negative Eindrücke des Patienten sollen dazu genutzt werden und ihn in eine angenehme und sichere Atmosphäre zu bringen.

6. Dissoziation

Geht einher mit der Distanzierung zur Realität. Ein eventueller Ausblick in die Zukunft nach der Operation. Gleichzeitig wird dem Patienten damit die Angst genommen, dass er nicht mehr aus der Narkose erwachen könnte.

7. Metapher

Hierbei geht es um eine bildhafte Sprachverwendung, bei denen zusätzlich etwas positives vermittelt werden kann.

8. Posthypnotischer Auftrag

Dabei gibt man dem Patienten einen positiven Gedanken oder Auftrag kurz vor dem Einschlafen mit. Hierbei soll er sich etwas positives vorstellen, was er machen wird, nachdem er aus der Anästhesie erwacht ist.

### 9. Nonverbale Kommunikation

Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Stimmlage, tiefes Durchatmen, vermummte Gesichter und Handlungen am Patienten ohne Vorinformation sind alles Ausdruck der nonverbalen Kommunikation.

Ähnlich gibt uns Hanke (2016) praktische Umsetzungstipps für eine positive Suggestion:

1. Keine Negativsuggestion benutzen.
2. Schmerzhaftes und unangenehme Handlungen nicht negativ ankündigen.
3. Sätze die Unsicherheiten vermitteln können vermeiden.
4. Doppeldeutungen vermeiden.
5. Patienten aktiv mit einbinden. Passivität des Patienten ist bereits vorhanden.
6. Keine Versprechungen abgeben, die nicht auch gehalten werden können.
7. Tatsachen oberflächlich erklären. Beistand leisten, Zuversicht geben.
8. Dem Patienten beim Einschlafen einen positiven Gedanken für eine postoperative Situation mitgeben.
9. Schlechte Erfahrungen der Patienten positiv beeinflussen und ins Gegenteil kehren.

Verschiedene Autoren geben hierzu praktische Tipps zur Umsetzung und beschreiben ihre Bedeutsamkeit der Suggestion in der praktischen Umsetzung.

## 2.7.2 Empathie

Das zweite Konzept das ich gewählt habe, ist die Empathie. In unserem Alltag ist die Empathie immer wieder ein Thema, sei es beim Patienten oder unter Kollegen. Beim Patienten führt es zu einem vertrauensvolleren Verhältnis und im interdisziplinären Team führt sie zu einem stärkeren Zusammenhalt (Weckert & Lorenz, 2012).

### 2.7.2.1 Was bedeutet Empathie?

Als Definition geben Weckert und Lorenz (2012, S. 426) an: „Als Empathie wird die Bereitschaft und Fähigkeit bezeichnet, sich in andere Menschen und sich selbst einzufühlen und dieses Verständnis verbal und nonverbal ausdrücken zu können.“

Diese Art der Kommunikation wird oft auch als die Kommunikation auf gleicher Augenhöhe bezeichnet. Einige verwechseln die Empathie auch mit Selbstlosigkeit, Mitleid, Trost oder Sympathie. Dies ist aber nicht der Hintergrund der Empathie. Hierbei ist es völlig egal wer vor einem steht, es kommt darauf an, dass jeder mit seinen Gefühlen ernst und auch wahrgenommen wird. Nur so kann gegenseitiges Vertrauen aufgebaut werden. Dies bedeutet aber nicht, dass dein Gegenüber mit allem gleicher Meinung sein muss. Es geht um das Verständnis (Weckert & Lorenz, 2012).

### 2.7.2.2 Wie funktioniert die Empathie?

Altmann (2015) beschreibt das Empathie- Prozessmodell, welches ich weiter erläutern möchte. Das Modell besteht aus vier Phasen. Jede dieser Phasen ist Voraussetzung für die darauffolgende Phase.

#### 1. Phase: Die Wahrnehmung

Beschreibt wahrgenommene Informationen, die zum Verstehen seines Gegenübers relevant sind. Hierbei lassen sich zwei Arten unterscheiden. Die emotionale Information wie zum Beispiel Weinen, und Situationsinformationen, wie zum Beispiel verbale Äusserungen.

#### 2. Phase: Mentales Modell

Wahrgenommene Informationen aus vorheriger Phase werden interpretiert und gewichtet. Eigene Erinnerungen an ähnliche Informationen werden kombiniert. Somit wird vermutet was die andere Person in der aktuellen Situation gerade denkt, fühlt oder tun wird. Diese Phase ist ein kritischer Punkt im empathischen Prozess. Die Gefahr liegt darin, dass die

Person die Informationen aus der ersten Phase wahrnimmt, sie allerdings mit negativen Erinnerungen kombiniert. Daher empfiehlt Altmann (2015) das Modell der gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg anzuwenden. Das Modell dient dazu, Verständnis aufzubringen, sei es verbal oder nonverbal. Es beinhaltet vier Schritte:

1. „Beobachtung - die aktuelle Situation und Handlung ohne Bewertungen beschreiben,
2. Gefühl - in der Situation ausgelöste Gefühle benennen,
3. Bedürfnis - in der Situation erfüllte/unerfüllte Bedürfnisse benennen, die den Gefühlen zugrunde liegen,
4. Bitte - konkrete Verhaltensweisen formulieren, wie die Bedürfnisse erfüllt werden können“.

(Altmann, 2015, S.20)

### 3. Phase: Empathische Emotion

Emotionen werden aufgrund der vorherigen Phase wiedergespiegelt und somit ähnlich gefühlt. Der emotionale Zustand des Mitfühlenden ist seinem Gegenüber angepasst. Das mentale Modell wird in dieser Phase zur empathischen Emotion.

### 4. Phase: Antwort

Bei dieser Phase werden alle Arten von Reaktionen eingeschlossen. Hierbei wird unterschieden in internale Reaktionen wie zum Beispiel Gedanken, oder externale Reaktionen, wie der Gesichtsausdruck oder verbale Äusserungen. Hierbei ist es egal ob die Antwort angemessen oder unangemessen ist. Wichtig ist vorallem, dass es im Bezug zur Situation seinem Gegenüber steht. Natürlich müssen unangemessene Antworten oder Fehlverhalten moralisch begründet sein (Altmann, 2015). Altmann (2015) sagt, dass Unterstützung anbieten, empathische Emotionen, Umsorgen, Ignorieren, Nachfragen oder Ablenken ebenfalls als Antwort gelten.

Alle Antworten lassen sich in zwei Sichtweisen einteilen. Zum einen, aus der Sicht meines Gegenübers gesprochen, oder auf das eigene Selbst bezogen. Weiter lässt sich aus der Sicht meines Gegenübers in „gemeinsame Reflexion“ und „sofortiges Handeln“ unterteilen. Bei der gemeinsamen Reflexion benötigt die Person noch mehr Informationen um das Verhalten anpassen zu können. Um eine adäquate Antwort geben zu können, ist das Verständnis für die Situation seines Gegenübers notwendig. Dies kann durch die bereits genannte gemeinsame Reflexion geschehen und somit das „Mentale Modell“ korrigiert werden. Die der „sofortigen Handlung“ kann, wenn das „Mentale Modell“ im Vorfeld nicht stimmig war, kritisch werden.

Die andere Art ist die auf das eigene Selbst bezogene: Die Antworten sind vorallem auf einen selbst bezogen. Altmann (2015) nennt Beispiele wie: „Mir ist das auch mal passiert, als ich...“ oder „Das glaube ich nicht, das hat er so nicht gemeint“ (Altmann, 2015, S. 25). Alle Antworten sind abhängig davon wie es die andere Person bewertet. Durch die verschiedenen Arten der Antworten lässt sich somit ein guter gemeinsamer Weg finden. Abschliessend sagt Altmann (2015), dass die letzte Phase sehr komplex und vielfältig sein kann.

Zu diesen vier Phasen der Empathie gehört auch dazu, dass man überhaupt empathiefähig ist. Dazu beschreiben Weckert und Lorenz (2012) drei Säulen der Empathiefähigkeit. Diese bestehen aus der Selbstempathie, Empathie für andere und der achtsame Selbtsausdruck. Desweiteren baut die Empathie auf drei Grundbedürfnissen des Menschen auf.

Zum einen das Bedürfnis nach Zusammenhalt, nach emotionaler Sicherheit und das Bedürfnis nach persönlicher Freiheit und Entwicklung. Obwohl die Empathie auf Grundbedürfnissen aufbaut, gehen viele Gefühlsäusserungen einher mit Schuldzuweisungen. Daher gilt:

„Empathie ist eine sog. "use it or lose it"- Fähigkeit und muss ständig trainiert werden, um sich im Gehirn zu verankern“ (Weckert & Lorenz, 2012, S. 427).

### 3 Praxis

Nachdem ich mit Hilfe der Literatur herausgefunden habe was es für Auswirkungen und Symptome der Angst gibt, wie die Patienten mit dieser Angst umgehen und vor was Patienten Angst haben, möchte ich beide Strategien zur professionellen Unterstützung in der Praxis anwenden. Beide Strategien möchte ich anhand eines Beispiels beschreiben.

#### 3.1 Umsetzung der Suggestion in den Praxisalltag

Ich bereitete mich mit meinem Teampartner auf die bevorstehende Anästhesie vor. Ich informierte ihn darüber, dass ich gerne die Führung der Anästhesieeinleitung übernehmen möchte. Die Umsetzung der Suggestion erfolgte in gegenseitiger Absprache mit meinem Teamkollegen, dadurch wurde auch sein Interesse geweckt. Er war ebenso wie ich, sehr gespannt auf meine Umsetzung. Zuvor sprachen wir uns sehr genau über unser Vorgehen ab. Jegliche Störfaktoren werden direkt unterbunden, also Türen geschlossen, der Raum mittels eines Deckenwärmestrahlers erwärmt und das Material zum sofortigen Beginn bereitgestellt. Der Patient wurde in unsere Anästhesieeinleitung gebracht. Das geplante Anästhesieverfahren war eine Allgemeinanästhesie. Der Patient machte auf mich einen entspannten Eindruck.

Ich begrüßte den Patienten und stellte meinen Kollegen und mich mit Name und Funktion vor. Bereits beim ersten Händedruck spürte ich die kalte Hand des Patienten.

Sofort ging mir der Angstbewältigungstyp des Repressers durch den Kopf.

Nachdem ich mit dem Patienten den Patientencheck durchgeführt hatte, kam bereits schon die erste wichtige und spannenden Aussage des Patienten: "Verwechselt mich bloss nicht mit einem anderen! Nicht, dass ich noch mit einem Bein weniger wieder aufwache!" Ich entgegnete dem Patienten, dass dieser Check seiner Sicherheit diene und er damit sehr viel dazu beitragen kann.

Bei dem Patientencheck wird der Patient auf seine Identität hin überprüft. Zudem wird die Operation sowie die zu operierende Seite, Nüchternzeit, relevante Allergien, Mundöffnung, Zahnstatus, Medikamenteneinnahme und die Reklination des Kopfes erfragt.

Ich informierte den Patienten über unser weiteres Vorgehen. Zunächst wurde der Patient an den Überwachungsmonitor angeschlossen. Weiter informierte ich ihn darüber, indem ich die Assoziation benutzte: "Mein Teampartner wird sie monitorisieren. Dieser überwacht während der ganzen Zeit ihren Blutdruck und Puls und dient damit ihrer Sicherheit, zudem gibt es uns ein Signal wenn wir sie unterstützen können."

Der Monitor zeigte eine Herzfrequenz von 100 Schlägen/Minute an. Der Patient äusserte auf mein nachfragen Wohlbefinden, ansonsten blieb er ruhig und starrte an die Decke.

Nach meiner Einschätzung des kurzen Kennenlernens, hatte der Patient eine gemässigte bis starke Angst. Und ganz klar versteckte er diese auch.

Da ich schnell bemerkte, dass der Patient in sich gekehrt war, versuchte ich den Kreislauf der Angst, in dem sich der Patient befand zu durchbrechen. Ich wollte eine gemeinsame Ebene mit ihm finden, die Utilisation ist eine gute Möglichkeit dafür.

In der kurzen Antwort die er mir gab, hörte ich einen deutschen Dialekt heraus, diesen machte ich mir zu nutze.

Da ich selber aus Deutschland komme, hatten wir schnell ein Gesprächsthema gefunden und der Patient wurde zunehmend gesprächiger. Mein ebenfalls deutscher Teampartner stieg direkt in das Thema mit ein.

Die Punktion der Vene für die Infusionslösung kündigte ich genau so an ohne etwas negatives dabei zu formulieren: "Ich lege ihnen jetzt eine Infusion."

Nachdem nun alles vorbereitet war um die Anästhesie zu starten, ging ich an den Kopf des Patienten und erklärte ihm das weitere Vorgehen: "Ich werde ihnen jetzt eine Maske in die Hand geben, diese dürfen sie sich auf das Gesicht legen. Aus dieser Maske kommt frischer Sauerstoff der ihre Lungen sehr gut auf die bevorstehende Operation vorbereitet."

Zuvor fragte ich den Patienten noch, wo er zuletzt in den Ferien gewesen ist.

Er berichtet von einem Ort am Meer mit warmen Temperaturen, den er mit seiner Ehefrau besuchte. Ich erklärt ihm, dass er sich genau das vorstellen soll, an diesen Ort nun gedanklich zurück zu kehren an dem er sich sicher und wohl fühlte.

Zugleich soll er, wenn er möchte, eine Person bei der er sich ebenfalls geborgen und sicher fühle mit auf die Reise nehmen. Wenn er jetzt ganz intensiv an diesen Ort zurückdenkt, kann er einen wesentlichen Teil zu seiner Genesung beitragen: Indem er ganz entspannt und mit einem sicheren Gefühl langsam einschlafen kann und genau so entspannt wieder aus der Anästhesie erwachen wird.

Hierbei nutzte ich die Fokussierung und den inneren Ruheort. Der Patient liess sich darauf ein und wurde sichtlich ruhiger, dabei schloss er die Augen. Er hielt die Maske selbst auf sein Gesicht, so dass ich mich neben dem Patienten platzieren konnte. Danach machte ich mit meinem Teampartner den obligatorischen Anästhesiecheck. Den Patienten informierte ich ebenfalls darüber in dem ich ihm sagte, dass es ein obligatorischer Check ist und dies bei jeder Anästhesie so praktiziert wird. Hierbei werden alle Materialien, Geräte und Medikamente, sowie die Lagerung und die Vitalparameter geprüft. Das erste Medikament, das Opiat, wurde verabreicht und gleichzeitig informierte ich den Patienten darüber. Ich bereitete ihn darauf vor, dass er sich nochmal vorstellen soll, wie er am Strand liegt, die frische Meeresluft riecht und er durch das verabreichte Medikament gleich ein wohliges warmes und entspanntes Gefühl verspüren wird.

Als der Patient nochmals die Augen öffnete, sicherte ich ihm zu, dass die ganze Zeit jemand an seiner Seite ist und sobald die Operation vorbei sei, derjenige ihn begrüßen werden.

Wir verabreichten dem Patienten das Hypnotikum. Ich erklärte dem Patienten, dass er langsam einschlafen wird, durch das Medikament wird er eine Wärme im Arm spüren, die er sich als Sonnenstrahlen auf seiner Haut vorstellen darf. Der Patient schlief ruhig und entspannt ein. Kurz davor gab ich dem Patienten einen posthypnotischen Auftrag: dass ich gespannt bin, was er mir von seinem Urlaub berichte, sobald er nach dem Eingriff wieder erwacht ist.

Mein Teamkollege und ich haben diese Situation nachbesprochen. Wir waren uns einig, dass wir die Anästhesieeinleitung als sehr angenehm empfunden haben. Es war für alle Beteiligten eine angenehme und ruhige Atmosphäre. Mein Kollege hat es als beeindruckend empfunden, dass der Patient sich mit so wenigen Massnahmen durch die Einleitung begleiten liess.

### **3.2 Umsetzung der Empathie in den Praxisalltag**

Die Umsetzung der Empathie möchte ich anhand eines Beispiels erläutern, welches mir stark im Gedächtnis geblieben ist.

Ich wurde von meiner Schichtleitung darüber informiert, dass sie in den Schockraum müsse und ich so lange ihren Patienten betreuen soll. Ich kam also in ihren Anästhesieeinleitungsraum.

Die Patientin lag auf dem Stryker. Sie war bereits an den Überwachungsmonitor angeschlossen und hatte bereits eine Infusion erhalten. Ich begrüßte die Patientin und stellte mich mit Name und Funktion vor. Ich erhielt von meiner Kollegin eine kurze Übergabe. Die Patientin wurde von meiner Kollegin darüber informiert, dass es einen Notfall gibt und sie deswegen noch kurz warten müsse bis es los geht. Ich las mir ihre Krankengeschichte durch und überprüfte alle Installationen und Anschlüsse. Die Vitalparameter waren normal und die Patientin machte einen entspannten Eindruck. Ich wollte die Patientin direkt ansprechen und fragte sie, wie sie sich im Moment fühle.

Die Patientin schaute mich mit grossen Augen an und sagte, dass sie einfach froh ist wenn es endlich vorbei ist und sie verbalisierte ihre sehr grosse Nervosität.

Meine Einschätzung für diese Patientin war, dass sie sich in der milden bis gemässigten Angst befand. Ihr Angstbewältigungstyp ist der Sensitive, weil sie ihre Angst direkt äussern konnte.

Nachdem ich sie auf ihr Befinden angesprochen hatte, fing die Patientin an Fragen zu stellen. Sie wollte wissen wann es nun endlich los geht, warum hier so ein Lärm ist und warum ausgerechnet sie nun warten müsse.

Ich bemerkte, dass sie mit zunehmenden Fragen in ihrer Körpersprache immer unruhiger und nervöser wurde. Meine Aufgabe war nun primär das Zuhören und ihre Fragen zu beantworten.

Ich antwortet ihr: "Ich verstehe sie absolut, dass sie nicht mehr warten möchten und das ich sie informieren werde sobald es los geht". Ich gab der Patientin ein gutes Gefühl, indem ich ein Telefonat führte, um herauszufinden wie lange die Verzögerung noch dauern würde. Dies merkte ich, da sich die Patientin danach bei mir für meinen Einsatz bedankte. Ich versetzte mich in die Patientin und erinnerte mich an die auslösenden Faktoren der Patientenangst.

Ich verstand, dass genau diese Faktoren die Patientin jetzt noch viel intensiver wahrnimmt als sie es in einer gewohnten Alltagssituation tun würde.

Ich vermittelte der Patientin meine volle Aufmerksamkeit, indem ich sie fragte ob sie bequem liege und ob sie warm genug hat. Ich probierte nach Wunsch der Patientin ihre momentane Lage zu optimieren. Zudem fragte ich nach ihren momentanen Beschwerden und liess die Patientin erzählen. Ich stand direkt neben ihr und legte ihr ab und zu meine Hand auf den Arm. Irgendwann nahm sie meine Hand und entschuldigte sich bei mir das sie so nervös und aufgedreht sei und so viele Fragen stelle, aber sie sei einfach extrem nervös. Nach kurzer Zeit kamen meine Kollegen wieder und übernahmen die Patientin. Ich verabschiedete mich und wünschte der Patientin eine gute Genesung. Durch ruhiges beantworten der Fragen und verständnisvolles zuhören konnte ich der Patientin in diesem Moment eine grosse Stütze sein, sie konnte ihren Angstkreislauf für einen Augenblick durchbrechen.

## 4 Schlussfolgerungen

### 4.1 Rückblick auf die Umsetzungen

Mein ursprünglicher Plan beide Konzepte an je einem anderen Tag umzusetzen ist nicht aufgegangen. Zunächst musste ich feststellen, dass es einfacher gesagt ist als getan die Suggestion und die Empathie in die Praxis umzusetzen. Des Weiteren habe ich ebenfalls schnell bemerkt, dass es ganz auf den Patienten ankommt, wie ich mit ihm kommunizieren konnte. Mir wurde bewusst, dass man flexibel bleiben muss. Es war oft eine Entscheidung aus dem Bauch heraus.

Mir ist aufgefallen, dass man vor allem bei der Suggestion, sehr schnell in die negative Suggestion abgleiten kann. Es passiert teilweise ganz unbewusst, einfach aus Gewohnheit. Dies muss gut vorbereitet und trainiert werden. Die Umsetzung der Suggestion ist mir teilweise gut gelungen. Die grössten Probleme waren meistens die unbewussten negativen Suggestionen. Beim beschriebenen Beispiel ist es mir gut gelungen. Ich denke viel ist davon abhängig wie geübt man ist, welche Berufserfahrung man mitbringt und vom persönlichen Menschenbild eines jeden. So kann man eine Einleitung bei vielen Patienten gleich gestalten.

Bei beiden Konzepten ist es für mich wichtig gewesen die Angst zu verstehen. Wie zum Beispiel die Ursachen, die Symptome und die verschiedenen Bewältigungstypen zu kennen, ist für mich von grossem Vorteil gewesen. Ebenfalls die Zeichen einer sichtbaren und unsichtbaren Angst zu erkennen und dementsprechend zu handeln. Interessant war im Vorfeld auch zu erfahren, vor was Patienten Angst haben. Natürlich lässt sich aus hygienischen, logistischen, organisatorischen, personellen Ressourcen und Sicherheitgründen manches nicht ändern, aber man kann den Patienten in das Geschehen mit einbinden. Wie im ersten Beispiel erwähnt, stand ich direkt neben dem Patienten und er hat selbst die Maske gehalten.

Die Empathie habe ich persönlich als Herausforderung gesehen. Es ist nicht immer ganz einfach sich in den Patienten hineinzusetzen. Unser Alltag ist oft von Stress geprägt,

dies spiegelt sich in unserem Verhalten wieder. Trotz Zeitdruck sich ganz auf den Patienten einzulassen ist eine Herausforderung. Zudem kommt es darauf an, was man für einen Patienten vor sich hat. Ich habe oft bemerkt, dass die Empathie manchmal alleine nicht ausreichend war um dem Patienten damit die Angst zu reduzieren. Rückblickend war die Umsetzung für mich eine spannende und lehrreiche Zeit und ich werde auch in Zukunft weiter daran arbeiten.

#### 4.2 Persönliche Empfehlungen

In diesem letzten Teil ist es mir ein Anliegen meine persönliche Empfehlung über das Erlebte abzugeben. Wie bereits schon in meinem Rückblick auf die Umsetzungen erwähnt reicht oft ein Konzept, wie in dieser Diplomarbeit beschrieben, alleine nicht aus.

Die Konzepte geben wichtige Beispiele dafür ab. Es ist wichtig die Angst und alles was dazu gehört zu verstehen und vorallem sie ernst nehmen. Es kommt immer darauf an, was für ein Typ Mensch man vor sich hat. Oftmals spielt die Intuition, wie man sich Verhalten soll, eine grosse Rolle und liegt damit oft richtig. Es ist auch wichtig zu wissen, dass wir nicht auf Biegen und Brechen die Angst von jedem Patienten nehmen können. Wir können die Patienten bei der Bewältigung der Angst aber professionell unterstützen und begleiten. Ebenso ist es wichtig Symptome und dazugehörige Verhaltensmuster zu kennen, um diese wiederum deuten zu können.

Meine Empfehlung ist daher, sich nicht nur auf ein Konzept der Kommunikation zu versteifen, sondern es ganz individuell und bewusst auf den Patienten abzustimmen. Es benötigt Fingerspitzengefühl in so einer kurzen Zeit herauszufinden, was der Patient benötigt. Zudem das sich bewusst machen von sichtbarer und unsichtbarer Angst. Nur weil ein Patient sagt er habe keine Angst, kann es viele Anzeichen dafür geben, dass er diese nur verbergen will.

Ausserdem ist es mir ein Anliegen zu betonen, dass trotz stressigem Alltag und zunehmenden Zeitdruck, der Patient unser Mittelpunkt ist und bleibt. In unseren heutigen fast perfekten Apparaturüberwachung rückt dies leider oftmals in den Hintergrund. Auf der Patientenbetreuung muss unser Hauptaugenmerk liegen, dafür lohnt es sich auch zu diesem Thema eine Fortbildung zu besuchen. Ebenso werde ich meine Diplomarbeit im Rahmen eines internen Schultages meinen Berufsbildnerinnen und meinen Mitstudierenden vorstellen.

Es gibt viele Möglichkeiten, mit der Angst vor einer Operation umzugehen. Viele Spitäler bieten auf ihren Homepages Vorabinformationen an, damit sich Patienten, sowie auch Freunde und Angehörige informieren können. Das Kantonsspital Winterthur stellt dazu diverse Informationen den Patienten und Angehörigen online zu Verfügung. Hier können sich Patienten und ihre Angehörigen bereits im Vorfeld im „kleinen Anästhesiewörterbuch“ über die verschiedensten Fachausdrücke sowie „häufig gestellte Fragen“ belesen (Homepage, Kantonsspital Winterthur online, 2018).

Das Klinikum rechts der Isar in München hat für Patienten eine eigene Seite zu dem Thema Angst und Narkose aufgeschaltet (Homepage, Klinikum rechts der Isar, online, 2018). Dabei machen sie die Patienten darauf aufmerksam, wie wichtig eine gute Vorinformation ist und somit ein Teil der Angst bereits im Vorfeld dem Patienten genommen werden kann.

Ein öffentlicher Vortrag mit dem Titel: „Angst vor der Anästhesie“, findet im Juni diesen Jahres im Spital Bülach statt und kann kostenlos von jedem Interessierten besucht werden (Homepage, Spital Bülach, online, 2018)

Problematisch kann die Angst auch werden, wenn sie dazu führt, dass man nicht alle Informationen behält oder versteht, die für die Operation wichtig sind. Dabei kann es sich zum Beispiel um Informationen über die Vorbereitung zur Operation, oder die Genesung danach handeln.

Im Spital sollten bestimmte Dinge eigentlich selbstverständlich sein: Zum Beispiel, dass das Personal Verständnis für die Bedürfnisse der Patienten hat, die Wartezeiten möglichst

kurzgehalten werden und die Zeit im Spital für Betroffene möglichst angenehm gestaltet wird. Fast alle Spitäler bieten Ansprechpartner wie Seelsorger, Sozialarbeiter oder freiwillig Helfende an, die Beistand leisten können.

Während einer Anästhesieeinleitung können Entspannungstechniken wie Atemübungen, Hypnose oder Übungen zur Muskelentspannung angewendet werden. Zur Anleitung solcher Übungen können auch Audioaufnahmen eingesetzt werden. Dies zeigt uns Preckel (2016) in einer durchgeführten Studie. Hierbei wurde mit instrumenteller Musik und Lichteffekten gearbeitet. Der grösste Teil der Patienten fühlte sich dadurch entspannter und bei der Hälfte der Patienten wurden positive Veränderungen festgestellt, wie objektive und subjektive Symptome. Hansen und Bejenke (2010) berichten von ähnlichen Ergebnissen. Hierbei wurden bei Patienten mit einem operativem Eingriff, Hypnose und positive Suggestion als Ergänzung zur Regionalanästhesie angewendet. Dabei wurde eine deutliche Reduktion von Sedativa und Schmerzmitteln festgestellt. Ebenfalls wurde eine Verringerung der Komplikationen erreicht.

Ich hoffe ich konnte mit meiner Arbeit Möglichkeiten aufzeigen wie ein Patient in einer für ihn so belastenden Situation professionell unterstützt werden kann.

## Literaturverzeichnis

### Bücher:

Altmann, T. (2015). *Empathie in sozialen und Pflegeberufen: Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Huch R., Jürgens K.D. (2011). *Mensch Körper Krankheit, Anatomie-Physiologie-Krankheitsbilder* (6. Auflage). München: Elsevier GmbH.

Reuschenbach B., Mahler C. (2011). *Pflegebezogene Assessmentinstrumente: Internationales Handbuch für Pflegeforschung und- praxis* (1. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.

Rufer, M., Alsleben, H. & Weiss, A. (2016). *Stärker als die Angst: Ein Ratgeber für Menschen mit Angst- Panikstörungen und deren Angehörige* (2. Auflage). Bern: Hogrefe Verlag.

Sauer, H. (2015). *Der Angstfreie Operationssaal: Für Ärzte, Pflegepersonal und Planer von Operationssälen und Eingriffsräumen*. Berlin: Springer- Verlag.

Schmidt-Traub, S. (2013). *Angst bewältigen: Selbsthilfe bei Panik und Angoraphobie-Den Rückfall vermeiden-Fallbeispiele und konkrete Tipps* (5. Auflage). Berlin: Springer-Verlag.

### Online Angaben:

Artner, J. (2000, Juni 18). *Anatomie der Angst- Neuropsychologie des Limbischen Kortex* Verfügbar unter:

<http://www.jurajartner.com/downloads/angst> (14.02.2018)

Deutscher Duden (2018)

*Angst*

Verfügbar unter: <https://www.duden.de/suchen/dudenonline/angst> (13.02.2018)

*Suggestion*

Verfügbar unter: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Suggestion> (17.02.2018)

Kantonsspital Winterthur (2018). Homepage.

*Kleines Anästhesiewörterbuch*

Verfügbar unter:

[https://www.ksw.ch/app/uploads/2017/06/Kleines\\_Anaesthesiewoerterbuch.pdf](https://www.ksw.ch/app/uploads/2017/06/Kleines_Anaesthesiewoerterbuch.pdf)

(03.03.2018)

*FAQ - Häufig gestellte Fragen*

Verfügbar unter: <https://www.ksw.ch/klinik/anaesthesiologie/angebot/faq/> (03.03.2018)

Klinikum rechts der Isar (2018). Angst und Narkose.

Verfügbar unter: <http://www.anaesth.med.tum.de/inhalt/angst-und-narkose> (03.03.2018)

Spital Bülach (2018). Öffentlicher Vortrag am 12.6.2018 zum Thema: „Angst vor der Anästhesie“.

Verfügbar unter: <https://www.spitalbuelach.ch/kalender/oeffentlicher-vortrag-«angst-vor-der-anästhesie»> (10.03.2018)

Tolksdorf W. (2005, April 19). Angst und Angstbewältigung vor chirurgischen Massnahmen. Vortrag im Rahmen des 52. Anästhesiecongresses München.

Verfügbar unter :

[http://www.angst-auskunft.de/AAA\\_Wissenschaft\\_Angst/Angst\\_bei\\_Operationen.htm](http://www.angst-auskunft.de/AAA_Wissenschaft_Angst/Angst_bei_Operationen.htm)

Wikipedia, die freie Enzyklopädie (2018).

*Dissoziation*

Verfügbar unter: [https://de.wikipedia.org/wiki/Dissoziation\\_\(Psychologie\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Dissoziation_(Psychologie)) (18.02.2018)

*Hyperästhesie*

Verfügbar unter: <https://de.wikipedia.org/wiki/Hyperästhesie> (18.02.2018)

*Hypästhesien*

Verfügbar unter: <https://de.wikipedia.org/wiki/Hypästhesie> (18.02.2018)

*Katalepsie*

Verfügbar unter: <https://de.wikipedia.org/wiki/Katalepsie> (18.02.2018)

### **Skripte:**

Sebos, L. (2017). *Angst Krise*. Modul Prozesse 2-4, Nicht veröffentlichtes Dokument, Z-INA Zürich.

Hanke, U. Dr. (2016). Zusammenfassung der wichtigsten Regeln in der positiv suggestiven Patientenkommunikation, H16 Fachmodul 1B, Nicht veröffentlichtes Dokument, Z-INA Zürich.

### **Fachzeitschriften:**

Fumasoli, A., Häner, G., Eggert, A., Probst, A.-T. & Hirter, K. (2012). Angst professionell erfassen und lindern. *Soins infirmiers, Krankenpflege*, 1/2012, S.22-25

Hansen, E. & Bejenke, C. (2010). Negative und positive Suggestion in der Anästhesie. *Anästhesist*, 59, 199-209

Preckel, E. (2016). Ohne Angst in die Narkose. *Intensiv*, 24, 282-288

Seemann, M., Zech, N., Graf, B.M. & Hansen, E. (2015). Das Prämedikationsgespräch: Anregung zu einer patientenfreundlichen Gestaltung. *Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie*, 50, 142-146

Weckert, A. & Lorenz, G. (2012). Klinische Empathie- Was kann sie bewirken in Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie?. *Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie*, 47, 426-429

Zech, E., Seemann, M. & Hansen, E. (2014). Noceboeffekte und Negativsuggestionen in der Anästhesie. *Anästhesist*, 63, 816-824

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 : Sebos, L. (2017). *Angst Krise*. Modul Prozesse 2-4, Nicht veröffentlichtes Dokument. Zürich: Z-INA, S. 18.

## Glossar

Dissoziation	„Auseinanderfallen von Funktionen der Wahrnehmung, des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität und der motorik, die normalerweise zusammenhängen“ (Wikipedia online, 2018).
Idiomotorische Reaktionen	„Das sind kleine, unwillkürliche Körperbewegungen wie ein Zittern der geschlossenen Augenlider – können Regungen des Unterbewusstseins anzeigen“ (Hansen & Bejenke, 2010, S. 200).
Hyperästhesie	„...bezeichnet allgemein eine Überempfindlichkeit und gesteigerte Erregbarkeit der Gefühls- und Sinnesnerven“ (Wikipedia online, 2018).
Hypästhesie	„... bezeichnet eine umschriebene oder allgemeine herabgesetzte Empfindlichkeit der Berührungs- und Drucksensibilität der Haut“ (Wikipedia online, 2018).
Katalepsie	„... ist eine neurologische Störung. Sie äussert sich darin, dass aktiv oder passive eingenommene Körperhaltung übermässig lange beibehalten werden“ (Wikipedia online, 2018).

**Selbständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, dass diese Diplom-/ Projektarbeit von mir selbständig erstellt wurde. Das bedeutet, dass ich keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel beigezogen und keine fremden Texte als eigene ausgegeben habe. Alle Textpassagen in der Diplom-/ Projektarbeit, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Datum:

Unterschrift:

**Veröffentlichung und Verfügungsrecht**

Die Z-INA verpflichtet sich, die Diplom-/ Projektarbeit gemäss den untenstehenden Verfügungen jederzeit vertraulich zu behandeln.

Bitte wählen Sie die Art der vertraulichen Behandlung:

<input type="checkbox"/>	Veröffentlichung ohne Vorbehalte
<input type="checkbox"/>	Keine Veröffentlichung

Datum:

Unterschrift:

Bei Paararbeit Unterschrift der 2. Autorin/ des Autors:

Von der Z-INA auszufüllen:

Die Z-INA behält sich vor, eine Diplom-/ Projektarbeit nicht zur Veröffentlichung frei zu geben.

<input type="checkbox"/>	Die Diplom-/ Projektarbeit kann seitens Z-INA veröffentlicht werden
<input type="checkbox"/>	Die Diplom-/ Projektarbeit kann seitens Z-INA nicht veröffentlicht werden

Datum:

Unterschrift der Studiengangsleitung: