DZzH

Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose 2/2016

SCHWERPUNKT

Bewältigungsstrategien

bei Angst und Schmerz

WISSENSCHAFT & PRAXIS

Hypnotherapeutic Olfactory Conditioning

WISSENSCHAFT & PRAXIS

Verhaltenstherapie bei Dentalphobie

PRISMA

Hypnose in der NS-Zeit

BUCHREZENSION

Das Dentale

alles GOZO, der legendäre Kongress für Hypnose und Kommunikation, feiert 2017 sein 25-jähriges Bestehen. In den drei Tracks Hypnose, Kinderzahnheilkunde und Kommunikation wartet er mit einem besonders reichhaltigen Angebot für Ärzte, Zahnärzte, Therapeuten und Hypnoseinteressierte auf.

Namhafte Experten wie G. und A. Schmierer, G. Schütz, T. Conrad, V. Meßmer, R. Steffen, H. van Waes, J. Veerkamp, T. Eberle, C. Tan, B. Beckers-Lingener, u.v.m. haben bereits zugesagt. Besonders freuen wir uns auf die israelischen Referenten Y. Adir und G. Golan.

„Ein Jahr ohne GOZO ist ein verlorenes Jahr."

Eine außergewöhnliche Fortbildungswoche in einer einmaligen Atmosphäre mit weit geöffneten Sinneskanälen geniessen – das ist alles GOZO. 2017 gibt es erstmals begleitend ein komplettes Programm für mitreisende Kinder.

Die Anmeldung erfolgt über die entsprechenden Formulare auf unserer Website www.allesgozo.de. Hier finden Sie aktuelle Infos zum entstehenden Programm und rund um GOZO, aber auch Impressionen und Themen des vorangegangenen Kongresses.

MediSuccess
MEHR ERFOLG FÜR IHRE PRAXIS

www.allesgozo.de

E-Mail: mail@medisuccess.de
Telefon: 0 24 52 - 95 39 821

Gerne stehen wir Ihnen für eventuelle Fragen auch telefonisch zur Verfügung. Zusätzlich empfehlen wir Ihnen unseren monatlich erscheinenden MediSuccess-Newsletter, mit dem wir Sie über den Stand der Planung auf dem Laufenden halten. Er ist kostenlos und selbstverständlich jederzeit wieder kündbar.

Dorothea Thomaßen
Chefredakteurin

dzzh-redaktion@dgzh.de

Liebe Leserinnen und Leser,

mit dem Mund kommunizieren, essen und beißen wir, und wir nutzen ihn als Werkzeug. Ansonsten ist er in der Regel geschlossen. Beim Zahnarzt ist das anders: Möglichst stumm, still und friedlich soll der Mund sein und dabei weit geöffnet. Vielleicht wird in diesem Bereich, an dem sich Hören, Fühlen, Riechen und Schmecken verdichten, ein schmerzhafter Eingriff notwendig. Das ist eine Herausforderung, ein entspanntes Gähnen in dieser Situation wäre eher ungewöhnlich. Es sei denn, man ist ein Krokodil, das stundenlang satt und zufrieden in der Sonne liegen kann, während ihm kleine Zahnputzvögel zwischen den Zähnen herumfuhrwerken.

Dieses Krokodil mit dem schönen schweizerischen Namen Päuli ist der Held des pädagogisch-hypnotischen Erstaufnahmekonzeptes von Ruth H. Besimo-Meyer, Evelyne Scheidegger-Hüsler und Christian E. Besimo. Sie zeigen, dass Mut beim Zahnarzt ebenso lehr- wie lernbar ist.

Doch viele Erwachsene blicken einem Zahnarztbesuch furchtsam bis phobisch entgegen. Daher liegt der Schwerpunkt dieses Heftes auf einem hilfreichen Umgang mit Angst und Schmerz.

Schon der typische Praxisgeruch erzeugt bei manchen Menschen spontane Fluchtreflexe. Gerüche gehen direkt ins limbische System und rufen augenblicklich Emotionen hervor. Heini Frick beschreibt, wie eine Kombination aus olfaktorischer Konditionierung und Hypnose (HOC) beruhigend als Bewältigungsstrategie eingesetzt werden kann. Auch die Blickrichtung öffnet neuronale Netzwerke, in denen Erinnerungen und Zustände verwoben sind. Edel Beck, Anne Pfitzner und Oliver Schubbe zeigen, wie über die Lenkung des Fokus, das sogenannte Brainspotting, Menschen auf dem Zahnarztstuhl behandlungsfähig werden. Geht es in diesen beiden Artikeln um Methoden für viele, unterhält uns Allan Krupka mit Geschichten von Einzelnen und erzählt vier Fälle einer maßgeschneiderten Intervention.

Schafft es ein ängstlicher Patient in die Zahnarztpraxis, hat er einen großen Schritt gemacht. Hier können unsere Methoden angewandt werden. Doch für viele Phobiker ist dieser Gang ausgeschlossen. Was dann? André Wannemüller beschreibt ein verhaltenstherapeutisches Programm aus fünf Sitzungen, dessen Herzstück eine In-senso-Exposition der Zahnbehandlung ist. Während hypnotische Interventionen auf dem Behandlungsstuhl so angelegt sind, dass Patienten sich während des realen Eingriffs mental in einen imaginierten Wohlfühlraum zurückziehen, ist das psychotherapeutische Vorgehen umgekehrt: Geht der Patient nicht zum Zahnarzt, kommt der Zahnarzt zum Patienten, und zwar imaginativ, also in Trance. So kann er sich unter geschützten Bedingungen neu justieren.

In einem Symposium auf der diesjährigen Jahrestagung der MEG in Bad Kissingen ging es darum, dass es im Zusammenhang mit dem Nationalsozialismus auch zur Geschichte der Hypnose noch offene Fragen geben könnte. Bewältigung kennt viele Facetten.

INHALT

WISSENSCHAFT & PRAXIS

6 **Angstfreie Erstaufnahme von Klein- und Schulkindern**
Ein neues pädagogisch-hypnotisches Gesamtkonzept
Ruth H. Besimo-Meyer, Evelyne Scheidegger-Hüsler, Christian E. Besimo

11 **Brainspotting – Ein neues Werkzeug bei Behandlungsängsten**
Edel Beck, Anne Pfitzner, Oliver Schubbe

►14 **Verhaltenstherapie bei Dentalphobie**
Ein therapeutisches Fünf-Sitzungsprogramm zur Behandlung von Zahnbehandlungsangst
André Wannemüller, Hans-Peter Jöhren, Alice Abramski, Jürgen Margraf

►22 **Hypnotherapeutic Olfactory Conditioning oder: Der Minzenkuss**
Bedarfsgerechte Emotionsregulation durch die Konditionierung eines Duftes mit einer Kompetenzerfahrung
Heini Frick

26 **Schmerz und Kommunikationschemie**
Typische Settings für Schmerzmodulierung
Allan Krupka

PRISMA

30 **Erschöpfung, Burn-out, Depression – hypnotherapeutische Wege zu gesunder Balance**
M.E.G.-Jahrestagung 2016
Ein Bericht von Hans-Friedrich Hicks-Monreal

►32 **Hypnose in der NS-Zeit**
Symposium im Rahmen der M.E.G.-Jahrestagung 2016
Eine Zusammenfassung von Anthony Kauders

34 **Hakuna matata**
Ego-State-Kongress in Südafrika 2016
Ein Erlebnisbericht von Veit Meßmer

38 **Wer sucht, der findet!**
Hypnose- und Kommunikationskongress auf Gozo 2016
Ein Erfahrungsbericht von Mareen Scharf

40 **Schamanische Begegnung**
ÖGZH-Pflingstklausur 2016
Eine Momentaufnahme von Eberhard Brunier

FORUM

25 **„Was ist Hypnose für Sie?"**
ZWISCHENFRAGE. Antworten unserer Leser.

44 **„Oben"**
HYPNOTISCHER STREIFZUG. Kolumne von Steffi Könnecke

45 **Hypnose und Literatur**
FUNDGRUBE. Die Ersatzmutter Khadischa.

53 **„Rückblick und Ausblick"**
TREIBGUT. Kolumne von Wolfgang Kuwatsch

DGZH INTERN

42 **Bericht des DGZH-Präsidenten**

43 **DGZH-Nachrichten kompakt**

WEITERE INHALTE

3 **Editorial**

19 **Veranstaltungshinweise**

48 **REZENSIONEN**
Gabriele Baden: „Hypnotische Induktionen"
Carla Kozmacs: „Herausforderung Karriere"
Ulrike Peters: „Wie sag ich's meinem Doc?"
► ***Dorothea Thomaßen:*** „Das Dentale"
Jens von Lindeiner: „Psychotherapie mit Männern"

HINWEISE

Den DGZH-Ausbildungskalender können Sie aus der Heftmitte heraustrennen. Eine PDF-Ausgabe der Zeitschrift können Sie unter www.dgzh.de downloaden. Die auf der Titelseite angekündigten Themen sind mit einem ► gekennzeichnet.

IMPRESSUM

Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose

Ausgabe:	2 / 2016, 22. Jahrgang
Herausgeber:	Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose e. V.
Kontakt:	Königstr. 80, 70173 Stuttgart
	Fon: 07 11 - 2 36 06 18, Fax: 07 11 - 99 78 36 30
	E-Mail: dzzh-redaktion@dgzh.de
ISSN:	1866-3362
Copyright:	© DGZH e. V. Alle Rechte vorbehalten.
Auflage:	2.400 Exemplare (zweimal jährlich)
Chefredaktion:	Dr. Dorothea Thomaßen
Redaktion:	Dr. Dorothea Thomaßen (thomassen@dgzh.de)
	Marion Jacob (jacob@dgzh.de)
Lektorat:	Jörg Exner
Layout/Satz:	Marion Jacob
Anzeigen:	Marion Jacob
Druck:	Fischbach Druck GmbH, Reutlingen
Versand:	Staufen Direktwerbung GmbH, Wangen
Titelbild:	© Andrey Bandurenko – Fotolia.com

Behandlungskonzept

Angstfreie Erstaufnahme von Klein- und Schulkindern

Ein neues pädagogisch-hypnotisches Gesamtkonzept

Ruth H. Besimo-Meyer, Evelyne Scheidegger-Hüsler und Christian E. Besimo

Zusammenfassung
Zahnbehandlungsangst und -phobie sind keine Seltenheit in der Praxis. Im Rahmen der zahnärztlichen Betreuung von Kindern ist es von Bedeutung, nicht nur deren eigene Ängste wahrzunehmen, sondern auch die ihres sozialen Umfelds, insbesondere der Eltern. Dabei kann der gezielte Einsatz einiger pädagogischer Grundprinzipien und einer hypnotischen Sprache den Zugang zu Klein- und Schulkindern wesentlich erleichtern. In der vorliegenden Arbeit wird ein entsprechendes pädagogisch-hypnotisches Konzept mit seinen Hilfsmitteln vorgestellt.

Einleitung
Bis zu 70 % der Patienten zeigen ein Unbehagen oder haben Angst vor der zahnärztlichen Behandlungssituation.[1, 2] 10 bis 20 % gelten als hoch ängstlich und leiden unter einer ausgeprägten Zahnbehandlungsangst, die auch als Dentophobie bezeichnet wird.2, 3 Diese kann den gesamten mit allen fünf Sinnen wahrgenommenen zahnärztlichen Kontext umfassen oder nur bestimmte Teilaspekte, wie z. B. die Angst vor dem Nadeleinstich bei der Lokal- oder Leitungsanästhesie (*Nadelphobie*). Rund 5 % vermeiden den Zahnarztbesuch über Jahre vollständig.2 Mehr als 30 % der Patienten schätzen sich im zahnärztlichen Kontext als sehr ängstlich ein. Dagegen werden von Zahnärzten nur gerade gut 20 % als deutlich ängstlich wahrgenommen.[4] Viele zahnärztliche Fachpersonen scheinen die Ängste ihrer Patienten nicht richtig einschätzen zu können. Durch zahnärztliche Maßnahmen ausgelöste Ängste sind jedoch von Bedeutung und müssen ernst genommen bzw. thematisiert werden, um eine ausreichende Compliance und ein nachhaltiges Betreuungsresultat sicherstellen zu können.[4]
Das Phänomen der Zahnbehandlungsangst ist also keine Seltenheit. Im Rahmen der zahnärztlichen Betreuung von Kindern ist es wichtig, nicht nur deren eigene Ängste zu erfassen, sondern auch die ihres sozialen Umfeldes, vor allem der Eltern.[5, 6] Die klinische Erfahrung hat gezeigt, dass Kinder gegenüber der für sie neuen Umgebung der zahnärztlichen Praxis unvoreingenommen und offen sind, sofern nicht eigene negative Erfahrungen in vergleichbarem Kontext und/oder Tradierung von Ängsten aus ihrem Umfeld (Vorbilder, Erzählungen, Bilder) vorliegen. Diese Ängste müssen nicht unbedingt in direktem zahnärztlichen Zusammenhang stehen, sondern können auch vergleichbare Teilaspekte wie Trennungsängste oder die Angst vor fremden Personen betreffen.[6] Im klinischen Alltag haben Informationsschreiben an die Eltern, die der Erstkonsultation allein vorausgehen, nicht die erwünschte Wirkung gezeigt. Zudem ist eine mit Angst verbundene Zurückhaltung von Kindern gegenüber Fremdem nicht zuverlässig durch ein kindgerechtes, freundliches Verhalten zu überwinden.
Deshalb haben wir in unserem Team und in Zusammenarbeit mit einer Pädagogin ein mehrschichtiges Gesamtkonzept für die geplante Erstaufnahme von Klein- und Schulkindern in der zahnärztlichen Praxis erarbeitet, das im Folgenden vorgestellt wird.

Ziele und Grundprinzipien des Projektes
Die Ziele des Projektes waren:
- Gezielte und geführte Vorbereitung des Kindes auf die zahnärztliche Erstuntersuchung im Vorfeld zu Hause
- Schnellere Orientierung in unbekanntem Umfeld
- Identifikation mit einem Hilfsmittel (Figur aus der kindlichen Erlebniswelt)
- Rascher und sicherer Vertrauensaufbau
- Hilfestellung für das soziale Umfeld (Eltern, andere Bezugspersonen)

Hierzu gelangten die folgenden pädagogischen Grundprinzipien zur Anwendung:[6, 7]
- *Identifikation*: Das Kind kann sich mit einer im Vorfeld anhand eines Malbuches und einer Bastelvorlage vermittelten, positiv belegten Figur als Hilfsmittel identifizieren

- *Wiedererkennungseffekt*: Das Kind erkennt den im Malbuch vermittelten zahnärztlichen Kontext in der Praxis wieder
- *Interaktionsaufbau und Stellvertretertechnik:* Das Hilfsmittel dient dem Zahnarzt in Form einer Handpuppe als Stellvertreter bei der Kontaktaufnahme mit dem Kind und erleichtert so den Interaktionsaufbau
- *Rekapitulation*: Das Kind erfährt die zahnärztliche Erstuntersuchung als Rekapitulation der im Malbuch erzählten Geschichte

Klinisches Vorgehen

Vorbereitung der Erstkonsultation

Interessierte Eltern erhalten nach der Anmeldung ihres Kindes die folgenden Unterlagen zugesandt:

- Kurzer Begleitbrief
- Allgemeiner Anamnesebogen
- Ergänzender Fragebogen für Kinder
- Malbuch
- Bastelvorlage

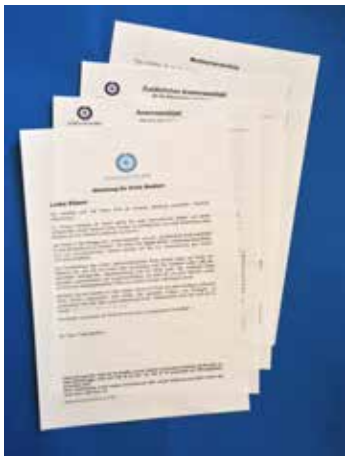


Abb. 1: Vorbereitende Unterlagen

Das kurze *Begleitschreiben* (Abb. 1) informiert über das die Erstkonsultation des Kindes vorbereitende Vorgehen und gibt Auskunft über die Öffnungszeiten der Abteilung, den Anfahrtsweg sowie den 24-Stunden-Notfalldienst der Klinik.

Der *allgemeine Anamnesebogen* und der ergänzende *Fragebogen für Kinder* müssen von den Eltern ausgefüllt im vorfrankierten Kuvert zurückgesandt werden, bevor der Termin für die Erstkonsultation erteilt wird. Die etwaige Einnahme von Arzneimitteln wird auf einer ebenfalls zugesandten separaten *Medikamentenliste* erfasst (Abb. 1).[8] Dies erlaubt dem zugeteilten Behandler eine fundierte und problembezogene Vorbereitung der Erstuntersuchung. So erhält er Informationen über den Konsultationsgrund, das Vorhandensein einer Zahnbehandlungsangst beim Kind bzw. bei einem oder beiden Elternteilen sowie über den elterlichen Wunsch eines telefonischen Vorgesprächs. Bei komplexer Ausgangssituation kann der Zahnarzt auch von seiner Seite die Möglichkeiten einer telefonischen Kontaktaufnahme vor der Erstkonsultation nutzen.

Das zentrale Hilfsmittel dieses pädagogischen Gesamtkonzeptes ist *Päuli*, ein *Krokodil*. Er erzählt im *Malbuch* seine Geschichte, wie er den ersten Besuch beim Zahnarzt erlebt hat (Stellvertretertechnik; Abb. 2). In sechs Strichzeichnungen mit kurzen Begleittexten in stufengerechter Schrift und Sprache können die Kinder mit ihren Eltern das Erlebnis Päulis nachvollziehen und farbig ausmalen (Identifikation).

Abb. 2: Päuli-Malbuch

Die im Malbuch dargestellten Szenen sind:

- Familie zu Hause beim Studieren der zugesandten Unterlagen
- Begrüßung von Päuli am Empfang
- Kindgerechte Begrüßung von Päuli durch die Zahnärztin im Wartezimmer
- Päuli klettert auf den Zauberstuhl
- Zahnärztin zählt Päulis Zähne
- Päuli darf eine Überraschung aus dem Zaubersack nehmen

Die Texte sind in hypnotischer Sprache durchwegs positiv und das Ich des Kindes stärkend formuliert.[9] Dabei werden auch Angst vermittelnde Fachausdrücke für den Gebrauch durch die Eltern positiv umgedeutet (Reframing[10]), wie z. B. in Zauberstuhl, kitzelnde Häkchen, die den Zahn zum Lachen bringen (Sondiergeräusch) und Sonnenlampe. Zudem wird den Eltern ihre unterstützende Rolle zugewiesen: „Die Mutter sitzt still und vergnügt auf ihrem Stuhl."

Als weitere aktive Maßnahme zur Identifikation kann das Kind anhand der *Bastelvorlage* seinen eigenen Päuli ausmalen und zusammensetzen (Abb. 3).

Dank einer Klammer lässt sich Päulis Mund öffnen und schließen. Das Kind soll seinen Päuli in die Erstkonsultation mitbringen und kann mit diesem den vom Zahnarzt gebastelten Päuli begrüssen. Selbstverständlich besitzt das Kind immer den schöneren Päuli!

Abb. 3: Päuli-Bastelbogen

Durchführung der Erstkonsultation

Im Wartezimmer hängen die sechs Strichzeichnungen aus dem Malbuch als farbig ausgemalte, *großformatige Bilder*, womit ein Wiedererkennungseffekt und eine Rekapitulation der zu Hause gelernten Abläufe während der Erstkonsultation erzielt werden (Abb. 4).

Abb. 4: Wandbilder im Wartebereich

Das Begrüßen und Abholen des Kindes im Wartebereich erfolgt stets durch den Zahnarzt. Er begrüßt das Kind mit Päuli als *Handpuppe*, was den Interaktionsaufbau wesentlich erleichtert (Abb. 5). Dabei spricht die Handpuppe zum Kind und führt dieses mit seiner Begleitung zum Behandlungszimmer. Dort exploriert das Kind mit der Handpuppe den Zauberstuhl. Je nach Erfahrung des Behandlers kann die Handpuppe auch im weiteren Diagnose- und möglicherweise notwendigen Behandlungsverlauf als Therapiepuppe eingesetzt werden, indem die Handpuppe anstelle des Zahnarztes Interventionen durchführt oder der Zahnarzt an der Puppe Maßnahmen demonstriert (Stellvertretertechnik). Auch die gebastelten Päulis lassen sich unterstützend einsetzen, z. B. zum Zählen der Zähne und zum Vergleichen der Zahnzahl von Päuli und Kind. Handpuppe und gebastelter Päuli können zudem zum Wecken von Interesse und zum Spannungsabbau verwendet werden. Zum Abschluss der Konsultation können die Kinder, wie Päuli im Malbuch, eine kleine Überraschung aus dem Zaubersack entnehmen (Abb. 6).

Vergleich von bisherigem und neuem Vorgehen im Rahmen einer kleinen Pilotstudie

Probanden und Methode

Die erste Kontaktaufnahme bei Kindern mit und ohne Anwendung der neuen Methode wurde durch videografische Interaktionsanalyse verglichen.[11] Die Beurteilung des Verhaltens von Kind, Begleitperson und Zahnarzt erfolgte an insgesamt fünf Probanden (vier Mädchen und ein Knabe) im Alter zwischen vier und sechs Jahren, wobei bei drei Mädchen die neuen Hilfsmittel eingesetzt wurden. Die Begleitperson war bei jedem Kind die Mutter. Alle Erstkonsultationen wurden durch die gleiche Zahnärztin durchgeführt.

Die gefilmten Erstkonsultationen wurden in zehn Phasen unterteilt (Tab. 1), von denen jede Einzelne danach in 20-Sekunden-Sequenzen nach den in Tabelle 2 beschriebenen Kriterien qualitativ beurteilt und bewertet wurde.[12]

Abb. 5: Päuli als Handpuppe

Abb. 6: Die Überraschung aus dem Zaubersack

Zehn Phasen der Erstkonsultation

1. Begrüßung durch die Zahnärztin
2. Reaktion des Kindes
3. Weg vom Warteraum ins Behandlungszimmer
4. Orientierung im Behandlungszimmer und Platznehmen auf dem Behandlungsstuhl
5. Erklären des Vorgehens bei der Untersuchung
6. Kooperation auf dem Behandlungsstuhl
7. Verhalten der Begleitperson
8. Überraschung aus dem Zaubersack
9. Verabschiedung
10. Besonderes

Tab. 1: Einteilung der Erstkonsultation in zehn Phasen

Qualitative Beurteilungskriterien

- Vorbereitung auf die Erstuntersuchung
- Orientierung in unbekanntem Umfeld
- Identifikation mit dem Hilfsmittel
- Hilfestellung für Begleitperson
- Wiedererkennung / Rekapitulation der einzelnen Situationen
- Interaktionsaufbau
- Kooperation
- Stellvertretertechnik

Mögliche Bewertungen

- unzureichend (-)
- genügend (+)
- gut (++)
- ausgezeichnet (+++)

Tab. 2: Qualitative Beurteilung der Videographien

Resultate

Die geringe Zahl von Probanden im Rahmen dieser kleinen Pilotstudie ließ selbstverständlich keine statistisch verwertbaren Resultate und folglich auch keine dezidierten Schlussfolgerungen zu. Trotzdem waren im Verbund mit einer langjährigen und fundierten Erfahrung mit Kindern im zahnärztlichen Kontext einige interessante Beobachtungen möglich (Tab. 3).

Die zwei Kinder, die nach dem bisherigen Verfahren ohne neue Hilfsmittel aufgenommen wurden, brachten unterschiedliche Ressourcen mit. Der Junge zeigte im Verlauf der Sitzung eine zunehmende Ängstlichkeit und verweigerte in der Folge die Kooperation vollständig. Aufgrund des gleichgültigen Verhaltens der Mutter konnte schließlich nicht von einer positiven Vorbereitung des Kindes auf die Erstkonsultation ausgegangen werden. Das unbekannte Umfeld überforderte den Jungen deutlich. Das Mädchen dagegen bewies durch eine bessere Vorbereitung und die positive Präsenz der Mutter eine gewisse Orientierungsfähigkeit in der ihr fremden Umgebung. Jedoch waren ihr die einzelnen Situationen während der Erstkonsultation nicht vertraut, sodass deren Erklärung nach dem Tell-show-ask-do-Prinzip relativ viel Zeit und Aufwand beanspruchte. In beiden Fällen war zu Beginn der Behandlung eine qualitative Einschätzung der Vorbereitung des Kindes auf die Erstkonsultation nicht zuverlässig möglich und musste im Verlauf der Sitzung erarbeitet werden.

Bei den drei Kindern, die nach der optimierten Methode aufgenommen wurden, konnte die Zahnärztin aufgrund der Reaktion auf die Handpuppe sofort erkennen, ob die gezielte und geführte Vorbereitung des Kindes mit den zur Verfügung gestellten Hilfsmitteln erfolgt war oder nicht. Probandin 4 reagierte zwar ebenfalls positiv auf Päuli, jedoch war auch hier die erleichterte Orientierung und das Wiedererkennen z. B. von Päuli bzw. die Rekapitulation der einzelnen Situationen nicht gegeben. Die zugesandten Unterlagen waren zu Hause nicht beachtet und bearbeitet worden. Die Identifikation mit Päuli erfolgte nicht, weshalb auch die Stellvertreterfunktion des Hilfsmittels nicht optimal funktionieren konnte. Die Zahnärztin war sich jedoch von Beginn an über die suboptimale Vorbereitung des Kindes im Klaren und konnte entsprechend gezielt reagieren, sodass trotzdem ein positives Ersterlebnis sichergestellt war, auch wenn die Stellvertretertechnik nur bedingt wirkte. Die beiden anderen Mädchen brachten ihren selbstgebastelten Päuli und das bearbeitete Malbuch mit und fanden sich dank der im Wartezimmer aufgehängten, den Darstellungen im Malbuch entsprechenden Päulibilder noch vor Erscheinen der

Qualitative Beurteilungskriterien	Probanden				
	P1♂	P2 ♀	P3 ♀	P4 ♀	P5 ♀
Methode	alt	alt	neu	neu	neu
Vorbereitung auf die Erstuntersuchung	–	++	+++	–	+++
Orientierung in unbekanntem Umfeld	–	+	+++	++	+++
Identifikation mit dem Hilfsmittel			+++	–	+++
Hilfestellung für Begleitperson	–	++	+++	++	+++
Wiedererkennung / Rekapitulation der einzelnen Situationen	–	–	+++	–	+++
Interaktionsaufbau	–	++	+++	++	+++
Kooperation	–	+	+++	++	+++
Stellvertretertechnik			+++	+	+++

Tab. 3: Ergebnisse

Zahnärztin und der Handpuppe in vertrauter Umgebung wieder. Die Handpuppe erfüllte während der gesamten Erstkonsultation ihre Funktion als Stellvertreter. Der Interaktionsaufbau erfolgte sehr rasch. Die Mädchen identifizierten sich mit Päuli, blieben stets orientiert und erkannten die einzelnen Situationen wieder. Ihre Kooperation war einwandfrei.

Diskussion

Das neue pädagogisch-hypnotische Aufnahmekonzept von Klein- und Schulkindern wenden wir in unserer kinderzahnärztlichen Tätigkeit nun schon seit über vier Jahren an. Die im Rahmen der kleinen Pilotstudie gemachten Beobachtungen haben sich in der Anwendungspraxis bestätigt. Die konsequente Anwendung des vorgestellten, in jeder Praxis anwendbaren Konzeptes schafft klare Ausgangslagen. Anhand der Reaktion des Kindes auf die Handpuppe lässt sich sehr gut einschätzen, ob die geführte Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Zahnarztbesuch zu Hause erfolgt ist oder nicht. Dies erlaubt es dem Zahnarzt, bedürfnisgerecht in die Kontaktaufnahme einzusteigen. Es wird zudem sichergestellt, dass alle Eltern, die mit Malbuch und Bastelvorlage gearbeitet haben, über das gleiche notwendige Basiswissen verfügen und entsprechend mit ihrem Kind positiv auf die Erstkonsultation vorbereitet sind.[6, 7] Schließlich hat sich gezeigt, dass möglicherweise schon bestehende negative Erfahrungen in einen neuen und positiven Kontext gestellt werden können, was aus der medizinischen Hypnose als Reframing bekannt ist.[10] Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die in sich schlüssige Kombination von pädagogischen Methoden[6, 7] und hypnotischer Sprache[9] den Umgang mit Kindern in der zahnärztlichen Praxis in besonderer Weise zu beeinflussen vermag.

Literatur

1. Stöcker, G.; Klewitt, M.: Die Angst vor dem Zahnarzt und wie man sie bekämpfen kann. Zahnärztl Mitt 62: 1976–1980, 1972.

2. Getka, E. J.; Glass, C.: Behavioural and cognitive-behavioural approaches to the reduction of dental anxiety. Behav Ther 23: 433-448, 1992.

3. Hoefert, H.-W.: Zahnbehandlungsangst – ein Überblick. Teil 1: Grundlagen, Verbreitung und Erklärungen. Quintessenz 59: 737–745, 2008.

4. Janke, F. B.; Von Wietersheim, J.: Angst vor dem Zahnarzt – eine Fragebogenuntersuchung an Patienten und deren Zahnärzten. Dtsch Zahnärztl Z 64: 420–427, 2009.

5. Rossi, E. L.; Rossi, K. L.: The neuroscience of observing consciousness and mirror neurons in therapeutic hypnosis. Am J Clin Hypnosis 48: 263–278, 2006.

6. Kossak, H.-C.; Zehner, G.: Hypnose beim Kinderzahnarzt. Verhaltensführung und Kommunikation. Springer, Berlin 2011, 120–142.

7. Eiche, K.; Cook, J. H.: A learning-based approach to preventing dental phobias. Clinical Update, Naval Postgraduates Dental School 23: 20–21, 2001.

8. Besimo, C. E.: Medizinisch-psychosoziale Beurteilung des alternden Menschen – Eine Notwendigkeit für die zahnärztliche Praxis. SZM 1: 175–180, 2013.

9. Stein, U.: Hypnose mit Kindern und Jugendlichen in der Zahnarztpraxis. In: Signer-Fischer, S.; Gysin, T.; Stein, U. (Hrsg.): Der kleine Lederbeutel mit allem drin. Hypnose mit Kindern und Jugendlichen. Carl Auer Systeme, Heidelberg 2009, 265–365.

10. Peretz, B.; Bercovich, R.; Blumer, S.: Using elements of hypnosis prior to or during pediatric dental treatment. Pediatr Dent 35: 33–36, 2013.

11. Knoblauch, H.: Die Video-Interaktions-Analyse. Sozialer Sinn 1:123–138, 2004.

12. Tietze, W.; Schuster, K.; Grenner, K.; Rossbach, H.: Kindergarten-Skala. Feststellung und Unterstützung pädagogischer Qualität in Kindergärten. Cornelsen, Berlin 2005.

Dr. med. dent. Ruth Besimo-Meyer ist seit 1988 als Zahnärztin tätig. Weiterbildungen an den Kliniken für Prothetik und Oralchirurgie der Universität Basel, am Felix-Platter-Spital Basel sowie an der Volkszahnklinik in Basel. Seit 2001 an der Seeklinik in Brunnen mit den Schwerpunkten Alters- und Kinderzahnmedizin sowie Hypnose tätig. 2008 Fähigkeitsausweis für medizinische Hypnose. Ruth Besimo-Meyer leitet die Regionalgruppe Hypnose Zentralschweiz und bildet Dental- und Prophylaxeassistentinnen sowie Dentalhygienikerinnen in Hypnose aus.
Korrespondenzadresse: rbesimo@bluewin.ch

Prof. Dr. med. dent. Christian E. Besimo ist Fachzahnarzt für Rekonstruktive Zahnmedizin SSO. Habilitation 1992 an der Universität Basel. 1991 und 1993 Visiting Associate Professor an der University of Florida. Seit 1999 Chefarzt der Abteilung Orale Medizin an der Seeklinik in Brunnen. Lehraufträge an den Universitäten Basel, Graz und Dresden. 2004 Ernennung zum Titularprofessor der Universität Basel. Seit 2008 Fähigkeitsausweis für medizinische Hypnose.
Korrespondenzadresse: christian.besimo@bluewin.ch

Behandlungskonzept

Brainspotting – Ein neues Werkzeug bei Behandlungsängsten

Edel Beck, Anne Pfitzner, Oliver Schubbe

Zusammenfassung

Die von David Grand entwickelte psychotherapeutische Methode „Brainspotting" enthält auch für den Umgang mit Behandlungsängsten in der zahnärztlichen Praxis geeignete Elemente. Die damit gemachten Erfahrungen werden zusammengefasst und anhand eines Fallbeispiels verdeutlicht. Der Beitrag soll dazu anregen, diesen Einsatzbereich kennenzulernen, zu erweitern und einer wissenschaftlichen Überprüfung zugänglich zu machen.

Schlüsselbegriffe: Brainspotting, David Grand, Behandlungsängste, Zahnbehandlung, Methode

Brainspotting – was ist das? Der New Yorker Psychoanalytiker David Grand entwickelte Brainspotting 2003 zur Behandlung psychischer Traumafolgen. Die Blickrichtung kann innere Zustände verändern und den Zugang sowohl zu positiven Inhalten als auch zu traumatischen Gedächtnisinhalten erleichtern. In der psychotherapeutischen Behandlung wird die Aufmerksamkeit auf innere, emotionale und körperliche Reaktionen gelenkt, die unvoreingenommen sowie klientenzentriert beobachtet werden.

In der Zusammenarbeit der drei Autoren wurde ein für Zahnärzte praxistaugliches Konzept entwickelt, das an einem Fallbeispiel illustriert werden soll. Bei der zahnärztlichen Behandlung werden der Blick und damit das Erleben auf positive Inhalte gelenkt, um Angst zu reduzieren. Eine Veränderung der Blickrichtung kann ausreichen, damit eine Person behandelbar wird. Hilfreich ist eine wertschätzende und authentische Grundhaltung, welche die Patientinnen und Patienten dort abholt, wo sie gerade sind. Es ist wichtig, sie ernst zu nehmen, ohne über Gefühle zu diskutieren. Gleichzeitig vermitteln klare Grenzen, Strukturen und Zielsetzungen bei Menschen mit Behandlungsangst Sicherheit und Halt.

Ein hypnotischer Zugang (Sprache, Körperkontakt) wird durch Brainspotting und die Ergänzung durch *bilaterale Musik* effektiver und ist auch als Akutintervention für traumatisierte und für kontrollierende Patientinnen und Patienten geeignet. Die in der Hypnose entstehenden Trancezustände und dissoziativen Zustände lassen sich auch im Brainspotting beobachten. Die Übergänge zwischen beiden Tools sind fließend. Selbst wenn die Behandlungsangst nur ein Puzzle im gesamten Angstgefüge ist, kann nach unserer Erfahrung oft auch bei schwer traumatisierten Patienten eine Zahnbehandlung mit praktikablem Aufwand möglich sein. Häufig wird den Patienten deutlich, dass eine zusätzliche psychotherapeutische Behandlung indiziert ist. Viele berichten, dass sie sich nach der Behandlung „wie neu" gefühlt hätten. Brainspotting fördert auch das Wohlgefühl und die Entspannung der unauffällig erscheinenden Patienten.

Praxisbeispiel

Frau B., Mitte 30, kommt in die Praxis; sie war mir bisher nur als Mutter einer jungen Patientin bekannt. Die Arzthelferin erlebt Frau B. als ungewöhnlich aufgeregt und aufgelöst, sie wolle eine Beratung unter vier Augen. Während die Arzthelferin sie in das Behandlungszimmer führt, schießen ihr Tränen in die Augen. Sie fühlt sich sichtbar unwohl, wirkt erstarrt und überreicht mir wortlos einen drei Jahre alten Klinikbericht. Zu diesem Zeitpunkt ist es für die Patientin undenkbar, sich auf den Behandlungsstuhl zu setzen. Ich führe Frau B. in die Beratungsecke und frage sie mit ruhiger Stimme, wobei ich sie vorsichtig berühre: „Wir reden erst mal! Was ist los? Was kann ich für Sie tun?" Die Patientin antwortet ängstlich und verzweifelt: „Ich kann so nicht weiterleben! Ich schäme mich so. Und ich habe Riesenangst vorm Zahnarzt." Ich: „Wissen Sie, was dazu geführt hat, dass Sie so viel Angst haben?"

Sie berichtet in einem Schwall: „In meiner Kindheit musste ich regelmäßig in die Jugendzahnklinik. Dort wurde oft gebohrt, auch wenn ich auf dem Stuhl vor Schmerzen schon ganz weit runtergerutscht war. Es wurde auch ein Backenzahn gezogen, obwohl die Betäubung nicht richtig gewirkt hatte. Ich weiß noch, dass ich nach der Behandlung kurz bewusstlos war. Meine Angst vor der nächsten Behandlung wurde immer größer. Auch bei einem anderen Zahnarzt ging es ähnlich weiter. Trotz Schmerzen und Angst wurden die Behandlungen immer bis zum Ende durchgezogen. Meine Angst und das Gefühl, dass mich keiner versteht und ernst nimmt, wurden

immer größer. Dann bin ich die letzen 10 Jahre nur noch zum Notdienst, wenn die Schmerzmittel nicht mehr halfen. Der Zustand meiner Zähne wurde immer schlimmer und vielleicht wurde ich deshalb immer schneller und abfälliger behandelt. Als ich vor drei Jahren wieder beim Notdienst war, wurde ich wegen einer Kieferzyste in der Klinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie mit einer großen OP unter Vollnarkose und mit Knochenersatz aus dem Becken behandelt. Ich bekam richtige Panikattacken, aber die wurden von den Ärzten ignoriert oder belächelt." Am Wochenende habe sie bei einer Party das Gefühl gehabt, alle schauten auf ihren eingefallen aussehenden Mund. Das sei für sie so einschneidend gewesen, dass sie sich entschieden habe, ihre Angst in den Griff zu bekommen und endlich ihre Zähne behandeln zu lassen, damit sie wieder wie früher lachen könne.

Ich fordere die Patientin auf, sich vorzustellen, wie sich ihre „alten Geschichten" in ihr „eingekapselt" hätten und sage ihr, dass sie mit dem Blick *(Hinweis auf Augenposition – Brainspotting)* und aus heutiger Sicht darauf schauen könne, sodass die Kapseln wie Samenkapseln aufspringen oder wie bei Aladins Wunderlampe als Flaschengeist herausströmen. Frau B. reagiert darauf wie bei einer Tranceinduktion. Ich ermuntere sie, sich an eine schöne Situation zu erinnern. Frau B.: „Ich war ganz glücklich, dass ich einen alten Freund auf der Party getroffen habe." – „Wo gibt es dafür ein gutes Gefühl im Körper, wo fühlt es sich gut an?" Sie legt eine Hand auf die Herzregion. Wir suchen dafür einen *Brainspot/Ressourcenspot.* Auf die Frage, was ihr schlimmster Moment bei einer Zahnbehandlung gewesen sei, antwortet die Patientin zu meiner Überraschung: „Jetzt, ich schäme mich, dass so viele Zähne schlecht sind und meine Wangen eingefallen sind. Ich habe Angst, dass Sie mir Vorwürfe machen." Wir suchen auch dafür einen *Brainspot/Belastungsspot* („Wo fühlt es sich weniger gut an im Körper? Wie hoch ist der Belastungsgrad?"). Sie beginnt augenblicklich zu zittern, Tränen stürzen aus den Augen. Sie berichtet von der OP und dass ihr, entgegen der Absprache, eine Nahrungssonde durch die Nase gelegt worden sei. Sie hält eine Hand auf dem Bauch. Auf meine Anweisungen hin *pendelt sie zwischen Belastungs- und Ressourcenspot.* Sie findet schnell ihren eigenen Rhythmus und wird sichtbar ruhiger, das Gesicht entspannt sich. Sie benennt, dass der *Belastungsgrad* sinke und sie sich besser fühle. Vom Betreten des Behandlungsraums bis jetzt haben unser Gespräch und das Prozessieren mit Brainspotting (heute als „Notintervention") etwa 10 Minuten gedauert. Frau B. stimmt einer Röntgenaufnahme zu und kann sich auf den Behandlungsstuhl setzen, damit ich mir einen ersten Eindruck verschaffen kann. Ich erkläre ihr ausführlich den Röntgenbefund und die Möglichkeiten von Lachgas, Narkose („hab Angst, nicht mehr aufzuwachen") und Sedierung, für die sie sich entscheidet. Ich biete ihr eine hypnotische Begleitung für die weitere kieferchirurgische Behandlung an. Drei Tage später kommt sie auf Bestellung erneut in die Praxis. Bevor wir Abdrücke vom Ober- und Unterkiefer nehmen können, prozessiere ich erneut mit Brainspotting. Dieses Mal setzt sich die Patientin ohne Probleme auf den Behandlungsstuhl. Sie erinnert sich an ihren *Ressourcenspot*. Beim *Belastungsspot* ist der *Belastungsgrad* sofort wieder bei 10. Sie weint heftig und die früheren Erfahrungen kommen nur so aus ihr heraus (siehe Abb. 1). Sie pendelt erneut zwischen *Ressourcen-* und *Belastungsspot*. Schnell und deutlich spürt sie die Erleichterung, der *Belastungsgrad* sinkt, das Zittern hört auf und sie entspannt zusehends (siehe Abb. 2). Wir benötigen dafür wiederum ca. 10 Minuten. Wir nehmen perfekte Abdrücke ohne Würgen. Danach kann sie sich vorstellen, zu einem Kieferchirurgen vor Ort zu gehen, bei dem eine Woche später acht Zähne mit meiner hypnotischen Unterstützung ohne Dormicum gezogen werden. Bei

Abb. 1: Anspannung zu Beginn des Prozesses

Abb. 2: Entspannung am Ende des Prozesses

der Nachkontrolle erscheint die Patientin aufgeräumt und mit fröhlichem Gesicht. Sie setzt sich auf den Behandlungstuhl und ist bereit für die weitere Behandlung. Wir – die Patientin, mein Team und ich – genießen unsere erfolgreiche Zusammenarbeit!

Aus theoretischer Sicht

2003 bemerkte der New Yorker Psychoanalytiker David Grand bei der Anwendung der psychotherapeutischen Methode EMDR, dass bestimmte Blickrichtungen die Aktivierung von Erinnerungen viel besser unterstützten als andere, die zur Beruhigung führten. Über die Anleitung der Blickrichtung war es möglich, traumatische Erinnerungen zu aktivieren, Flashbacks zu begrenzen und den Erregungsgrad

zu dosieren (Grand, 2011a, 2011b). Wir wissen heute, dass menschliche Erinnerungen nicht nur aus Bildern und Szenen bestehen, sondern eng mit Körperreaktionen, Körperhaltung, Raumposition und Blickrichtung assoziiert sind.

Unter einem Brainspot versteht David Grand einen über die Blickrichtung aktivierten Zustand des Gehirns: ein neuronales Erregungsmuster. Auf psychologischer Ebene ist damit ein mit der Blickrichtung verknüpfter innerer Zustand gemeint. Beim Scannen der Blickrichtung wird auf alle Reaktionen wie Blinzeln, doppeltes Blinzeln, Pupillenweitung, Husten, Zuckungen oder Veränderungen im Gesichtsausdruck geachtet. Dieses Vorgehen wird als „*Outside-Window-Brainspotting*" bezeichnet, weil die Reaktionen als nonverbale Signale von außen beobachtet werden. Wenn der Patient anhand eigener Empfindungen den Punkt höchster und geringster Belastung findet, sprechen wir vom „*Inside-Window-Brainspotting*".

Bisher gibt es zwei wissenschaftliche Untersuchungen zur Wirksamkeit von Brainspotting. Die erste Studie kommt zum Ergebnis, dass Brainspotting eine wirksame Methode zur Behandlung einfacher und komplexer Traumafolgestörungen sein kann (Hildebrand et al., 2015). In einer zweiten Studie, einer Vergleichsstudie mit EMDR und CBT (Cognitive behaviorale Therapie) zu generalisierter Angststörung, schnitt Brainspotting (BSP) gleich oder besser ab als die etablierten Methoden (Anderegg, 2016). 78 Probanden mit einer generalisierten Angststörung (F41.1) nahmen an dieser Studie teil. 59 Patienten wurden nach dem Zufallsprinzip in drei Gruppen (EMDR, CBT und BSP) eingeteilt. Die restlichen 19 Patienten bildeten die Kontrollgruppe. Als Untersuchungsplan wurde ein Pre-post-follow-up-Test-Design gewählt. Messinstrumente waren die Angstinventare STAI und BAI und die SUD-Belastungsskala. Alle drei Interventionsmethoden waren im Gegensatz zur Kontrollbedingung wirksam, die generalisierte Angstsymptomatik zu reduzieren. EMDR war etwas wirksamer als CBT. Brainspotting erreichte eine klare Verbesserung der Werte in der Post-Test-Phase. Noch entscheidender ist, dass man eine weitere Verbesserung der Werte in der Follow-up-Phase feststellen konnte, die bei den anderen Behandlungsmethoden entweder nicht oder kaum zu beobachten war (Anderegg, 2016). Bestimmte Formen fokussierter Aufmerksamkeit können wirksamer als Ablenkung sein, um Behandlungsängste zu lösen (Schmid-Leuz, Elsesser, Lohrmann et al., 2007).

Schlussfolgerung

Brainspotting ist eine geeignete Methode, um ängstlichen Patienten einen ersten Zugang zu einer normalen Behandlung zu ermöglichen. In wissenschaftlichen Untersuchungen deutet sich eine Überlegenheit gegenüber anderen Methoden bei einer generalisierten Angstsymptomatik an. Die schnelle und unkomplizierte Methodik des Brainspottings bietet sich für hypnoseerfahrene Zahnärzte vor allem zur Akutintervention, aber auch bei der langfristigen Therapie von Zahnarztangst an.

Literatur

Anderegg, J. (2016): Effective treatments for generalized anxiety disorder. Abgerufen von www.aleces.com/publicaciones/articulos am 1.6.2016.

Grand, D. (2011a): Brainspotting – ein neues duales Regulationsmodell für den psychotherapeutischen Prozess. *Trauma & Gewalt 5 (3)*, 276–285.

Grand, D. (2011b): Wohin wir schauen, beeinflusst, wie wir uns fühlen. Interview mit David Grand, geführt von Renate Schelling. *Trauma & Gewalt, 5 (3),* 290–295.

Hildebrand, A.; Grand, D.; Stemmler, M. (2015): Zur Wirksamkeit von Brainspotting – Ein neues Therapieverfahren zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen. *Trauma, 13 (1),* 84–92.

Schmid-Leuz B.; Elsesser, K.; Lohrmann, T.; Jöhren, P.; Sartory, G. (2007): Attention focusing versus distraction during exposure in dental phobia. *Behaviour Research and Therapy,* 45(11). 2691–2703.

Schubbe, O. (2015): *Was kann Brainspotting für die zahnärztliche Praxis leisten?* Workshop auf dem DGZH-Kongress in Berlin am 10.9.2015.

Dipl.Päd. Edel Beck ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Psychotherapeutin (ECP), Lehrbeauftragte der Ev. Hochschule Darmstadt und kammerzertifizierte Supervisorin (TP). Seit 2013 ist sie von D. Grand als Brainspotting-Supervisorin anerkannt.
Korrespondenzadresse:
beck@praxisedelbeck.de

Dr. Anne Pfitzner ist niedergelassene Zahnärztin in eigener Praxis in Jena, Curriculum Zahnärztliche Hypnose 2005 (DGZH), Curriculum Kinderzahnheilkunde 2009 (APW).
Korrespondenzadresse:
dr.annepfitzner@t-online.de

© A. Koroll

Dipl.-Psych. Oliver Schubbe ist Psychologischer Psychotherapeut, Verhaltens- und Familientherapeut. Er war der erste für Europa zugelassene Ausbilder für Brainspotting. Seit 1990 leitet er in Berlin das Institut für Traumatherapie.
Korrespondenzadresse:
schubbe@traumatherapie.de

Forschungsbericht

Verhaltenstherapie bei Dentalphobie

Ein therapeutisches Fünf-Sitzungsprogramm zur Behandlung von Zahnbehandlungsangst

André Wannemüller[1*], Hans-Peter Jöhren[2], Alice Abramski[1], Jürgen Margraf[1]

[1]Mental Health Treatment and Research Center, Universität Bochum, Massenbergstr. 9-13, 44787 Bochum

[2] Dental Clinic Bochum, Bergstr. 25, 44791 Bochum

* Ansprechpartner

In einer repräsentativen städtischen Umfrage in Deutschland gaben 80 % der Befragten an, sich beim Gedanken an eine zahnärztliche Behandlung nervös oder unbehaglich zu fühlen (Enkling, Marwinski & Jöhren, 2006). Tatsächlich bestehen bei den meisten Menschen leichte psychovegetative Erregungsanzeichen im Zahnbehandlungskontext. Ein kleiner Anteil der von Zahnbehandlungsangst Betroffenen weist darüber hinaus klinische Anzeichen einer Zahnbehandlungsphobie auf, z. B. anhaltende Vermeidung oder panikartige Furcht im Zahnbehandlungskontext. Etwa 20 % der Befragten äußerten sehr starke Angst vor Zahnbehandlungen und etwa 5 % vermieden nach eigener Aussage eine Zahnbehandlung gänzlich. In epidemiologischen Studien, in denen das Vorliegen einer Zahnbehandlungsphobie nach DSM-IV in Ländern der westlichen Hemisphäre erfasst wurde, variieren die Punktprävalenzraten zwischen 2,1 % und 3,7 % (Frederikson, Annas, Fischer & Wik, 1996; Oosterink, De Jongh & Hoogstraten, 2009).

Wie für phobische Ängste typisch, formt die Zahnbehandlungsphobie Symptome auf allen Erlebensebenen aus und Betroffene können ihre Furchtreaktionen im Zahnbehandlungskontext nicht adaptiv regulieren. Auf kognitiver Ebene bestehen zumeist typische Angstgedanken, z. B. Katastrophisierungen („Die Behandlung wird die reinste Hölle"), Schamgedanken („Der Zahnarzt wird sich ekeln, wenn er meine schlechten Zähne sieht") oder situative Insuffizienzgedanken („Ich kann nicht länger als eine Minute den Mund geöffnet halten"). Körperlich findet sich bei der Zahnbehandlungsphobie eine sympathikotone Übererregung, z. B. bestehend aus einer erhöhten Pulsfrequenz, einer verstärkten Schreckreaktion (Sartory, Heinen, Wannemüller, Lohrmann & Jöhren, 2009; Wannemüller, Sartory, Elsesser, Lohrmann & Jöhren, 2015), Schwitzen und Unruhe. Entgegen ihrer Einordnung in den Blut-, Spritzen- und Verletzungstyp treten bei einer Zahnbehandlungsphobie normalerweise keine vasovagalen Symptome auf. Eine erhöhte Neigung zu synkopalen oder präsynkopalen Symptomen ist bei dieser Patientengruppe nicht bekannt.

Auch auf der Verhaltensebene bestehen vielfältige Symptome. Das Wichtigste davon ist die Vermeidung. Dadurch wird jegliche Zahnbehandlung verhindert und nur in Notfällen unter extremer Anspannung und Unbehagen ertragen. Daraus resultierende Probleme können somatischer, ästhetischer oder sozialer Natur sein und bedeuten für die Betroffenen oft eine enorme Einschränkung in ihrer Lebensführung.

Wie bereits erwähnt, ist die häufigste Ursache für eine klinisch-relevante Angst vor einer Zahnbehandlung die Zahnbehandlungsphobie. Weitere Ursachen können jedoch auch andere phobische Störungen (z. B. Blut-, Spritzen- oder Verletzungsphobie) oder Angststörungen (z. B. Panikstörung, PTBS) sein. Vorwiegend beschreiben Patienten ein Konditionierungsereignis (Schmerz- oder Kontrollverlusterlebnis) als primären Auslöser der Zahnbehandlungsphobie (Sartory & Wannemüller, 2010). Darüber hinaus kann die Störung jedoch auch über Modelllernen (z. B. die Beobachtung eines zahnbehandlungsängstlichen Elternteils) oder semantisches Lernen (z. B. Fernsehberichte über misslungene Behandlungen) vermittelt werden.

Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) erwies sich als die effektivste Behandlungsmethode bei der Zahnbehandlungsphobie. Kvale, Berggren und Milgron (2004) wiesen in einer Meta-Analyse von 38 kontrollierten Untersuchungen eine gemittelte Effektstärke (ES = 1.8) über KVT-Interventionen (konfrontative Verfahren, Copingverfahren und rein kognitive Ansätze) in Bezug auf die Reduktion subjektiv berichteter Zahnbehandlungsangst nach. Auch in Katamneseuntersuchungen war die KVT mit einer Quote von 77 % behandelter Phobiker, die noch in den darauffolgenden 4 Jahren regelmäßig Zahnbehandlungstermine wahrnahmen, hoch erfolgreich. Gordon, Heimberg, Tellez und Ismail (2013) kamen nach Sichtung der Therapieliteratur zu dem Schluss, dass bei einer Behandlung der Zahnbehandlungsangst mittels KVT das inhaltliche Format (Exposition

mit/ohne Entspannung, kognitive Restrukturierung), die Länge (1 bis 10 Sitzungen), Modalität (Einzel- vs. Gruppensetting) und sogar der Ausbildungsstand des Behandlers (geschulte Zahnärzte oder Verhaltenstherapeuten) keinen Einfluss auf den Behandlungserfolg haben.

Auch zahnärztliche Hypnose kann nachweislich dysfunktionale zahnbehandlungsbezogene Gedanken und phobische Verhaltenssymptome reduzieren. Ein Nachteil gegenüber KVT-Behandlungen scheint jedoch in der geringeren Akzeptanz und einer höheren wahrgenommenen Abhängigkeit der Patienten von diesem Therapieverfahren zu liegen (Wannemüller et al., 2011).

Bei der Therapieplanung expositionsbasierter Verfahren sind zwei Faktoren besonders zu berücksichtigen: die Zugänglichkeit von geeigneten Expositionssettings (z. B. in Kooperation mit einer Zahnbehandlungspraxis) und die oftmals fehlende Möglichkeit zur konstanten Reizdarbietung. So kann beispielsweise das Bohren an einem kariösen Zahn meist nicht so lange aufrechterhalten werden, bis der Patient habituieren kann und es zu einer Korrektur von Erwartungen bezüglich seiner Furchttoleranz kommt. Unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes empfehlen wir daher ein *spezifiziertes Kurz-Stressimpfungstraining* als Standardbehandlung bei einer Zahnbehandlungsphobie. Es besteht aus fünf Sitzungen à 50 - 60 Minuten und beinhaltet die Erarbeitung von speziell für den Zahnbehandlungskontext entwickelten Copingtechniken sowie deren Erprobung in Expositionsübungen, bevor sie in die Realsituation übertragen werden sollen. Es ist kurz in der Anwendung, wodurch dem oft akuten zahnärztlichen Behandlungsbedarf Rechnung getragen wird, und kommt ohne Zugang zu einer zahnärztlichen Behandlungspraxis aus. Im Folgenden werden die Sitzungsinhalte im Detail vorgestellt.

1. Sitzung: Anamnese, Diagnostik, Psychoedukation, Ableitung des Behandlungsrationals

Die Behandlung beginnt mit einer Begrüßung und einer kurzen Vorstellung des Therapeuten. Es folgt eine Erfassung des aktuellen Standes der Zahnbehandlung (z. B. anhand von Röntgenaufnahmen oder eines Behandlungsplans). Jegliche bereits vorliegende Annäherung des Patienten an den Zahnbehandlungskontext sollte seitens des Therapeuten positiv verstärkt werden. Sollte der Zahnbehandlungskontext bislang gänzlich vermieden worden sein, wird das Aufsuchen der Psychotherapie als erster Schritt verstärkt. Es folgt die Exploration des subjektiven Störungserwerbs der Zahnbehandlungsphobie (z. B. schmerzhafte Erfahrungen in vergangenen Zahnbehandlungen). Die daraus resultierende Zahnbehandlungsangst sollte von dem Therapeuten als Ergebnis eines rational nachvollziehbaren Lernprozesses gekennzeichnet werden und so den Status der Irrationalität und Krankhaftigkeit verlieren. Dies kann bereits zu einer ersten Entlastung des Patienten führen.

Nun sollte eine wissenschaftlich fundierte und standardisierte Diagnostik erfolgen, z. B. mit Hilfe des Mini-DIPS (Margraf, 1994), um die Symptome differenzialdiagnostisch abgrenzen zu können und die Indikation des Programms zur Phobiebehandlung zu sichern. Dem Patienten wird hierbei erklärt, dass in den meisten Fällen eine Zahnbehandlungsphobie die Ursache für seine Symptome ist, jedoch auch weitere psychische Erkrankungen Zahnbehandlungsangst (mit-) verursachen können (z. B. Blut-, Spritzen- und Verletzungsangst, Panikstörung). Nach der Feststellung der Diagnose werden die individuellen psychovegetativen und kognitiven Furchtsymptome des Patienten in Antizipation oder Konfrontation einer Zahnbehandlung möglichst detailliert exploriert und für den weiteren Behandlungsverlauf festgehalten. Anschließend wird der Patient über die Funktion und die Folgen von Furchtreaktionen informiert (evolutionär bedeutende Fight-Flight-Reaktion; natürliche, physische Reaktion) und das Drei-Ebenen-Modell der Furcht (modifiziert nach Lang, 1979) wird vorgestellt (vgl. Abb. 1). Nun werden die bereits beschriebenen individuellen Symptome des Patienten gemeinsam schrittweise den drei Ebenen des Modells zugeordnet, sodass ein individualisiertes Modell der Furchtsymptomatik des Patienten entsteht.

Es folgt die Vorstellung der Komponenten des Behandlungsrationals (Entspannungsstrategien, Atmungsregulation und hilfreiche Gedanken, alle modifiziert für den Zahnbehandlungskontext) als entscheidende Werkzeuge zur Reduktion der Symptome der Zahnbehandlungsangst.

Abschließend erhält der Patient eine CD mit Übungsanleitungen zur progressiven Muskelentspannung (PMR) nach Jacobson (1924).

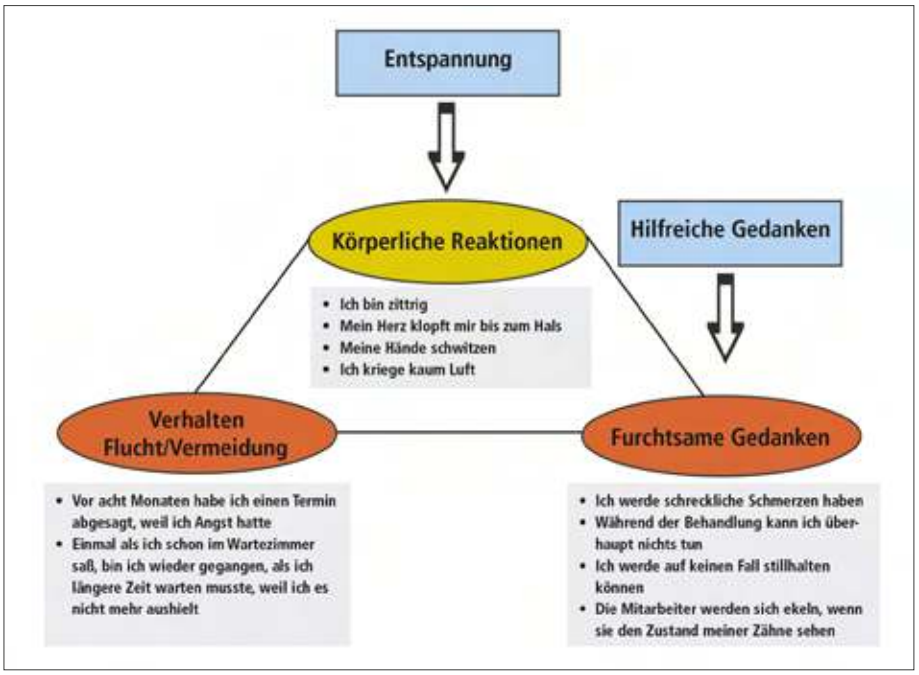


Abb.1 Individualisiertes Drei-Ebenen-Modell der Angst (aus Sartory & Wannemüller, 2010)

Als Hausaufgabe sollen die dort aufgeführten Übungen bis zum nächsten Termin täglich durchgeführt werden. Sie dienen als wichtige Grundlage für die eigentlichen Entspannungsübungen und sind keine endgültigen Strategien zur Bewältigung körperlicher Angstsymptome im Zahnbehandlungskontext. Des Weiteren sollte der Patient darauf vorbereitet werden, dass die Regelmäßigkeit, mit der die Übungen durchgeführt werden, entscheidend ist und nicht die Intensität der daraus resultierenden Entspannungsreaktion, die in dieser Anfangsphase noch nicht gegeben sein muss.

2. Sitzung: Drei-Schritte-Modell der angewandten Entspannung, Erarbeitung hilfreicher Gedanken für die Zahnbehandlung

Die zweite Sitzung fängt mit einer Besprechung der PMR-Hausaufgabe an. Erfragt werden die Regelmäßigkeit der Durchführung der Übung, die subjektiven Eindrücke und die möglichen Schwierigkeiten des Patienten. Bereits erlebte positive Entspannungserfahrungen sollten verstärkt werden. Mögliche Schwierigkeiten, wie z. B. das Einschlafen im Laufe der Übungen, sollten von dem Therapeuten normalisiert und als Zeichen für Entspannung erklärt werden, jedoch sollte eine Änderung des Durchführungszeitpunktes nahegelegt werden. Hat der Patient bislang keine Entspannungsreaktion erlebt, sollte dies nicht als Scheitern der Übung gewertet werden, sondern als Bedarf nach weiteren Trainingseinheiten.

Um Entspannungsstrategien tatsächlich in einer Zahnbehandlungssituation umsetzen zu können, müssen diese zeitlich komprimiert, individualisiert und situationsbezogen angepasst sein. Dazu dient das Drei-Schritte-Modell der angewandten Entspannung (siehe Abb. 2). Das Erlernen jedes Schrittes erfordert eine tägliche Übungsdauer von ca. 30 Minuten für die Dauer einer Woche und sollte von dem Patienten selbstgesteuert zu Hause durchgeführt werden. Dazu erhält jeder Patient ein Übersichtsblatt, um die einzelnen Schritte bei Bedarf nachzulesen.

Nun wird die kognitive Komponente der Zahnbehandlungsangst mit Hilfe individuell erarbeiteter, hilfreicher Gedanken für die Zahnbehandlungssituation behandelt. Um diese zu formulieren, wird die in der ersten Sitzung verfasste Liste dysfunktionaler Gedanken zur Hilfe genommen. Anhand dieser sollte sich der Patient überlegen, welche Aspekte in einer Zahnbehandlungssituation für ihn individuell hilfreich wären, um diese negativen Gedanken und Gefühle zu reduzieren. Dies kann alle Aspekte einer Behandlung betreffen, z. B. das Verhalten des Zahnarztes oder die Praxiseinrichtung. Der Therapeut wirkt hierbei unterstützend und motiviert den Patienten, jeden Aspekt der Zahnbehandlung detailliert zu betrachten. Nun werden gemeinsam die Möglichkeiten des Patienten erörtert, die als hilfreich bewerteten Aspekte aktiv in einer Zahnbehandlung herbeizuführen (z. B. vertraute Begleitperson, detaillierte Informationen über den Behandlungsverlauf oder Absprache von Pausen). Diese Strategien sollten festgehalten und dem Patienten mit nach Hause gegeben werden.

Drei Schritte-Modell der angewandten Entspannung

Übungsdauer je Schritt: ca. 30 min eine Woche lang täglich

Signalgekoppelte Entspannung

- Auswahl eines persönlichen, angenehmen und entspannenden Wortes/Vorstellungsbildes (z.B. Urlaubsort, Tasse Kaffee)
- Verknüpfung des Wortes/Bildes mit dem Entspannungsvorgang (Intensives Denken daran während des „Lockerlassens" eines Muskels)
- Wort/Bild wird zum Signal für die Entspannungsreaktion

Individualisierte Entspannung

- Ziel: Steigerung der Effizienz und Verkürzung der Dauer
- Selbstgeleitete Entspannung (ohne CD) 3x täglich, Dauer: max. 10 min
- Zusammenfassung von Muskeln zu Muskelgruppen, die zusammen angespannt/entspannt werden (z.B. Hände, Unterarme, Oberarme)
- Ausschließliche Entspannung individuell ausgewählter Muskelgruppen, welche entscheidend für die Entspannungsreaktion sind

Entspannung in allen Lagen

- Ziel: kontextunabhängige Entspannung
- Durchführung der individualisierten Entspannung in unterschiedlichen Alltagssituationen (insbesondere bei negativen Gefühlen)
- Konzentration auf die körperlichen Komponenten negativer Emotionen und Bewältigung durch die Kurzentspannung

Abb.2: Drei Schritte-Modell der angewandten Entspannung

3. Sitzung: Video-Exposition, Erlernen der Atementspannung und Anwendung bei einer Geräuschexposition

Zu Beginn dieser Sitzung sieht sich der Patient ein 15-minütiges Video einer Zahnbehandlung an. Darin wird aus Patientensicht der Weg in die zahnärztliche Praxis, das Einlesen der Krankenkassenkarte an der Rezeption, das Warten im Wartebereich, der Gang zum und das Warten im Behandlungszimmer sowie die eigentliche Behandlung mit Feststellung des Zahnstatus und Füllung eines kariösen Zahnes dargestellt. *(Bei Interesse kann der Film von den Autoren bezogen werden.)* Dieses Video dient einerseits als Explorationshilfe, um alle Augenblicke einer zahnärztlichen Behandlung zu identifizieren, die besonders starke kognitive oder physische Furchtsymptome hervorrufen. Dazu sollte der Patient während der Filmbetrachtung oder im Anschluss daran dem Therapeuten die entstandenen Furchtsymptome schildern. In den nachfolgenden In-sensu-Expositionsübungen sollten diese Situationen gezielt eingebunden und intensiv betrachtet werden. Andererseits dient das Video als visuelle Imaginationshilfe für die anschließenden

In-sensu-Expositionsübungen. Dies ist besonders wichtig für Patienten mit einer jahrzehntelangen Vermeidungsgeschichte, die keine aktuelle, mentale Repräsentation einer Zahnbehandlungssituation besitzen. Da die Video-Exposition für die Patienten anstrengend ist, sollte der Therapeut nicht vergessen, diese Anstrengungen im Anschluss zu würdigen.

Nun erfolgt das Einüben der Atementspannung, die als weitere Copingstrategie gegen physiologische Furchtsymptome (z. B. Herzrasen, Unruhe) dient. Sie beruht auf einer tiefen Zwerchfell- oder diaphragmatischen Atmung, wobei die Zeitanteile für das Ein-und Ausatmen modifiziert werden. Je nach Empfinden des Patienten sollte das Ausatmen zwei- bis dreimal länger andauern als das Einatmen. Damit der Patient die Auswirkungen von furchtrelevanten Reizen und seine Möglichkeiten der Einflussnahme durch dieses Training feststellen kann, erfolgt im Anschluss eine Geräuschexposition (typisches Zahnbehandlungsgeräusch, z. B. Turbinenbohrer). Dazu sollte vor dem Training das Geräusch dargeboten und das Einverständnis des Patienten hierzu eingeholt werden. Für die eigentliche Übung sollte der Patient im Entspannungsstuhl liegen und sich anfangs einzig auf den Prozess der Atmung mit Hilfe unterstützender Instruktionen des Therapeuten konzentrieren (Bewegung der Bauchdecke und des Brustkorbes, Luftstrom innerhalb des Körpers etc.). Dies soll ca. 10 Minuten andauern, gefolgt von der Atemmodifikation in zwei Schritten. Als Erstes wird die Atmung modifiziert, indem der Patient gebeten wird, „lang, ruhig und tief in den Bauch hinein" auszuatmen, bis die gesamte Luft entwichen ist. Dabei sollte er sich weiterhin wohlfühlen, sich nicht anstrengen und das Einatmen nicht weiter beachten. Der Therapeut wiederholt die Instruktionen ca. 10 Minuten lang. Als zweiten Modifikationsschritt wird die Atemfrequenz reduziert. Hierbei soll der Patient nach dem Ausatmen im Kopf leise bis drei oder fünf zählen, bevor ein weiterer Atemzug folgt. Auch hierbei sollte der Patient sich wohlfühlen, sich nicht anstrengen und jederzeit ausreichend Luft bekommen.

Wie zu Beginn besprochen, wird nun das Zahnbehandlungsgeräusch abgespielt. Der Therapeut instruiert den Patienten, weiterhin eine ruhige und entspannte Bauchatmung beizubehalten. Nach einigen Minuten wird das Geräusch wieder abgeschaltet und der Patient beendet die Atemübung nach einer kurzen Weile in ruhiger und entspannter Atmosphäre. Im Anschluss erfolgt eine Nachbesprechung aller Phasen der Übung (z. B. Erfolge und Probleme bei der Atemmodifikation, Effekte der Atemmodifikation mit und ohne Geräusch). Erfahrungsgemäß wird die initiale Atemmodifikation von den Patienten als sehr angenehm empfunden, während die Geräuschexposition starke physiologische Furchtsymptome auslöst, die zumindest phasenweise durch die Atemübung kontrollierbar werden. Diese Übung soll der Patient zu Hause fortsetzen, wobei der Therapeut dem Patienten eine Auswahl von Zahnbehandlungsgeräuschen für die Übung per E-Mail zuschickt. *(Eine Geräuschauswahl kann von den Autoren bezogen werden.)*

4. und 5. Sitzung: In-sensu-Zahnbehandlungs-Expositionsübungen

In diesen beiden Sitzungen werden nun sowohl kognitive als auch physische Furchtsymptome evoziert, die mit Hilfe der eingeübten Copingstrategien (hilfreiche Gedanken, angewandte Entspannung und Atementspannung) bewältigt werden sollen. Der Therapeut stellt hierbei die gesamte Zahnbehandlung von der Ankunft bis zum Verlassen der Praxis möglichst detailliert und anschaulich dar. In Abbildung 3 (Folgeseite) sind wichtige Bestandteile einer solchen Expositionsübung aufgeführt. Der thematisierte Behandlungsinhalt sollte zu Beginn der Übung mit dem Patienten abgesprochen werden und sowohl furchtevozierend als auch persönlich relevant sein. Insbesondere sollte der Fokus der Schilderungen auf den situativen Sinneseindrücken (Stimulus-Repräsentation) und den individuellen Furchtreaktionen (Response-Repräsentation) liegen. Um die Selbstrelevanz und so die Intensität der Übung für den Patienten zu erhöhen, sollten die im Therapieverlauf geschilderten und festgehaltenen Furchtsituationen und -symptome gezielt einbezogen werden. Ebenso können in Absprache mit dem Patienten in passenden Momenten Zahnbehandlungsgeräusche abgespielt werden. Der Patient befindet sich während der gesamten Exposition im Entspannungsstuhl, wahlweise mit geschlossenen Augen, und erhält die Instruktion, sich alle vom Therapeuten geschilderten Situationen möglichst detailliert vorzustellen. Falls der Patient bemerken sollte, dass er die vorgestellten Situationen aus irgendwelchen Gründen mental verlassen hat, wird er dazu angehalten, sich erneut in die Vorstellung zu begeben.

Diese Übung wird meist als sehr anstrengend empfunden und es empfiehlt sich daher, im Anschluss eine kurze Pause zu machen. In der Nachbesprechung sollte dann unbedingt besprochen werden, wie gut die Vorstellung gelungen ist und ob der Patient eine Furchtreaktion verspürt hat. Inwieweit empfand der Patient die erlernten Copingstrategien als hilfreich und welche Strategie hat am effektivsten funktioniert? Dem Patienten sollte vermittelt werden, dass dies bereits eine wichtige Bewältigungserfahrung war, die der Therapeut wiederum positiv verstärken sollte.

Im Gegensatz zur vierten Sitzung erfolgt der Einsatz von Copingstrategien in der fünften Sitzung während der In-sensu-Expositionsübung patientengeleitet. Dies bedeutet, dass der Patient völlig eigenständig entscheidet, welche Strategie er zu welchem Zeitpunkt anwenden möchte, während der Therapeut weiterhin möglichst detailliert eine Zahnbehandlungssituation schildert. Für die Entscheidung, ob die gleiche Zahnbehandlungssituation wie in der vierten Sitzung oder eine andere Situation ausgewählt wird, ist das Ausmaß der Furchtreaktion in der ersten In-sensu-Übung entscheidend. Bei einer starken Furchtreaktion sollte der gleiche Inhalt, bei einer schwächeren Furchtreaktion ein anderer Inhalt ausgewählt werden, damit eine erneute Furchtreaktion entsteht. Sollte jedoch in der ersten In-sensu-Exposition gar keine Furchtreaktion erfolgt

In-sensu-Zahnbehandlungs-Expositionsübung

Übungsdauer ca. 30 min.

Einführung in die Exposition: *„Folgen Sie mir nun bitte in die Vorstellung, hier und heute einen Termin in Ihrer Zahnbehandlungspraxis zu haben."*

Vor der Behandlung

(unruhige) Nacht zuvor, Ankommen an der Praxis
- *„Ihr Herz rast, Sie schwitzen und zittern."*
- *„Ich weiß nicht ob ich da rein gehen kann! Ich glaub, ich halt das einfach nicht aus!"*

√ Bewältigungskognitionen: *„Ich habe mich bewusst für diesen Zahnarzt entschieden, den ich bereits kennengelernt habe und sympathisch fand."*
„Ich habe mich langfristig und klug auf diesen Termin vorbereitet."
„Ich will das heute schaffen!"

Einlesen der Krankenkassenkarte, Wartebereich, das Aufrufen von der Helferin
- *„Sie schauen sich im Wartebereich um und achten auf die anderen Patienten. Ob sie merken, wie viel Angst Sie haben?"*
- *„Es fällt Ihnen immer schwerer sich von den Angstgedanken abzulenken."*

√ Atementspannung: *„Sie nutzen die Wartezeit und atmen tief und ruhig in den Bauch hinein aus. Sie merken, wie Sie sich langsam entspannen."*

Behandlung

Behandlungszimmer, Behandlungsstuhl, Zahnbehandlungsgeruch
- *„Sie betrachten den kleinen Ausziehtisch, auf dem bereits ein Spiegel und die Sonde liegen. Ihr Blick fällt auf die Handstücke der Bohrer."*
- *„Der widerliche Geruch steigt Ihnen in die Nase ,Mir wird schlecht!"*

√ Angewandte Entspannung: *„Fokussieren Sie sich bitte auf den Bereich Ihres Körpers, wo Sie die Angst am deutlichsten spüren." „Erinnern Sie sich an Ihr Entspannungswort und lösen Sie gezielt die Anspannung."*

Zahnarzt, Behandlungsvorgang: Spritze, Bohrer [Geräuschexposition]

√ Aktive Einflussnahme: *„Bevor die Behandlung beginnt, erkundigen Sie sich nach dem Ablauf. Können Pausen gemacht werden? Ist es schmerzvoll?"*
- *„Ich schäme mich für meine Zähne!" „Das halte ich nicht aus!"*

√ Atementspannung: *„Sie fokussieren sich auf Ihre Atmung und atmen während der gesamten Behandlung ruhig und tief in den Bauch hinein aus."*

Nach der Behandlung

Stolz (!) und Erschöpfung, Vereinbarung eines Folgetermins, Verabschiedung

Abb.3: Bausteine einer In-sensu-Zahnbehandlungs-Expositionsübung

sein (was sehr selten geschieht), ist es empfehlenswert, die zweite Übung in einer Zahnbehandlungspraxis durchzuführen.
Da dies die letzte therapeutische Sitzung darstellt, wird der Patient dazu angehalten, möglichst zeitnah einen Behandlungs- oder Zahnreinigungstermin zu vereinbaren, um so die gelernten Copingstrategien in einer Realsituation zu testen. Des Weiteren sollte mit dem Patienten die Möglichkeit eines „Rückfalls" besprochen werden, der besonders nach einer längeren Behandlungspause oder unangenehmen/schmerzhaften Behandlung erfolgen könnte. Um dies zu verhindern, werden erste Anzeichen/Frühsymptome für eine erneute, verstärkte Furchtreaktion festgehalten und Strategien zur Rückfallprophylaxe gemeinsam erarbeitet.

Resümee

Das hier vorgestellte Fünf-Sitzungen-Programm bei Zahnbehandlungsangst erwies sich als hoch wirksam (Wannemüller, Sartory, Jöhren & Margraf, 2015). Sowohl die subjektive Stärke der Zahnbehandlungsangst als auch die Anzahl dysfunktionaler zahnbehandlungsbezogener Gedanken konnten dadurch erheblich reduziert werden. Die Resultate blieben über einen sechsmonatigen Katamnesezeitraum stabil. In diesem Zeitraum ließ sich auch eine Verbesserung der behavioralen Furchtsymptome (Vermeidungsdauer und Anzahl von Zahnbehandlungen) feststellen. Die Effektivität des Behandlungsprogrammes wurde durch einen geringen Therapie-Drop-out von ca. 4 % zusätzlich bestärkt. Auch kürzere Stressimpfungstrainings mit einer Dauer zwischen einer und drei Sitzungen weisen noch eine hohe Wirksamkeit auf (Ning & Liddell, 1991; Thom & Sartory, 2000; Haukebo et al., 2008). Hierbei konnte die Angst sowohl vor als auch während einer Zahnbehandlung reduziert werden. Die Ergebnisse einer Langzeituntersuchung zeigen, dass sich 70 % der erfolgreich behandelten Patienten vier Jahre später noch immer in regelmäßiger zahnärztlicher Behandlung befanden (Liddell, Di Fazio, Blackwood & Ackerman, 1994).

Literatur

Enkling, N.; Marwinski, G. & Jöhren, P. (2006): Dental anxiety in a representative sample of residents of a large German city. In: Clinical Oral Investigations, 10(1), 84–91.

Frederikson, M.; Annas, P.; Fischer, H. & Wik, G. (1996): Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. In: Behaviour of Research and Therapy, 34(1), 33–39.

Gordon, D.; Heimberg, R. G.; Tellez, M. & Ismail, A. I. (2013): A critical review of approaches to the treatment of dental anxiety in adults. In: Journal of Anxiety Disorders, 27(4), 365–378.

Haukebø, K.; Skaret, E.; Öst, L. G.; Raadal, M.; Berg, E.; Sundberg, H. et al. (2008): One- vs. five-session treatment of dental phobia: A randomized controlled study. In: Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 39(3), 381–390.

Jacobson, E. (1924): The technic of progressive relaxation. In: Journal of Nervous & Mental Disease, 60(6), 568–578.

Kvale, G.; Berggren, U. & Milgrom, P. (2004): Dental fear in adults: A meta-analysis of behavioral interventions. In: Community Dentistry and Oral Epidemiology, 32(4), 250–264.

Lang, P. J. (1979): A Bio-Informational Theory of Emotional Imagery. In: Psychophysiology, 16(6), 495–512.

Liddell, A.; Di Fazio, L.; Blackwood, J. & Ackerman, C. (1994): Long-term follow-up of treated dental phobics. In: Behaviour Research and Therapy, 32(6), 605–610.

Margraf, J.: MINI-DIPS. Diagnostisches Kurz-Interview psychischer Störungen. Berlin: Springer, 1994.

Ning, L. & Liddell, A. (1991): The effect of concordance in the treatment of clients with dental anxiety. In: Behaviour of Research and Therapy, 29(4), 315–322.

Oosterrink, F. M. D.; De Jongh, A. & Hoogstraten, J. (2009): Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. In: European Journal of Oral Sciences, 117(2), 135–143.

Sartory, G.; Heinen, R.; Wannemüller, A.; Lohrmann, T. & Jöhren, P. (2009): Die modulierte Schreckreaktion bei Zahnbehandlungsphobie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 38(4), 213–222.

Sartory, G. & Wannemüller, A.: Zahhnbehandlungsphobie. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe, 2010.

Thom, A. & Sartory, G. (2000): Comparison between one-session psychological treatment and benzodiazepine in dental phobia. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(3), 378–387.

Wannemüller, A.; Jöhren, P.; Haug, S.; Hatting, M.; Elsesser, K. & Sartory, G. (2011): A Practice-Based Comparison of Brief Cognitive Behavioural Treatment, Two Kinds of Hypnosis and General Anaesthesia in Dental Phobia. In: Psychotherapy and Psychosomatics, 80(3), 159–165.

Wannemüller, A., Sartory, G., Elsesser, K., Lohrmann, T. & Jöhren, P. (2015): Modality of fear cues affects acoustic startle potentiation but not heart-rate response in patients with dental phobia. In:_Frontiers in Psychology, 6, 170.

Wannemüller, A., Sartory, G., Jöhren, P. & Margraf, J. (2015): Ein Fünf-Sitzungsprogramm zur Behandlung von Zahnbehandlungsangst. In: Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 36(2), 177-196.

Dr. phil. André Wannemüller studierte Psychologie an der Bergischen Universität Wuppertal und Psychotherapie an der Ruhr-Universität Bochum (RUB). Er ist approbierter Psychotherapeut und Supervisor im Rahmen des Weiterbildenden Studiengangs ‚Psychotherapie' der RUB. Seit 2012 untersucht er als Post-Doc an der RUB in Kooperation mit der Zahnklinik Bochum die neuronalen und peripher-physiologischen Korrelate der Zahnbehandlungsphobie und die Machbarkeit und Effektivität von expositionsbasierten Kurzinterventionen bei phobischen Störungen, insbesondere der Zahnbehandlungsphobie.

Korrespondenzadresse:
Andre.Wannemueller@ruhr-uni-bochum.de

Kongresstermine

28. – 30. Sept. 2016
1. Weltkongress für Dentalhypnose
Mashhad/IRAN
http://cong-hypnodontic2016.mums.ac.ir/en

10. – 12. November 2016
SMSH-Jahresseminar für medizinische Hypnose
Balsthal/SCHWEIZ

17. – 20. November 2016
Jahreskongress der DGH
„HYPNOSE – Aufbruch ins Leben"
Bad Lippspringe
http://www.dgh-hypnose.de/jahreskongress-2016-4.html

23. – 26. März 2017
M.E.G.-Jahrestagung
„Trauma – Konflikte – Kulturen
HYPNOTHERAPIE und was uns VERBINDET"
Bad Kissingen
http://www.meg-tagung.de

05. – 12. April 2017
Internationaler Kongress für Hypnose und Kommunikation
Gozo/MALTA
http://www.allesgozo.de

01. – 06. Juni 2017
ÖGZH-Pfingstklausur
Puchberg am Schneeberg/ÖSTERREICH
http://www.oegzh.de/

23. – 26. August 2017
ESH-Kongress
„Hypnosis: unlocking hidden potential"
Manchester/ENGLAND
http://www.esh2017.org/

07. – 10. Sept. 2017
DGZH-Jahrestagung
„Zahnärztliche Hypnose und Kommunikation"
Berlin
http://www.hypnose-kongress-berlin.de

Kursangebote 2016/2017

DGZH-Regionalstelle FRANKFURT, Dr. Susann Fiedler, www.dgzh-frankfurt.de

Der Engel an meiner Seite

Team-Integrationstag

Dr. Susann Fiedler

Der Schwerpunkt dieses Tages ist Teambildung. Das Ziel ist, die Hypnose durch die Optimierung der Rahmenbedingungen einfach, schnell und mit Spaß für alle in den Praxisalltag zu integrieren.

Am Vormittag werden nochmals die Fragen beantwortet:

- Was ist moderne klinische Hypnose?
- Wie wirkt sie?
- Was macht es so erstrebenswert, Hypnose in der Praxis möglichst häufig anzuwenden?
- Welche Aufgaben hat die Helferin bei der Hypnose?

Am Nachmittag werden alle Pacing-Formen geübt und an Hand des verbalen und nonverbalen Pacings gezeigt, wie die Kommunikation in der Praxis in allen Bereichen durch diese „Erleichterer" künftig verbessert werden kann.

Um zu zeigen, dass Kommunikation immer hypnotische und suggestive Anteile hat, ist der Tag erfahrungsorientiert. Zudem werden Videos aus allen Praxisbereichen einfließen.

Kursgebühr: € 185,- /Person inkl. Mittagessen (3. Helferin gratis)

Kurszeiten: 9.30 – 18 Uhr

Termine: Fr 25. Nov. 2016

Kursort: Praxis am Lindenplatz, Kriftel

8 Fortbildungspunkte, 8 Supervisionsstunden

Kompaktkurs MBSR

Ressourcenorientierung und Stressbewältigung durch Präsenztraining

Dr. Susann Fiedler

Die Schulung der Achtsamkeit mit dem MBSR-Programm (Mindfulness Based Stress Reduction) ist der tiefgreifendste Weg, um Gelassenheit und emotionale Kompetenzen wie Einfühlungsvermögen, Kreativität, Charisma und intuitive Entscheidungsfindung zu erlernen.
Forschungsergebnisse von Daniel Goleman (Autor des Weltbestsellers „Emotionale Intelligenz"), weisen daraufhin, dass *der größte Teil des beruflichen und persönlichen Erfolges* von diesen Fähigkeiten abhängig ist.

Seminarinhalte:

- Unterscheidung zwischen Alltagsbewusstsein und Achtsamkeit,
- Achtsamkeitsübungen
- Meditationen im Liegen, Sitzen und Gehen,
- Stressphysiologie und Salutogenese
- Erkennen von persönlichen Stressauslösern
- Umgang mit stressauslösenden Gedanken
- Selbstwahrnehmung und emotionale Selbstkontrolle, Umgang mit schwierigen Gefühlen wie Ärger und Wut,
- Achtsamkeit im beruflichen und privaten Alltag

Nutzen des Seminars:

- Mentale und emotionale Stabilisierung
- Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit
- Erhöhung von Kreativität und Flexibilität
- Schulung der Wahrnehmung eigener und fremder Emotionen
- Abbau von Stress durch Entspannungsreaktion beim Meditieren
- Zunahme von Gelassenheit, Energie und Lebensfreude

Teilnahme:
Das Seminar ist offen für jeden, der sich für das Thema interessiert. Vorkenntnisse sind nicht erforderlich.

Kursgebühr: € 590,- für beide Kurse inkl. CDs und Unterlagen

Kurszeiten: Fr 10 – 18 Uhr
Sa 09 – 17 Uhr

Termine: 10 – 11. März 2017 (Teil 1)
21. – 22. Mai 2017 (Teil 2)
dazwischen 6 Wochen Trainingszeit

Kursort: Gemeindehaus der Ev. Kirche Kriftel, Immanuel-Kant-Str. 10

16 Fortbildungspunkte pro Kurs

Anmeldung zu allen Kursen über die DGZH-Regionalstelle FRANKFURT, Dr. Susann Fiedler, per E-Mail über info@dgzh-frankfurt.de

„Du kannst nicht verhindern, dass die Vögel der Besorgnis über deinen Kopf fliegen, aber du kannst verhindern, dass sie in deinem Kopf ein Nest bauen.“

Neue Aufbaukurse

Die Aufbaukurse dienen der Vertiefung und Spezialisierung der erworbenen Kompetenzen. Als Voraussetzung werden Grundkenntnisse in Erick'sonscher Hypnose vorausgesetzt, die im Rahmen des Basis-Curriculums, des Z-Curriculums oder einer vergleichbaren Ausbildung erworben wurden.

Präsent Sein!

Dr. Susann Fiedler 13. – 14. Jan. 2017

Kommunikation ist die Basis für jegliche menschliche Interaktion, egal ob im privaten oder im geschäftlichen Bereich. Ziel des Kurses ist Klarheit in der eigenen Wahrnehmung und Führungskompetenz im Umgang mit Patienten, Kollegen und Personal zu entwickeln.
Inhalte des Seminars:

- Zentrierungsübungen zum Erwecken von Präsenz
- Erkennen und Nutzen von natürlichen Trancezuständen
- Sinne sinnvoll nutzen
- Seedings und Leadings
- Lösungsorientierung durch konstruktive W-Fragen
- Strategien patientenzentrierter Kommunikation
- Einführung in GFK und Ideolektik

Direktiv oder indirekt, das ist hier die Frage!

Dr. Dorothea Thomaßen 27. – 28. Febr. 2017

In diesem Workshop werden Turboinduktionen und die spiegelnde Arbeit mit Körperfeedback als kontrastierende Induktionen gelehrt. Darauf aufbauend werden allgemeinere Kriterien entwickelt, in welcher Konstellation welche Technik sinnvoll ist. Es ist eine Kunst, hypnotische Strategien situativ anzupassen.
Inhalte des Seminars:

- zustandsabhängiges Lernen und Erinnern
- nonverbales, ideodynamisches Körperfeedback
- Miltonsprache
- Turboinduktionen
- Musterpassung

Wie sag ich's meinem Kinde?

Dres Sabine & Jan Rienhoff 12. – 13. Mai 2017

In der Binsenweisheit, nach der Kinder keine kleinen Erwachsenen sind, steckt (leider?) viel Wahrheit. Was in Kommunikation und Hypnose mit Kindern anders ablaufen sollte, wollen wir in diesem Seminar erarbeiten, demonstrieren und üben.
Inhalte des Seminars:

- Warum weint oder schreit mein Patient jetzt?
- Wie baue ich eine günstige Kommunikation auf?
- Wie entferne ich die Gedanken des Kindes von der aktuellen Situation?
- kindgerechte Tranceinduktionen
- Was genau kann ich von einer Hypnose beim kindlichen Patienten erwarten?
- Was tun, wenn es verbal überhaupt nicht geht?

NLP und Arbeiten mit Trance

Kay Groß 09. – 10. Juni 2017

NLP ist eine therapeutische Kommunikations-Technik, dei es uns erleichtert, unsere Patienten dort abzuholen, wo sie gerade sind und uns hilft sie dort hinzubringen, wo wir zusammen hinmöchten.
Inhalte des Seminars:

- Die wichtigsten Theorien und Begrifflichkeiten
- Gründliches Erläutern und Einüben von zahnärztlich relevanten Techniken wie
- Ankern und Auflösen von Ankern
- 6 Step Reframing
- Umgang mit Behandlungsängsten
- Welche Tranceeinleitung passt zur Situation und zu mir

Kursgebühr: € 425,- (€ 400,- für DGZH-Mitglieder)

Kurszeiten: Fr 10 – 18 Uhr
Sa 09 – 17 Uhr

Termine: siehe Kursbeschreibung

Kursort: Praxis am Lindenplatz, Kriftel

16 Fortbildungspunkte je Kurs

oder über die unter www.dgzh-frankfurt.de bzw. www.life-institute.de hinterlegten Anmeldeformulare.

Behandlungsmethode

Hypnotherapeutic Olfactory Conditioning oder: Der Minzenkuss

Bedarfsgerechte Emotionsregulation durch die Konditionierung eines Duftes mit einer Kompetenzerfahrung

Heini Frick

Abramovitz und Lichtenberg publizierten ihre Hypnotherapeutic Olfactory Conditioning (HOC) genannte Methode erstmals 2003, umfassend dargestellt 2009[1]. Dabei wird eine Erfahrung, die mit positiven Emotionen aufgeladen ist, in Trance reaktiviert und mit einem angenehmen Duft konditioniert. Der Geruch wird zum Anker für einen hilfreichen Zustand, der von nun an in einer emotional belastenden Situation zeitgerecht reaktiviert werden kann. Es ist ein Ressourcentransfer im besten Sinne des Wortes. Das sehr einfache Vorgehen hat sich in meiner hypnotherapeutischen Praxis als Prävention und Behandlung von zeitlich klar definierten Angstzuständen jeglicher Art bewährt. HOC hat das Potenzial, auch im zahnärztlichen Umfeld gute Dienste zu leisten. Der vorliegende Beitrag ist eine modifizierte Version eines 2011 in der CH-HYPNOSE erschienenen Fallberichtes.[2]

Der Fall

Der 26-jährige Patient mit einer abgeschlossenen mehrjährigen Cannabis-Karriere litt an einer mäßig stark ausgeprägten Soziophobie – eine nicht seltene Kombination. Die Soziophobie machte sich nicht nur in öffentlichen Verkehrsmitteln, sondern auch und vor allem beim Zusammensein mit fremden Menschen bemerkbar. Der Hausarzt hatte Propanolol verordnet. Weil der Patient eine Zweitausbildung im sozialen Bereich begonnen hatte und massive Angstzustände anlässlich morgendlich wiederkehrender „Befindlichkeitsrunden" erlebte, begann er eine Psychotherapie. Regelmäßig würde ein Panikgefühl begleitet von ausgeprägten Stresszeichen auftreten, sodass er, wenn er endlich „drankomme", kaum ein Wort über seine Lippen bringe.

In der ersten längeren Therapiestunde ging es um die Anamnese, die keine relevanten traumatischen Erlebnisse aufwies, um die Vermittlung der Angst- und Stressphysiologie (Flipchart-Arbeit) und um Grundsätze der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) bei Angststörungen (Handout abgegeben). Hausaufgaben in Form von Selbsterforschung – ohne im Alltag bereits etwas ändern zu müssen – sollten einen gewissen Abstand zur Angst ermöglichen. In der zweiten Stunde wurden die Grundsätze der KVT repetiert und um das Erlernen von Entspannungsverfahren sowie Selbsthypnose erweitert. Der intelligente, etwas phlegmatische Patient machte sehr engagiert mit und berichtete in der dritten Sitzung über kleine Fortschritte. Er mache bei den Befindlichkeitsrunden das Mantra „Die Panik geht vorbei" und verliere nicht mehr vollständig die Kontrolle.

In der vierten Stunde folgte HOC. Nach kurzer Erklärung leitete ich den Patienten zu einer leichten Trance an. Er sollte aus seiner „Vergangenheit" ein Erlebnis großen Wohlbefindens in die Gegenwart kommen lassen, eventuell eine Begegnung mit einem geliebten Menschen oder einem Tier, eine Erfahrung mit Stolz und Kompetenz oder Geborgenheit. Das Ereignis sollte ähnlich intensiv sein wie der Stress bei der „Befindlichkeitsrunde". Erfassen können wir dies mittels der Visualanalogskala (VAS) respektive der Skalierung zwischen 1 und 10. Bei unserem Patienten war es das unglaublich gute Gefühl anlässlich des ersten Kusses in einer lauen Sommernacht am Anfang einer – seit Längerem nicht mehr gelebten – Liebesbeziehung. Danach wählte er sich aus einer Vielzahl von Duftfläschchen, die ich vor ihm aufgebaut hatte, eines aus. Sie stammten aus einem der Duftläden, die es in jeder etwas größeren Stadt gibt. Der Patient erschnupperte den Duft, der ihm

© daffodilred – Fotolia.com

am besten geeignet und würdig erschien, mit dem Sommernachtskuss in Beziehung gesetzt, sprich konditioniert zu werden. Es war Minze. Die Konditionierung würde fortan eine nach Minze duftende Zuneigung und Geborgenheit bedeuten. Zuerst galt es für den Patienten – mit wieder geschlossenen Augen – für sich selber den Felt Sense der Erfahrung zu aktivieren. Mit Felt Sense ist die im Körper empfundene Resonanz gemeint. Sie liegt meist auf der Mittelachse des Körpers auf Herz- oder Bauchebene. Angeleitet: „Und während diese Erinnerung langsam auftaucht … und Sie dadurch mehr und mehr in diese Erinnerung eintauchen können, wo spüren Sie diese am meisten in Ihrem Körper, gerade jetzt?" Nach vielleicht einer halben Minute gab er mir das dafür verabredete Zeichen mit dem Kopf. Dann war ich wieder dran. Meine Worte benannten in Trance – jenseits eines kritisch-analytischen Geistes mit gleichzeitig hoher Absorption ins Geschehen – die angenehme Erfahrung in allen Sinneskanälen. Indem ich die Aufmerksamkeit des Patienten zwischen Liebessituation mit allen Sinnesmodalitäten und dem Minzduft hin- und herpendeln ließ, wurde das Erlebnis automatisch mit dem Duft verwoben. „Und während in Ihnen dieses wunderbare Gefühl in Ihrem Körper wieder aufsteigt, während es wirklich geschieht … dieses Gefühl von Wärme und Weite in Ihrer Brust … und diese Erfahrung, mit dieser geliebten Frau zu verschmelzen, steigt der Duft von Minze in Ihr Bewusstsein und verbindet sich mit jeder Nervenzelle Ihres Gehirns. Diese wunderbare Erfahrung von Gemeinsamkeit, Geborgenheit und Liebe … geliebt werden und selber lieben zugleich … vereinigt sich ganz von alleine, intensiv und innig mit dem Geruch von Minze … Und die Minze, die von Ihrer Nase her in Ihr ganzes Nervensystem strömt, wird zum Boten von Liebe, Wärme und Geborgenheit … Und jedes Mal, wenn Sie Minze riechen, werden Sie mehr und mehr, intensiver und verlässlicher diese wunderbare Erfahrung von Liebe, Wärme und Geborgenheit erfahren …" Dann nahm ich den Duft von der Nase weg und forderte den Patienten auf, langsam seine Augen zu öffnen. Ich bat um ein Feedback bezüglich des Ausmaßes des Felt Senses auf der VAS und achtete auf allfällige Stolpersteine, wie z. B. ein mit negativen Assoziationen besetztes Wort, um es zukünftig zu vermeiden oder utilisieren zu können. Das Ganze wurde zur Intensivierung der Erfahrung dreimal wiederholt und dauerte je Runde zirka zwei bis drei Minuten. Zu Hause sollte der Patient die Duftkonditionierung üben.

Bei der nächsten Sitzung wäre nun die Exposition in sensu und anschließend die Exposition in vivo angesagt gewesen. Aber der Patient hatte nicht geübt. Er habe wenig Stress im Alltag und auch wenig Zeit zum Üben gehabt. Auch glaube er nicht so recht an diesen Trick mit dem Fläschchen. Wir besprachen in dieser Sitzung das, was für den Patienten wichtig war, und repetierten bei dieser Gelegenheit das HOC-Prozedere erneut.

In der folgenden Sitzung breitete sich auf seinem Gesicht, kaum hatte er Platz genommen, ein Schmunzeln aus: Er habe sich kürzlich doch sorgfältig im Eisenbahnwagen ein leeres Viererabteil ausgesucht, worauf sich im bereits fahrenden Zug tatsächlich noch jemand in sein Abteil schräg gegenübergesetzt habe. Er habe zu schwitzen und zu zittern begonnen und habe bereits an Flucht – pardon, an Vermeidungsverhalten – gedacht, doch sei plötzlich zunehmend ruhiger und ruhiger und entspannter geworden. Was war geschehen? Sie erahnen es vielleicht, liebe Leserin, lieber Leser, was in der Luft lag: Minzduft! Der ungebetene Mitreisende verursachte nicht nur sozialen Stress, sondern brachte gleich noch

das „Gegengift" mit. Er kaute einen Kaugummi mit Minzaroma. Der Patient berichtete, er würde seither kurz vor stressigen Situationen regelmäßig – zu meiner diskreten Irritation – nicht das von mir favorisierte Minzaroma-Fläschchen benützen, sondern einen Minzkaugummi kauen, mit sehr befriedigender Wirkung auf die Angstregulation anlässlich der „Befindlichkeitsrunden". Im Hinblick auf eine gewisse Dufthabituation erschien mir der inflationäre Gebrauch von Minzduft suboptimal. Aber der Patient wünschte eine Therapiepause für eigenes Training und wollte sich wieder melden, wenn er weitere Assistenz meinerseits bräuchte, was nicht geschah.

Kommentar

Die Konditionierung mit einem Duft geschieht schnell, wahrscheinlich sogar schneller als visuelle oder auditive Sinnesreize, weil eine weitverzweigte, innige Verbindung zwischen dem Riechsystem und dem limbischen System besteht, insbesondere der Amygdala sowie dem Hippocampus. Die Amygdala ist unsere „Alarmzentrale", der Hippocampus eine zentrale Schaltstelle für das Gedächtnis. Bekanntlich können uns Düfte unmittelbar weit in die Kindheit zurückversetzten.

Entscheidend für den Erfolg der Konditionierung sind nach meiner Erfahrung drei Dinge: Erstens sollte die Ressource ein qualitativ adäquates „Gegengewicht" zur Stresssituation darstellen, also nicht einfach nur ein Safe Place von Ruhe und Entspannung am Ferienstrand, sondern eine wirklich kraftvoll wirkende Erfahrung. Zweitens muss der Felt Sense, der die bildhaften und/oder auditiven Aspekte der Ressource begleitet, quantitativ gut aktiviert werden. Drittens fördert Trance die Konditionierung sehr, weil so die achtsame Konzentration auf die mental gespeicherte Ressource gut gelingt und sich dadurch die „neuronale Freundschaft" zwischen interner Ressource und Duft – sprich die Anzahl neu gebildeter Synapsen – schnell und vielzählig entwickeln dürfte. Ich mache mehrere kurze Konditionierungstrancen hintereinander, was das Abschweifen von der Ressource respektive das „Verwässern" der möglichst „hochprozentigen" Erfahrung reduziert. Eigentlich entspricht HOC der bewussten olfaktorischen Induktion eines positiven emotionalen Flashbacks.

Ich staune immer wieder, wie leicht es gerade Kindern und Jugendlichen fällt, eine Kompetenzerfahrung – z. B. die sinnliche Freiheit beim Reiten (Mädchen) oder ein stolzer Sieg bei einer Sportveranstaltung (Jungen) – mittels Duft bedarfsgerecht bei Prüfungen in der Schule zu aktivieren. Der kreative Geisteszustand während der Prüfung zeigt sich unmittelbar in besseren Noten. Das repetitive Anwenden des Dufts kann auch mit weiteren Lernprozessen einhergehen. Aus der anfänglichen Musterüberlagerung wird eine Mustererweiterung. Dies zeigte eine weitere HOC-Patientin, die eine stressende, sozial exponierende Ausbildung begonnen hatte. Sie berichtete, dass sie nach wenigen Unterrichtsstunden den Duft real nicht mehr brauchte. Es reichte, ihn in der Tasche zu wissen. Später konnte sie ihn zu Hause lassen.

HOC im zahnmedizinischen Setting

Die Bedeutung des Geruchssinns scheint mir für die zahnärztliche Praxis von hoher Relevanz. Ängstliche Patienten haben häufig negative Vorerfahrungen. Der typische Praxisgeruch hat bei ihnen oft schon zu einer ungünstigen Konditionierung geführt. Der Geruch erzeugt einen negativen emotionalen Flashback, am liebsten würde der Patient gleich wieder verduften. Es kann sinnvoll sein, in der eigenen Praxis einen Duftraum zu schaffen, der sich deutlich vom üblichen Aroma einer Zahnarztpraxis unterscheidet. Auch eine zeitliche Trennung der olfaktorischen Konditionierung und des zahnärztlichen Eingriffs bietet Vorteile. In einem ersten Schritt kann sich der Patient voll und ganz und ohne Erwartungsdruck auf seine Ressource konzentrieren und olfaktorisch einen guten Zustand etablieren. Zur Behandlung bringt er diesen Talisman als Fläschchen mit. Weil eine konventionelle Tranceinduktion wegfallen würde, ergäbe sich ein Zeitgewinn. Im Verlauf der Behandlung könnte die Duftapplikation wiederholt und die Ressourcensituation schnell und beiläufig reaktiviert werden. Konditionierungen wirken schnell und zuverlässig.

Literatur

1. Abramowitz, E. G.; Lichtenberg, P.: Hypnotherapeutic Olfactory Conditioning (HOC): Case Studies of Needle Phobia, Panic Disorder, and Combat-Induced PTSD. In: Int J Clin Exp Hypn 2009; 57(2):184–198.

2. Frick, H.: Hypnotherapeutic Olfactory Conditioning – die therapeutisch duftende Kompetenzerfahrung oder aber: Der Minzenkuss! CH-HYPNOSE, VOL. XXI, NO 2/2011

Dr. med. Heini Frick ist Facharzt für allgemeine innere Medizin FMH, jahrelange Tätigkeit als Hausarzt in Luzern und versicherungsmedizinischer Gutachter an der MEDAS Zentral-schweiz. Aktuell in eigener hypnotherapeutischer Praxis. Fähigkeitsausweis klinische Hypnose der SMSH. Schwerpunkte Self Relation und Generative Trance nach Stephen Gilligan, Ego State Arbeit, Brainspotting, Achtsamkeit in Variationen.
Korrespondenzadresse: heini.frick@hin.ch

ZWISCHENFRAGE

„Was ist Hypnose für Sie?“

Mit der ZWISCHENFRAGE möchten wir unseren Lesern Antworten entlocken, die unterschiedlichste Sichtweisen widerspiegeln und neue Denkanstöße geben können. Lassen Sie uns an Ihren Erfahrungen teilhaben.

Auf die Frage möchte ich antworten, indem ich vom Ersttermin eines Neupatienten berichte. Ich bemerkte Herrn M. bereits im Wartezimmer. Er saß schwitzend und nervös auf seinem Stuhl und starrte wie gebannt auf das Hypnoseposter an der Wand. Als ich ihn dann 15 Minuten später auf dem Behandlungsstuhl sitzen sah, schwitzte er noch mehr. Ich fragte ihn, was ihn zu mir führe, und er antwortete, es sei ein oberer Backenzahn, der sich seit einer Woche immer beim Essen „ins Gehirn bohrt“. Dann sagte er wie zu sich selbst: „Ich habe Angst, aber das hier muss jetzt sein.“ Ich fragte: „Was muss denn jetzt sein?“ Er entgegnete: „Dass Sie sich um meinen Backenzahn kümmern und ich wieder etwas essen kann. Können wir das mit Hypnose machen? Was ist das eigentlich, Hypnose?“ Ich wollte von ihm wissen, was er denn meine, was Hypnose sei. „Dass ich schnell und ohne Schmerzen hier wieder raus bin“, war seine Antwort. Mit großen Augen starrte er die auf dem Tray liegenden Instrumente an und sagte panisch: „Kommt jetzt eine Spritze?“ Ich sprach ganz ruhig und langsam: „Eine Betäubung wird Ihnen helfen, sich schnell wieder gut zu fühlen, während ich mich um Ihren Backenzahn kümmere.“ Die Augen des Patienten wanderten nervös zwischen mir und dem Instrumententray: „Aber das tut doch höllisch weh! Das kenne ich von früher von den anderen Zahnärzten. Aber Sie sehen gar nicht wie ein Zahnarzt aus, Sie sind so anders.“ Ich musste lächeln: „Ja, hier bei mir ist alles anders. Und ich werde mich jetzt um Ihren Backenzahn kümmern, wenn Sie es möchten, dass es Ihnen ganz schnell wieder gut geht.“ „Oh ja, der Backenzahn, den habe ich ganz vergessen!“, sagte Herr M. und öffnete den Mund. Er deutete mit dem Zeigefinder auf den tiefkariösen Zahn 16. Die „Vipr“ und die „Perk“ erübrigten sich damit. Ich schlug vor: „Sie atmen jetzt ganz besonders tief ein und aus, und nach dem Ausatmen geht es Ihrem Backenzahn viel besser.“ Nach dem Einatmen und noch vor dem Ausatmen platzierte ich die Infiltrationsanästhesie am 16. Herr M. sagte sichtlich erleichtert: „Ich vertraue Ihnen. Ich will all die Instrumente nicht sehen“, und schloss seine Augen. Etwas überrascht griff ich in Windeseile nach der Turbine, trepanierte den tiefkariösen Zahn. Alles ging sehr schnell und unkompliziert. Ich legte meine Hand auf die Schulter des Patienten: „Wir sind fertig.“ Herr M. öffnete langsam seine Augen und lächelte breit: „Ich bin so froh, dass es so schnell ging, auch ganz ohne Hypnose!“ Ich lächelte zurück: „Wenn die Betäubung nachgelassen hat, können Sie wieder essen.“ Herr M. lachte: „Oh ja, ich muss mal wieder was essen!“ „Lassen Sie es sich schmecken! Und wenn Sie möchten, kümmere ich mich bei Ihnen auch um die anderen Zähne“, sagte ich und verabschiedete mich von ihm.
„Ganz ohne Hypnose“ – oder doch mit? Das ist Hypnose für mich: immer wieder ein Geheimnis!
Dr. Tamara Mundweil, München

Unsere Frage für die nächste Ausgabe an Sie, liebe Leserinnen und Leser:
Machen Frauen andere Hypnose als Männer?

Wir sind gespannt auf Ihre Antworten an *dzzh-redaktion@dgzh.de*.

Praxiserfahrung

Schmerz und Kommunikationschemie

Typische Settings für Schmerzmodulierung

Allan Krupka

Schmerz im Allgemeinen gehört zu den leider unvermeidlichen Begleitumständen zahnärztlichen Handelns. Da Schmerz in seiner Intensität (Bedeutung) nicht primär festgelegt ist, lässt er sich erfreulicherweise nicht nur mit klassischer Chemie, sondern auch mit Kommunikationschemie, also mit Hypnose modifizieren. Im Folgenden stelle ich einige typische Settings für Schmerzmodulierung aus meiner mittlerweile 30-jährigen Praxiserfahrung vor.

Beispiel 1

Ein 23-jähriger Patient kam mit dem Wunsch, eine Zweitmeinung zu erhalten, erstmals in meine Ordination. Ich fand ein kariesfreies, gut gepflegtes Gebiss vor. Lediglich der stark nach außen und hinten verlagerte Zahn 28 wies eine massivste kariöse Zerstörung auf. Nachdem das Röntgenbild außerdem kaum korrekt behandelbare Wurzeln zeigte, riet ich dem Patienten, den Zahn entfernen zu lassen – auch deshalb, weil er durch seine Lage nie eine Kaufunktion übernehmen würde. Darauf der Patient: „Das hat der andere Zahnarzt auch gesagt. Nehmen Sie ihn bitte raus."

Nachdem ich gerade sehr gut in der Zeit lag und daher ein Zeitfenster für eine Extraktion zur Verfügung stand, willigte ich ein und sagte: „Gut, dann gebe ich Ihnen gleich einmal die Anästhesie." Zu meiner Verblüffung antwortete er mir darauf: „Nein, Herr Doktor, ich will keine Anästhesie. Machen Sie es ohne."

Weil ich, wie schon erwähnt, die nötige Zeit hatte und im Allgemeinen „gut drauf" war, willigte ich ein und begann zu fragen: „Haben Sie irgendeine Tätigkeit oder einen Sport, bei dem Sie sehr assoziiert sind und es vielleicht auch körperlich ans Eingemachte geht?" – „Ja, ich mache Triathlon" – „Gut, dann erinnern Sie eine Situation im Rahmen eines Triathlons, bei der es zwar grenzwertig wurde, die Sie aber dennoch erfolgreich meisterten." – „Ja, das war Kilometer 27 beim abschließenden Laufen des heurigen Wörtherseetriathlons." – „Gut, dann machen Sie die Augen zu und laufen Sie jetzt. Es ist Kilometer 27. Sie nehmen Ihre Beine wahr, Ihre Füße, wie sie laufen, es tut weh und braucht Ihre volle Konzentration und Ihren unbedingten Willen durchzuhalten …" Zwischenzeitlich war das Extraktionsbesteck vorbereitet, und während ich weiter von den Anstrengungen jetzt bei Kilometer 27 sprach, hebelte ich den Zahn heraus und führte den Patienten, der bei der ganzen Prozedur regungslos, ja fast schon kataleptisch im Stuhl saß, wieder ins Hier und Jetzt zurück. Der Patient hatte von der Extraktion absolut nichts mitbekommen und fragte mich, wann wir denn endlich anfangen würden.

Beispiel 2

Ganz gegenteilig war die Erfahrung, die ich beim nächsten Patienten machte. Er selbst war Primarius an einem Landeskrankenhaus und ich lernte ihn als Teilnehmer unseres Curriculums kennen. Bei der Vorstellungsrunde im Rahmen des ersten Moduls erzählte er von seiner extremen zahnarztbezogenen Schmerzerwartungsangst und Schmerzempfindlichkeit und berichtete, dass er bei seinem letzten Zahnarzt wegen seines Schmerzempfindens die Behandlungseinheit schwer beschädigte und daher mit Klebestreifen am Stuhl fixiert wurde, um behandelbar zu sein. Seitdem läuft er mit notdürftigen Provisorien herum. Nach dem Ende des ersten Moduls kam er dann zu mir und bat mich, ihn fertig zu behandeln. Man kann sich vorstellen, dass meine Freude darüber sehr begrenzt war, noch dazu, weil ich erst ein halbes Jahr zuvor meine Ordination komplett neu gestaltet und auch neue Behandlungseinheiten bekommen hatte. Als Ausbildungsleiter und Kopf der österreichischen Hypnoseszene blieb mir aber nichts anderes übrig, als mit einem völlig inkongruenten „natürlich, gerne" den Behandlungsauftrag anzunehmen.

Die Behandlung zog sich über die gesamte Ausbildungszeit, dauerte bis zum erfolgreichen Abschluss also etwa ein Jahr, und die Erfolge stellten sich nur langsam und nur in kleinen Schritten ein. Seine Angst und damit sein Kontrollbedürfnis waren so extrem, dass eine klassische hypnotische Intervention oder auch die Anwendung meiner Lieblingsmethode, der assoziierten Phobietechnik, nicht wirklich möglich war, auch wenn der Wille beim Patienten glaubhaft vorhanden war.

Es reichte eine ganz zarte Berührung der Wange mit dem Finger, um einen gellenden Schmerzschrei und einen katapultartigen Sprung im Behandlungsstuhl hervorzurufen. In diesem Fall hatte ich es mit genau den gegenteiligen Voraussetzungen wie in der im ersten Beispiel geschilderten Situation zu tun.

Der vom Patienten erlebte ungeheuer starke Schmerz war von außen nicht nachvollziehbar, wurde aber von diesem tatsächlich in der Intensität erlebt, obwohl es sich objektiv gesehen nur um eine ganz zarte Berührung der Wange mit dem Finger handelte.

Anästhesien, selbst starke Dosen, waren völlig wirkungslos. Denn die hochgradig auf den Schmerzeintritt fokussierte Erwartungshaltung – vergleichbar mit einer gespannten Armbrust beim Aktivieren des Auslösers – bewirkte in unserem Falle beim Kontakt meiner Fingerkuppe mit der Wangenhaut des Patienten eine fast explosionsartige Freisetzung von Energie. Sie brachte den Pfeil zum Fliegen, d. h. in meinem Fall, sie ließ den Patienten gellend losschreien und im Behandlungsstuhl hochschnellen.

Die Desensibilisierung gelang letztlich über empathisch geduldige Zuwendung und damit verbunden über kleinschrittigen Vertrauensaufbau, der letztlich auch bewirkte, dass der Patient mehr und mehr Zugriff auf seine Ratio und Vertrauen in die Funktionsfähigkeit seines Körpers bekam, sodass auch Anästhetika nach und nach wieder wirksam werden konnten.

Beispiel 3

Auch beim nächsten Fall ging es um persistierende Schmerzempfindung trotz Verabreichung von Anästhetika, die allerdings auf einem anderen Wirkmechanismus basierte. Zwei Mal ist mir dieses Szenario in all den Praxisjahren bisher untergekommen. Beide Male handelte es sich, wahrscheinlich aber nur zufällig, um Personen aus meinem engeren Bekanntenkreis. Es waren jeweils Zähne im Oberkiefer zu versorgen und der Ablauf der Behandlungen war nahezu identisch. Deshalb jetzt nur der Fall einer jungen Studentin.

Sie hatte sehr große Angst vor der Zahnbehandlung, war schon Tage zuvor unruhig, am Behandlungsstuhl überaus schreckhaft, fragte ständig etwas, wollte spülen oder versuchte anders zu unterbrechen. Ich hatte schon eine zweite Anästhesie gelegt, nachdem die erste keinerlei Wirkung zeigte – und das im Oberkiefer, wo letztlich aus anatomischen Gründen im Normalfall eigentlich jede Anästhesie wirken müsste. Der Schmerz war nicht gespielt, denn wenn ich am Dentin kratzte, kam sofort die entsprechende Schmerzreaktion, wenn ich am Schmelz kratzte, unterblieb sie. In meiner Verzweiflung ließ ich mich dazu hinreißen, noch eine halbe Karpule zusätzlich zu verabreichen. Diese zeigte wiederum keinerlei Wirkung und die Patientin jammerte fortwährend heftigst. Ich sah mich gezwungen, die Behandlung abzubrechen und zu vertagen. Auffällig war aber, dass die Schleimhaut dort, wo ich das Anästhetikum applizierte, vorgewölbt war, als ob eine Bohne darunter versteckt wäre. Am Abend rief sie mich an und erzählte mir, dass sie unmittelbar nach dem Verlassen der Ordination eine für etwa 3 Stunden anhaltende heftige Taubheit im anästhesierten Gebiet verspürt habe.

Der nächste Termin lief nahezu wie beim Mal zuvor ab. Wiederum 2½ Karpulen, wiederum bohnenförmige Vorwölbung der Schleimhaut und wiederum keine anästhetische Reaktion. Nur hatte ich diesmal eine Strategie vorbereitet: Ich brach die Sitzung scheinbar auch diesmal wieder ab und machte einen Folgetermin aus, ließ sie aber nicht gehen, sondern plauderte mit ihr noch weiter. Nach 2, 3 Minuten sagte sie mir, wie ich es erwartet hatte, dass sich der Kiefer interessanterweise plötzlich wieder taub anfühle. „Darauf habe ich gewartet", war meine Antwort, und wir gingen zurück in den Behandlungsraum und konnten die Behandlung erfolgreich abschließen. Erwartungsgemäß war jetzt die bohnenartige Schleimhautvorwölbung verschwunden. Ich erklärte ihr, dass ihre Angst gleichsam das Einsickern und damit Wirksamwerden der Anästhesie verhindert habe. Die durch ihr Unbewusstes bewirkte Blockade sei erst aufgehoben worden, als die Gefahr zumindest scheinbar vorbei war, und das sei der Fall gewesen, sobald wir die Behandlung abgebrochen und einen Nachfolgetermin ausgemacht hatten. Dann konnte das Anästhetikum einsickern und wirksam werden und ich meine Arbeit fortsetzen und erfolgreich beenden.

Durch das verstandesmäßige Erfassen der dem Geschehen zugrunde liegenden Zusammenhänge wurde die vermeintlich positive Absicht des Unbewussten enttarnt, über die Unterbindung der Anästhesiewirkung vor der im Gedächtnis als schmerzhaft abgespeicherten Zahnbehandlung zu schützen.

Beispiel 4

Wiederum anders verhält es sich, wenn Kinder während der Behandlung „Au" sagen, also Schmerzäußerungen von sich geben. Für Kinder ist jede Manipulation eines Arztes, also einer fremden Person, am Körper und ganz besonders im Mund unangenehm und es gilt sie zu vermeiden. Aus Erfahrung wissen Kinder, dass „Au" zu den wirksamsten Zauberwörtern gehört. Was liegt also näher, als das Zauberwort sofort zu verwenden, wenn etwas geschieht, das man nicht kennt und das suspekt und bedrohlich wirkt. Und Hand auf's Herz: Das Rütteln eines Rosenbohrers am eigenen Zahn hinterlässt auch bei uns ein „Das muss ich nicht unbedingt haben"-Gefühl. Nachdem wir als Zahnärzte auf das „will nicht" des Kindes normalerweise nicht reagieren, wird die Steigerungsform, also das Zauberwort „Au" verwendet. Und wenn dieses auch nicht den erwünschten Erfolg bringt, wird die ultimative Verstärkung aus dem Hut gezaubert: Es wird erst geweint, dann geschrien und letztlich getobt. Wissend, dass man nur lange genug und laut genug schreien muss, um bei der Mutter – und nicht nur bei ihr – das zu erreichen, was man erreichen will, beginnt das Kind somit alsbald heftig zu schreien. In diesem Stadium ist der Zug für ein vernünftiges Gespräch mit Erklärungen und dergleichen bereits abgefahren, weil man gar nicht mehr wahrgenommen wird. Deshalb muss, nachdem man mit dem Kind eine gute und vertrauensvolle Basis aufgebaut hat, sofort beim ersten „Au", wenn man sich sicher ist, dass es nicht wehgetan haben kann, der Unterschied zwischen schmerzhaft und unangenehm herausgearbeitet werden: „Unangenehm ist vieles im Leben und trotzdem muss man es machen. Zum Beispiel schlafen gehen, wenn man noch gerne spielen möchte, oder Hausaufgaben machen. Und so kann es auch unangenehm sein, wenn ich mit meiner elektrischen Profizahnbürste deinen Zahn putze. Das hat aber nichts mit „wehtun" zu tun. Du weißt, du kannst dich darauf verlassen, dass wir, sobald du deine Hand hebst, sofort aufhören und aus deinem Mund draußen sind. Wenn

also etwas wehtun sollte, dann kannst du sofort unterbrechen und mir das sagen." Danach lasse ich den Rosenbohrer nur auf dem Schmelz rotieren und wie immer kommt in kürzester Zeit das Handzeichen. Das Kind sagt: „Das hat jetzt aber wehgetan!", und ich sage darauf: „Nein, schwindle mich nicht an! Ich weiß ganz genau, wann es wehtun kann und wann nicht. Das, was du jetzt gespürt hast, das war vielleicht unangenehm, hat aber sicher nicht wehgetan. Wir haben abgemacht, dass die Hand nur dann gehoben wird, wenn es wirklich wehtut. Alles klar? Abgemacht!" Und jetzt wird der Pakt nochmals mit einem Abklatschen besiegelt.

Haben die Kinder den Unterschied zwischen Schmerzen und Unangenehmem internalisiert und mich als vertrauenswürdigen Partner anerkannt, der nie lügt und auf den man sich verlassen kann, dann entwickelt sich eine Seilschaft, die so stark ist, dass man jederzeit gemeinsam durch dick und dünn gehen kann. Und es ist wirklich erstaunlich: Ich verwende bei der Kinderzahnbehandlung außer bei chirurgischen Eingriffen fast nie eine Anästhesie. Obwohl oft schon die Pulpa deutlich zu sehen ist, hebt sich trotzdem keine Stopphand. Der Grund dafür ist die Sicherheit durch Vertrauen, wodurch es den Kindern möglich wird, loszulassen und ihren Fantasien zu folgen, um sich auf diese Weise vom Geschehen im Hier und Jetzt in eine andere Welt zu beamen. Damit schließt sich der Kreis und wir können wieder jene Mechanismen erkennen, die beim ersten Fall so erfolgreich wirksam waren.

Wer in diesem Zusammenhang als Behandler damit leben kann, dass letztlich der Patient das eigentliche Wunder vollbringt, der kann sich auch daran erfreuen und wird noch viele höchst befriedigende Stunden in seiner Ordination erleben.

Dr. med. univ. Allan Krupka ist seit 1986 Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in freier Praxis in Wien. Seit 1997 ist er Ausbildungsleiter, Referent und Supervisor des Curriculums "Hypnose und Kommunikation" für Ärzte, Zahnärzte, Hebammen und Physiotherapeuten in Österreich. Seit 2001 ist Dr. Krupka Ausbildungsleiter und Diplomverantwortlicher der Österreichischen Zahnärztekammer für das ZÄK-Diplom „Zahnärztliche Hypnose und Kommunikation". Daneben ist er als Referent international tätig.

Korrespondenzadresse: krupka@oegzh.at

ANZEIGE

Applied Kinesiology (AK)-basierte Integrative Medizin

Erweitern Sie Ihre individuelle ganzheitliche zahnärztliche Diagnose!

AKADEMIE für Gesundheit und Sporttherapie

Brandenburgischer Verein für Gesundheitsförderung e. V. – Akademie für Gesundheit und Sporttherapie

CMD funktionell untersuchen, individuell korrigieren! Stört das Material? Warum kommt dieses Zahnfach nicht zur Ruhe? Welche psychischen Traumata meines Patienten haben körperliche Auswirkungen? Fernwirkung einer CKO? Schnelle craniosacrale Korrektur vor der Abdrucknahme! Störungen im Funktionskreis schwächen das Zahnfach! Liegt eine Intoxikation vor? Kopfschmerzen durch Triggerpunkte der Kaumuskulatur behandeln! Funktionelle Untersuchung des gnathologischen Status! Vor Implantatsetzung Zahnstörfeld entstören! Stört dieses Zahnfach oder nicht? Fernwirkung des impaktierten 8ers? NICO-Läsion? Schwermetallentgiftung! Welcher TCM-Konstitutionstyp ist mein Patient? Traumalöschung! Interaktion des Zahnfachs im Funktionskreis! Hat der Rückenschmerz meines Patienten dentale Ursachen?

Steigen Sie schnell und günstig in die AK-basierte Integrative Medizin ein!

*An einem Wochenende in Potsdam mit unserem **Basismodul**!*

*Oder vertiefen Sie Ihre Kenntnisse in einem unserer **Aufbaumodule** mit Themen wie Schwermetallbelastung, Grundsystem, Säure-Basen, der gestörte Lymphabfluss des Schulterbelts, HWS, Kopfgelenke, AK-geleitete Akupunktur, craniosacrale Osteopathie, Darm als Störfeld, große Gelenke, Wirbelsäule …*

***Kursleitung:** Prof. Dr. Frank Bittmann, Universität Potsdam*

***Kosten:** 230,- Euro*

In der Potsdamer Innenstadt, nahe des Parks Sanssouci

Die nächsten Termine:

➔ 25.–27.11.2016 ➔ 19.–21.05.2017 ➔ 24.–26.11.2017

www.bvfg-potsdam.de

Akademie für Gesundheit und Sporttherapie – Brandenburgischer Verein für Gesundheitsförderung e. V. c/o Universität Potsdam

Karl-Liebknecht-Straße 24 / 25 • 14476 Potsdam OT Golm • Telefon: 0331 / 9 77 29 59 • E-Mail: akademie@bvfg-potsdam.de

DR. MICHAEL BOHNE

PEP

KLOPFEN FÜR PROFIS

PEP. Fortbildung für Zahnärzte

Einfach wirksamer sein...

PEP* ist eine Zusatztechnik zur Angst- und Stressreduktion.
In der Zahnmedizin können Behandlungsblockaden, wie Zahnarzt- und Zahnbehandlungsängste, erhöhter Würgereiz und Spritzenphobien gut und vergleichsweise schnell behandelt werden.

* PEP ist mit 27 Fortbildungspunkten je Kurs zertifiziert.

PEP in der Praxis.

PEP ist eine gute Ergänzung zur zahnärztlichen Hypnose und passt optimal in die Zahnarztpraxis, da sich die Angstreduktion mit PEP in ungewöhnlicher Geschwindigkeit vollzieht.

Auch tiefer liegende Blockaden lassen sich vergleichsweise schnell aufspüren und lösen.

Buch TIPP

PEP im CARL-AUER Verlag:

Bohne, M. (Hrsg.): **Klopfen mit PEP**
Mit Geleitworten von Prof. P. Fürstenau und Prof. K. Hüllemann

Bohne, M.: **Bitte klopfen!**
Anleitung zur emotionalen Selbsthilfe
BESTSELLER

PEP im Rowohlt Verlag:

Bohne, M.:
Feng Shui gegen das Gerümpel im Kopf.
BESTSELLER

Zusammen über 150.000 verkaufte Exemplare.

Anmeldung und Infos unter **www.dr-michael-bohne.de** oder persönlich unter **Tel.: 0511 / 81120702**

Jahrestagung der M.E.G. vom 3. bis 6. März 2016 in Bad Kissingen

Erschöpfung, Burn-out, Depression – hypnotherapeutische Wege zu gesunder Balance

Ein Bericht von Hans-Friedrich Hicks-Monreal

Als die Vorsitzende der MEG, Elsbeth Freudenfeld, am Donnerstagmittag die Jahrestagung im Regentenbau des hübschen Kurstädtchens Bad Kissingen mit einer Rekordteilnehmerzahl von ca. 1.400 eröffnete, war dies der Start für ein Feuerwerk an Vorträgen und Workshops, die bis Sonntag folgen sollten. Wie behaupten wir uns in einer Welt, in der der Leistungsdruck stetig steigt – schneller, besser, schöner? Ständige Erreichbarkeit, alles ist dringend! Erschöpfung, Burn-out und Depression sind Gegenwartsthemen.

Brunnenhalle im Regentenbau in Bad Kissingen

Am Eröffnungstag beeindruckten mich die Vorträge von Hartmut Rosa und Dirk Revenstorf. Rosa setzte sich mit dem Thema *Zeitsouveränität im Zeitalter von Multitasking und permanenter Verfügbarkeit* auseinander. Er beschrieb die täglichen Kämpfe bei zunehmender Beschleunigung in allen Lebensbereichen: Kämpfe um Abschlüsse, Einkommen, Positionen, Privilegien, Freunde, Ehepartner, Gesundheit, Aussehen, Status. Alle diese Felder sind ständig bedroht. Kein Job ist sicher. Keine Qualifikation garantiert ein langjähriges Einkommen. Beziehungen brechen auseinander. Ständig muss Neues erkämpft werden. Rosa beschrieb Mechanismen, die mittelfristig zu Diagnosen wie Erschöpfung, Burn-out und Depression führen. In seinem Vortrag *Selbstfürsorge und Dankbarkeit* erklärte Revenstorf, wie Menschen sich bei der Suche nach Glück aufgeben, um gesellschaftliche Erfolgsnormen zu erfüllen. Dieser Selbstaufgabe steht Selbstfürsorge als Voraussetzung seelischer Gesundheit gegenüber. Selbstfürsorge ist aber nicht gleichzusetzen mit Konsum und Wellness. Vielmehr benannte Revenstorf sechs Qualitäten, die zu einem erfüllten Sein beitragen: Dankbarkeit und Verzeihen, Achtsamkeit und Einfühlung, Authentizität und Verbundenheit. Anfügen könnte ich: Toleranz und Geduld, Aufrichtigkeit und Gerechtigkeit, Güte und Freundlichkeit, Ermutigung und Zuversicht.

Ortwin Meiss' Beitrag am Freitagvormittag vertiefte den Vortrag von Revenstorf. Er berichtete über Kindheitserfahrungen depressiver und von Burn-out betroffener Menschen. Für mich schloss sich ein Kreis, denn diese haben in ihrer Kindheit die genannten Qualitäten in ihrem Elternhaus nicht erlebt.

Ernüchternd war Andreas Wiggers Analyse der Versorgungsstrukturen in der psychiatrischen Behandlung depressiver Menschen. Mit seinem mitreißenden Vortrag *Vom Burnout zur Phoenix-Kompetenz* zeigte Gunther Schmidt, was heute möglich ist! Burn-out lässt sich hypnosystemisch utilisieren und transformieren und kann zu sinnerfüllender Lebensgestaltung beitragen. Das wurde spannend und engagiert präsentiert. Chapeau, Gunther Schmidt!

Nach der Mittagspause zum Verschnaufen gönnte ich mir den empfehlenswerten Dokumentarfilm *Speed – auf der Suche nach der verlorenen Zeit* von Florian Opitz, dem mit Grimme- und Deutschem Filmpreis ausgezeichneten Regisseur. Das Thema begegnete mir auch bei der Qual der Workshopauswahl. Ich entschied mich für *Hypnotherapeutische Ansätze bei Depression und Burn-out* mit Ortwin Meiss. Stattdessen hätte ich zum Beispiel auch beim Obertonsänger, Musiktherapeuten und Schamanen Thomas Eberle klanggeleitete Trancezustände erkunden können. Alle waren eingeladen, unterschiedliche Klanginstrumente und ihre Einsatzmöglichkeiten im hypnotherapeutischen Behandlungssetting kennenzulernen. Oder ich hätte zu Astrid Keweloh gehen können, die in ihrem Workshop Problemtrancen in Lösungswelten verwandelte. Sie nutzte Yoga, Atemtechniken, Hypnose und energetische Klopftechniken – wirksame Übungen, um unser negatives Kopfkino in ein konstruktives Hier und Jetzt umzuprogrammieren. Ich hätte auch Dirk Revenstorfs Workshop *Tieftrance und posthypnotische Suggestion* besuchen können. Aber es geht eben immer nur eins …

Wie den erfüllten Tag ausklingen lassen? Mit Klängen natürlich! *Wenn Götter unter Burn-out leiden*, gestaltet von Paul Janouch, mitreißend untermalt mit Musik aus Wagners *Die Walküren*. Wer dann noch nicht genug hatte: Um 20 Uhr trat das erfrischend lässige karibisch-deutsche Musikprojekt SALT im Kurtheater auf.

Am Samstagmorgen besuchte ich den Workshop des Pfarrers, Buchautors und Hypnotherapeuten Stefan Hammel. Wie können wir Sterbende und deren Familien in den letzten Stunden mit Hypnotherapie und therapeutischem Erzählen psychisch und spirituell unterstützen? Auch Komapatienten wurden berücksichtigt. Die Teilnehmer konnten eigene Anliegen in den Workshop einbringen. Wunderbar!

Irving Kirsch, ein amerikanischer Wissenschaftler, hinterfragte den Nutzen von Antidepressiva. Seine große Metaanalyse zeigte, dass Antidepressiva nicht wirksamer als Placebos sind. Da sie zudem deutlich stärkere Nebenwirkungen haben, lehnt er sie ab. Er brach eine Lanze für gesundheitsfördernde Psychotherapie und sportliche Betätigung.

In der Mittagspause bummelte ich durch das hübsche, überschaubare Städtchen, kehrte in ein nettes Lokal ein und spazierte auf dem Rückweg an der Fränkischen Saale entlang.

Am Samstagnachmittag landete ich in Liz Lorenz-Wallachers Workshop *Stärkung des inneren Selbst.* Mit jeder Krise bricht ein Chaos in das Leben ein und löst bei den meisten Menschen Furcht und Hilflosigkeitsgefühle aus. Massive Ängste können Ressourcen blockieren. Wenn alles im Fluss ist und haltgebende äußere Strukturen wanken, bedarf es einer Stärkung unseres Selbst, des Innenskeletts. Dazu wurden hypnotherapeutische Rezepte vorgestellt und Möglichkeiten der Vorbeugung vor Überforderung, Burn-out und Depressionen aufgezeigt.

Schmuckhof des Regentenbaus in Bad Kissingen

Den Rest des Nachmittags nutzte ich mit meiner Kurkarte, um die Kuranlagen und die benachbarte herrliche Wandelhalle ausgiebig auf mich wirken zu lassen. Vom Abend bis zum Morgen konnte man sich beim festlichen Bankett im neobarocken Regentenbau treiben lassen, tanzen, unterhalten, neue Bekanntschaften machen und alte pflegen.

Das Aufstehen am Sonntagmorgen fiel schwer, aber der Workshop von Boris Pigorsch weckte meine Neugier: *Du bist nicht genug – Strategien im Umgang mit dem inneren Kritiker bei Depressionen und Burn-out*. Es macht Kinder klein, wenn von den Eltern oft Mäkeleien auf sie einprasseln: „Streng dich an! Lass dich nicht so hängen! Du bist faul. Heulsuse! Wenn es dir schlecht geht, bist du selber schuld!" Wenn es dann Erwachsenen gelingt, dem überstarken inneren Abwerter einen gutmeinenden Aufwerter gegenüberzustellen, der mit dem Kritiker in achtsamen und fairen Verhandlungen eine neue Gewichtsverteilung aushandelt, ist viel erreicht. Es gehe nicht darum, den Kritiker abzuwehren oder abzuwerten, sondern ihn wertschätzend und dankbar anzunehmen, da er in der Vergangenheit auch Gutes wollte. Heute gehe es darum, dem inneren Kritiker einen weniger dominanten Stellenwert zu geben.

Nach der offiziellen Verabschiedung durch Elsbeth Freudenfeld stellte Gunther Schmidt in seinem Hauptvortrag die Frage *Burn-out auch als Kompetenz?* Seine These: Im Burn-out melde sich kluges unbewusstes Wissen. Welche wertvollen Wertesysteme dahinterstehen und wie man diese für eine sinnvolle Entwicklung nutzen kann, war das Ziel des Vortrags.

Eine stimmige, gut organisierte und mit interessanten Veranstaltungen gespickte Jahrestagung ging zu Ende. Erfüllt trat ich den Heimweg an. Die nächste MEG-Jahrestagung lockt vom 23. bis 26. März 2017 mit dem vielversprechenden Thema: *Trauma – Konflikte – Kulturen. HYPNOTHERAPIE und was uns VERBINDET.* Ich werde dabei sein.

Fotos: Hans-Friedrich Hicks-Monreal

Symposium der M.E.G.-Jahrestagung 2016

Hypnose in der NS-Zeit

Im Rahmen der diesjährigen MEG-Jahrestagung in Bad Kissingen fand das Symposium „Hypnose in der NS-Zeit" statt. Der in England lehrende Historiker ***Dr. Anthony Kauders****, selbst mit einem Vortrag vertreten, fasst im Folgenden die Ergebnisse der Veranstaltung zusammen. (Red.)*

Hat Hitler die Deutschen durch Hypnose in seinen Bann gezogen? Diese Frage stellten sich nach dem Zweiten Weltkrieg Historiker und Sozialpsychologen. Sie hofften, Antworten darauf zu finden, weshalb so viele Menschen über einen so langen Zeitraum den Nationalsozialismus unterstützt hatten. Auf dem Symposium „Hypnose in der NS-Zeit" wählten die Referenten zwar andere Fragestellungen, doch in der anschließenden Diskussion stellte sich heraus, wie sehr das Publikum weiterhin von der suggestiven Macht einzelner „großer Männer" überzeugt war.

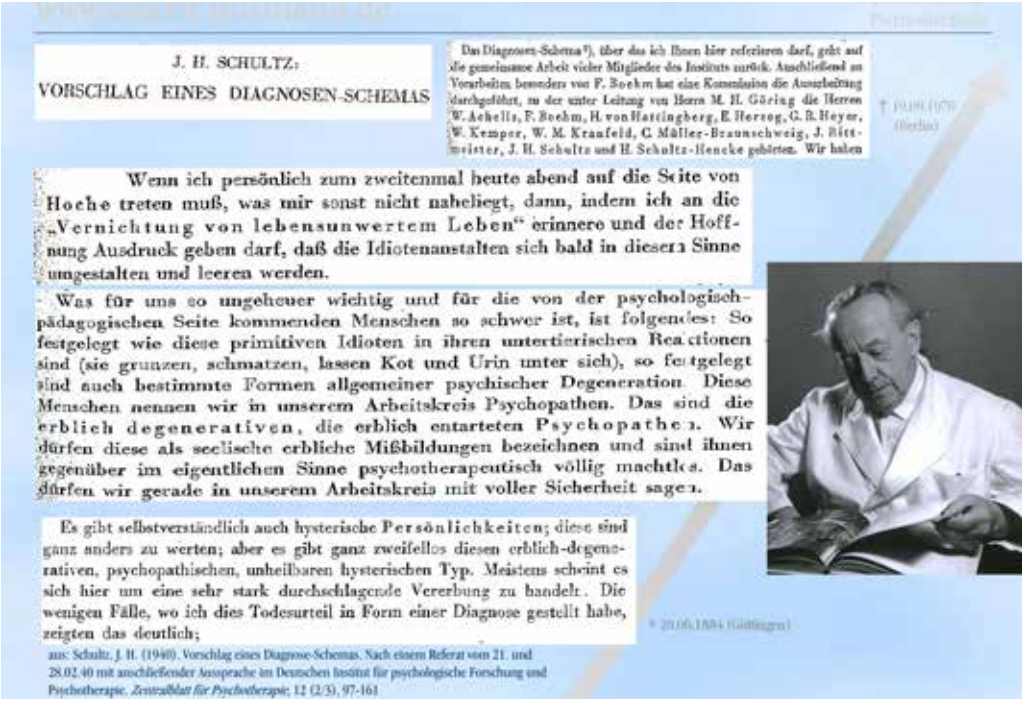
Die Vortragenden – zwei Historiker und zwei Psychologen – wählten vier unterschiedliche Zugänge zum Thema: einen theoretischen, einen biografischen, einen regionalgeschichtlichen und einen allgemein historischen. *Anthony Kauders, Autor dieses Beitrages,* versuchte zunächst, die bisherige Literatur zu Hitlers „Charisma" mit neueren sozialpsychologischen Ansätzen in Verbindung zu bringen. Denn sowohl in der Geschichtswissenschaft als auch in der Hypnoseforschung gibt es diametral entgegengesetzte Positionen zum Verhältnis zwischen Hitler und seinen Anhängern bzw. Hypnotiseuren und Hypnotisanden. Anhand der von Theodore Sarbin getroffenen Unterscheidung zwischen „happenings" und „doings" – Zustandstheoretiker interpretierten das Verhalten von Hypnotisanden hauptsächlich als Geschehnisse, Nichtzustandstheoretiker dagegen vor allem als Handlungen – könne man auch die gegensätzlichen Positionen hinsichtlich Hitlers Rolle im „Dritten Reich" interpretieren. Während eine Gruppe von Forschern das Verhältnis zwischen dem „Führer" und den Deutschen damit erklärten, dass Hitler eine außergewöhnliche Persönlichkeit gehabt oder die Propagandamaschinerie des „Dritten Reiches" sein „Charisma" produziert habe, stellten andere Forscher fest, die Deutschen hätten Hitler allerhand Fähigkeiten zugeschrieben und ihre Wünsche und Hoffnungen auf eine nicht besonders beeindruckende Figur projiziert. Im Anschluss an Sarbin erörterte Kauders diese unterschiedlichen Positionen als Versuche, die Deutschen entweder als passive Empfänger von „Charisma" („happenings") oder als die eigentlichen Hersteller von „Charisma" („doings") darzustellen. In seinen abschließenden Bemerkungen bezog sich der Redner auf Versuche innerhalb der Hypnoseforschung, die Interaktion zwischen Suggestor und seinem Adressaten als Vertrag oder Beziehung zu verstehen. Dieses sei auch für die Geschichtswissenschaft ein vielversprechender Ansatz, um den Erfolg Hitlers zu untersuchen.

Der Bremer Psychotherapeut *Björn Husmann* stellte das Wirken des bekannten Psychologen J. H. Schultz in den Mittelpunkt seiner Ausführungen. Viele Aspekte der historischen Entwicklung der Psychotherapie im 20. Jahrhundert, darunter auch der Hypnose, ließen sich besonders anschaulich an der beruflichen Vita von Schultz illustrieren, bemerkte Husmann einführend. Der Begründer des autogenen Trainings hatte bereits in den 1920er-Jahren zu den führenden Vertretern der Psychotherapie in Deutschland gehört. Daran änderte sich auch nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten nichts. Schultz, der weiterhin Hypnosetherapie anwandte und zur Hypnose forschte, wurde stellvertretender Direktor des 1936 gegründeten Deutschen Instituts für psychologische Forschung und Psychotherapie (besser bekannt unter dem Namen „Göring-Institut") sowie Oberfeldarzt der Reichsluftwaffe; er erhielt für damalige Verhältnisse ein Spitzengehalt. Husmann zeichnete ein ambivalentes Bild von Schultz im „Dritten Reich".

Obwohl eine Mitgliedschaft seitens des Psychologen weder in der NSDAP noch im nationalsozialistischen deutschen Ärztebund nachgewiesen werden könne, habe er durchaus Ideologeme der damaligen Zeit übernommen. So sei er von der genetisch bedingten Disposition bzw. „sippenbedingten Stigmatisierung" bei psychischen Störungen ausgegangen, allerdings ohne dabei die Hoffnung aufzugeben, durch Psychotherapie diese Störungen heilen zu können. Schultz begrüßte die in der NS-Zeit verschärften Maßnahmen zur sogenannten Eugenik. Er schrieb, darin ein typischer Vertreter seiner Zunft, der Arzt müsse „die Heiligkeit des Blutes und die Reinheit des Erbes sowie die Gesundheit des Volksganzen" wahren. Darüber hinaus begrüßte er die Idee, „lebensunwertes Leben" zu vernichten, damit sich die „Idiotenanstalten" „leeren". Wie Husmann betonte, beteiligten sich Schultz und die anderen Mitarbeiter des Göring-Instituts zumindest indirekt an den Selektionen des Regimes, indem sie über die Therapiefähigkeit ihrer Patienten urteilten.

Wie stand es aber um die Einstellung des Regimes gegenüber der Hypnose? Diese Frage versuchte *Uwe Schellinger* auf regionalgeschichtlicher Ebene zu beantworten. Der am Freiburger Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene wirkende Historiker schilderte die Auseinandersetzung mit öffentlichen Hypnosevorführungen in Baden. Wie seine Beispiele belegten, stellte der Aufstieg des Nationalsozialismus keinen unmittelbaren Bruch mit der Geschichte dar. Wenige Monate nach der Machtübernahme

Hitlers verbreitete das badische Ministerium des Innern, nunmehr unter Leitung des Nationalsozialisten Karl Pflaumer, einen Erlass zum Verbot der „Veranstaltung hypnotischer Experimente und Vorstellungen". Hintergrund war die Beobachtung, dass auf lokaler Ebene wieder öffentliche Vorführungen beantragt worden waren. Der Erlass bedeutete jedoch keinen Einschnitt im staatlichen Umgang mit der Hypnose. Zudem war er frei von spezifisch nationalsozialsozialistischen Inhalten. Wie Schellinger belegen konnte, übernahmen die Behörden vielmehr die Sprache früherer Verfügungen aus den Jahren 1886 und 1903, wonach die Veranstaltung hypnotischer Vorstellungen und die Vornahme hypnotischer Experimente wegen erheblicher „gesundheitlicher" und „sittenpolizeilicher" Bedenken zu verbieten seien. Der Fall des bekannten Bühnenhypnotiseurs Roberto Sylvéro wurde in diesem Zusammenhang zu einem Präzedenzfall. Obwohl dieser zunächst noch auftreten konnte, unter anderem im Rahmen der NS-Kultur- und Tourismus-Organisation „Kraft durch Freude", untersagte Anfang 1935 die Landeskriminalpolizei mit Verweis auf den ministeriellen Erlass vom 15. Mai 1933 weitere Veranstaltungen mit Sylvéro. Schellinger zufolge verschwand in den folgenden Jahren die öffentliche Präsentation der Hypnose in Baden von der Bildfläche. Schließlich kam der Referent noch auf die „Sonderaktion Heß" zu sprechen, die die Polizei und SS im Juni 1941 reichsweit durchführte, nachdem der „Stellvertreter des Führers" ohne Wissen Hitlers nach Schottland geflogen war. Die von seinem Alleingang völlig überraschte NS-Regierung fasste den Entschluss, dessen persönliche Vorlieben für alternative Medizin, Naturheilkunde und Astrologie propagandistisch auszuschlachten und Heß mit Verweis auf seine esoterischen Interessen zu diskreditieren. Goebbels ordnete an, in öffentlichen Veranstaltungen „okkultistische, spiritistische, hellseherische, telepathische, astrologische Darbietungen sowie hypnotische Experimente" zu verbieten. Die „Kontaminierung der Hypnose durch den Okkultismus-Verdacht", so Schellinger, habe für einzelne Hypnotiseure schwerwiegende Folgen gehabt, ohne dass es dabei zu einer grundsätzlichen weltanschaulichen Ablehnung der Hypnose gekommen sei.



J. H. SCHULTZ:

VORSCHLAG EINES DIAGNOSEN-SCHEMAS

Das Diagnosen-Schema[1]), über das ich Ihnen hier referieren darf, geht auf die gemeinsame Arbeit vieler Mitglieder des Instituts zurück. Anschließend an Vorarbeiten besonders von F. Boehm hat eine Kommission die Ausarbeitung durchgeführt, zu der unter Leitung von Herrn M. H. Göring die Herren W. Achelis, F. Boehm, H. von Hattingberg, E. Herzog, G. R. Heyer, W. Kemper, W. M. Kranfeld, G. Müller-Braunschweig, J. Rittmeister, J. H. Schultz und H. Schultz-Hencke gehörten. Wir haben

Wenn ich persönlich zum zweitenmal heute abend auf die Seite von Hoche treten muß, was mir sonst nicht naheliegt, dann, indem ich an die „Vernichtung von lebensunwertem Leben" erinnere und der Hoffnung Ausdruck geben darf, daß die Idiotenanstalten sich bald in diesem Sinne umgestalten und leeren werden.

Was für uns so ungeheuer wichtig und für die von der psychologisch-pädagogischen Seite kommenden Menschen so schwer ist, ist folgendes: So festgelegt wie diese primitiven Idioten in ihren untertierischen Reactionen sind (sie grunzen, schmatzen, lassen Kot und Urin unter sich), so festgelegt sind auch bestimmte Formen allgemeiner psychischer Degeneration. Diese Menschen nennen wir in unserem Arbeitskreis Psychopathen. Das sind die erblich degenerativen, die erblich entarteten Psychopathen. Wir dürfen diese als seelische erbliche Mißbildungen bezeichnen und sind ihnen gegenüber im eigentlichen Sinne psychotherapeutisch völlig machtlos. Das dürfen wir gerade in unserem Arbeitskreis mit voller Sicherheit sagen.

Es gibt selbstverständlich auch hysterische Persönlichkeiten; diese sind ganz anders zu werten; aber es gibt ganz zweifellos diesen erblich-degenerativen, psychopathischen, unheilbaren hysterischen Typ. Meistens scheint es sich hier um eine sehr stark durchschlagende Vererbung zu handelt. Die wenigen Fälle, wo ich dies Todesurteil in Form einer Diagnose gestellt habe, zeigten das deutlich;

aus: Schultz, J. H. (1940). Vorschlag eines Diagnose-Schemas. Nach einem Referat vom 21. und 28.02.40 mit anschließender Aussprache im Deutschen Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie. *Zentralblatt für Psychotherapie*; 12 (2/3), 97-161

Auszug aus Björn Husmanns Vortrag über J. H. Schultz

Burkhard Peter, Gründungsvorsitzender der Milton Erickson Gesellschaft, wollte gerade diese Frage noch einmal grundsätzlich stellen: „Hatten die Nazis etwas gegen Hypnose?" lautete der Titel seines Beitrags. Ausgangspunkt seiner Erörterungen war die Vermutung, die nationalsozialistischen Machthaber hätten womöglich sowohl die Hypnose als auch die Suggestion unterdrückt, um zu verschleiern, dass sie auf diesen Gebieten selbst „Meister" gewesen seien. Im Verlauf seiner Ausführungen kam Peter aber zum gleichen Ergebnis wie sein Vorredner: Von einer generellen Ablehnung der Hypnose nach 1933 könne keine Rede sein. Zwar habe die Auseinandersetzung mit dem Okkultismus zur Verfolgung einzelner Bühnenhypnotiseure geführt, weil nicht nur die Nationalsozialisten eine Verbindung zwischen hypnotischen und okkulten Praktiken herstellten. Aber solange die Hypnose, wie im Fall des Heidelberger Neurologen Ludwig Mayer, medizinischen Zwecken diente und es nicht zur Ausübung durch Laien kam, habe es für das Regime keinen Grund gegeben, die Hypnose zu verbieten. Das beste Beispiel hierfür sei die Behandlung von Patienten am Göring-Institut gewesen, wo über vierzig Therapeuten regelmäßig Hypnose anwandten, unter ihnen, wie bereits erwähnt, J. H. Schultz.

In der anschließenden, sehr lebhaft geführten Diskussion bezogen zahlreiche Zuhörer das Thema der Veranstaltung auf die heutige politische Lage. Wie könne man, fragten sie, Männern wie Donald Trump Einhalt gebieten, wenn diese mit Hilfe der Suggestion Hunderttausende hinters Licht führten? Auch wenn die Referenten teilweise das genaue Gegenteil behauptet hatten – der Nationalsozialismus sei keine Manipulation von oben gewesen, zur Hypnose gehöre die aktive Beteiligung der Hypnotisanden, das „Dritte Reich" habe die Hypnose nicht eingesetzt – meinten viele im Publikum, die Macht des Hypnotiseurs müsse als außerordentlich groß eingeschätzt werden. Diese Vermutung, in der Hypnoseforschung längst widerlegt, ist vielleicht damit zu erklären, dass viele Mediziner und Zahnärzte die Hypnose nicht als Zusammenspiel erleben wie in der Psychotherapie, sondern sie vornehmlich als Mittel zum Zweck anwenden, um dissoziative Zustände vor bestimmten Eingriffen hervorzurufen. Möglicherweise nehmen sie den Einfluss der Suggestion deswegen anders wahr als es in therapeutischen oder politischen Kontexten der Fall wäre. Die Beiträge des Symposiums sollen in der nächsten Ausgabe der *Hypnose-ZHH* erscheinen.

6. Weltkongress für Ego-State-Therapie vom 19.-25. 02.2016 in Südafrika

Hakuna matata

Ein Erlebnisbericht von Veit Meßmer

Südafrika: das Land mit den ältesten Funden menschlicher Geschichte, das Land des goldenen Lichtes, der ursprünglichen, kraftvollen, wilden Natur, Lebensraum ehrfurchteinflößender Tiere und Menschen – ein idealer Ort für einen Hypnosekongress, wie ich ihn noch nie erlebt habe.

Empfang in der Kongresslodge von Mabula

Am Abend mit Consuelo Casula und Claude und Marie Virot

Der Ego-State-Weltkongress wurde von Woltemade Hartman initiiert und fand bisher meist abwechselnd in Deutschland und Südafrika statt. Dieser 6. Kongress nun tagte in den ersten fünf Tagen im Nationalpark Mabula und wurde an zwei weiteren Tagen in Stellenbosch fortgesetzt. Mabula ist Afrika im Kleinen: der Mensch in einer Enklave, der Lodge, umgeben von einsamer Buschsavanne, soweit das Auge reicht, diese belebt von verschiedensten Tieren, auch den „big five". Stellenbosch ist eine Universitätsstadt im herrlichen Weinbaugebiet bei Kapstadt. Die beiden Kongressblöcke können auch separat gebucht werden, wer jedoch einmal in Südafrika ist, sollte sich keine der beiden Facetten entgehen lassen.

Impressionen

Doch zurück nach Mabula: Nachdem wir die Hochsicherheitszäune zum Wildreservat passiert hatten, fühlte ich mich wie in einer anderen Welt, ähnlich wie im Film „Jurassic Park". Eine Woche lang würden wir uns hier, umgeben von Savanne und Wildtieren, aufhalten, interessante Kurse besuchen und großartige zwischenmenschliche Erfahrungen machen können.

Sofort nach dem Einchecken begann die erste Safari. Jeden Tag – um 6:30 und um 17 Uhr – wurde eine Tier- und Landschaftsbeobachtung durchgeführt. Dazwischen fanden Workshops und Seminare statt. Safeplace, Traum und Anspruch hypnotischen Erlebens verschmolzen zu einer Dauertrance, ein emotionales Highlight jagte das andere. Die Kongressteilnehmer waren euphorisch und erlebten tiefste Begegnungen mit der Natur und miteinander. Bereits die erste Safari war unbeschreiblich: Direkt vor der Lodge lungerte eine Gepardenfamilie herum und wollte dem Safarijeep kaum den Weg freigeben. Am endlosen Himmel zogen plötzlich dunkle Wolken auf. Es begann zu regnen, und im Regen stand unvermittelt eine Nashornherde direkt neben uns im Gras und sättigte sich an dem

frischen Grün. Fünf Minuten später hörte der Regen auf, ein gewaltiger Regenbogen strahlte im sonnigen Licht auf und tauchte die Landschaft in ein warmes, buntes Abendlicht. Badende Nilpferde, Schakale, Löwen, grasende Giraffen, schlecht gelaunte Elefanten, Zebras, Affen in den Bäumen oder einfach nur Warzenschweine: Ständig begegneten uns Tiere und das Auge wurde des Schauens nicht müde.

Im Jeep saß man mit Kolleginnen und Kollegen aus der ganzen Welt zusammen. Neue Kontakte wurden geknüpft und alte vertieft. In zahlreichen Ländern beobachten viele interessiert die Entwicklung der DGZH, ist sie doch neben der MEG die größte Hypnosegesellschaft der Welt. Es ist eine Ehre, dazuzugehören.

Inspirationen

Ein stimmgewaltiger Chor, dessen Gesang die ganze Kongresshalle ohne Mikrofone ausfüllte, eröffnete die Tagung. Die Rhythmen, die bunten Kleider und die sich zur Musik wiegenden Körper waren ein Genuss für Ohren und Augen. Als einziger eingeladener Zahnarzt referierte ich auf dem Kongress über den Einsatz von Hypnose und Ego States in der zahnärztlichen Praxis. Die meisten Teilnehmer waren Psychotherapeuten und Ärzte. Zahnärzte haben für ihre Behandlungen Interventionen entwickelt, die rasch und sicher wirken. Die Effekte sind direkt an den Reaktionen des Patienten ablesbar. Durch den Erfahrungsschatz an schnellen Techniken haben Zahnärzte den Psychotherapeuten und Ärzten viel zu sagen und einen besonderen Blickwinkel auf hypnotisches Agieren. Umgekehrt haben auch wir viel von Psychotherapeuten gelernt und sollten im Dialog bleiben, denn dort ruht ein Fundament unseres Wissens. Mit großem Interesse verfolgten die Kollegen, wie zielführend Hypnose im zahnärztlichen Alltag eingesetzt wird.

Claude und Marie Virot auf Safari

Gemeinsamer Spaziergang in Stellenbosch

Und umgekehrt, was konnten Zahnärzte lernen? Vieles! Susanne Leutner und Elfie Cronauer demonstrierten im Kurs „Heilsame Netzwerke: EMDR und Ego States" eine Kombination beider Therapieformen. Problemsituationen sind mit anderen Zuständen wie Ressourcensituationen verknüpft. Leutner und Cronauer zeigten in einer Livedemonstration an einer Frau mit Sprechblockade, wie ressourcenreiche Zustände in eine negative Konstellation übertragen werden, sodass für die Problemsituation das Netzwerk des Lösungszustandes verfügbar wird. Diese Frau war nach beschämenden beruflichen Feedbacks gehemmt und konnte nicht mehr sagen, was sie wollte. Durch Timeline-Arbeit wurden eine Ressourcensituationen im Alter von 28 Jahren und eine mit 12 Jahren reaktiviert, in beiden brillierte sie als Sängerin. Der Ressourcentransfer versöhnte sie mit der beschämenden Situation und selbst die Demonstrationssituation vor Publikum wurde zu einem Erfolg für die Probandin.
EMDR verändert den Speicherort und die emotionale Komponente traumatischer Ereignisse. Ursprünglich wurde dazu nur eine bilaterale Stimulation über Augenbewegungen genutzt. Heute weiß man, dass auditive und kinästhetische Stimuli die gleiche Wirkung haben. Dies hilft beispielsweise Menschen mit Augenproblemen.

Blick vom Kongresshotel auf die Berglandschaft um Stellenbosch

Blick zurück entlang der Küste der Kap-Halbinsel auf dem Weg nach Süden

Beim Butterflygriff überkreuzt der Klient seine Arme und beklopft die eigenen Schultern. Die Selbststimulation macht ihn zum Akteur, er kann etwas tun und das bringt ihn aus traumatischen Erinnerungen zurück in seinen Körper und ins Hier und Jetzt. Selbstwirksamkeit ist ein beruhigendes Gegenmittel zur Opfererfahrung.
Julie Linden, Altpräsidentin der ISH, hielt den Keynotevortrag über das Heilen der Wunden von Frauen mit Gewalterfahrung. Offene und heimliche Übergriffe gegen Frauen sind ein weltweites Problem. Linden meinte, dass Frauen deshalb oft Opfer würden, weil sie still und zurückhaltend seien. „Stille und Unsichtbarkeit gehen Hand in Hand mit Machtlosigkeit." Sie empfahl Menschen, die von anderen beherrscht oder verletzt werden, ihre Stimme laut und klar zu nutzen, denn in ihr liege Macht.
In seinem spannenden Workshop über Hypnose und Medizin zeigte Bernhard Trenkle mit einer Geschichte, wie Hypnose körperliche Heilungsvorgänge befördern kann. An einer Seminarwoche der MEG Rottweil und Lodz im polnischen Kloster Wigry nahm eine Frau teil, die seit zwei Jahren einen chronifizierten Riss der Hornhaut hatte und deshalb mehrfach in Kliniken war. Eines Abends bekam sie eine akute und extrem schmerzhafte Entzündung des rechten Auges. Da Wigry abgeschieden auf einer Halbinsel liegt, war eine ärztliche Behandlung nicht möglich und Trenkle wollte wenigstens ihre Schmerzen hypnotisch lindern. Die Frau berichtete, dass sie im Halbschlaf das entzündete Auge oft reibe, was schädlich sei. Sie wollte am nächsten Morgen abreisen. Direkt vor dem Einschlafen induzierte Bernhard eine Trance mit Worten wie diesen: „Es gibt im Körper immer einen Punkt, an dem man sich am wohlsten fühlt, und mit jedem Einatmen wird sich dieser Punkt allmählich im ganzen Körper ausbreiten und mit jedem Ausatmen wird jeglicher Schmerz, der medizinisch keine Relevanz hat, durch den rechten Arm abfließen. Wann immer in der Nacht sich der rechte Arm meldet, um am Auge zu reiben, wird sich anstatt dessen der linke Arm melden, wird sanft das gesunde Auge berühren, denn

das ist das Modell für ein gesundes Auge. Im Übrigen ist auch im rechten Auge das Gedächtnis gespeichert, wie ein gesundes Auge funktioniert und organisiert ist. Und wie fühlt es sich an, wenn in das Auge Bepanthensalbe kommt?" Und er wandte noch weitere aus der Not geborene Suggestionen an. Am nächsten Tag kam die Frau zum Frühstück: Alles war überraschend wundersam geheilt. Er fragte sie: „An was erinnerst du dich noch von gestern Abend?" Sie strich sich mit der linken Hand über das linke Auge und konnte sich an nichts mehr erinnern. Sie war dauerhaft geheilt.

Die brasilianische Traumatherapeutin Sonia Gomes, eine führende Vertreterin von Somatic Experience, hielt den faszinierenden Workshop „Touch & Embodiment". Sie geht davon aus, dass Traumen auch somatisch gespeichert sind und dass im körperlich reaktivierten Zustand der traumatischen Situation auch Neucodierung und Heilung möglich sind. Sie demonstrierte dies eindrucksvoll bei einer Teilnehmerin, die Opfer eines bewaffneten Raubüberfalles geworden war. Durch die Intervention verlor die Frau ihre Ängste und Albträume und entwickelte ein gesundes neues Lebensgefühl.

Viele Patienten haben traumatische Erlebnisse mit Zahnärzten gemacht, auch Zahnärzte haben traumatische Erlebnisse mit Patienten. Es war mir eine große Freude, Sonia Gomes für die DGZH-Jahrestagung 2018 in Berlin gewinnen zu können. Sie wird wahrscheinlich das DGZH-Spezial halten.

In seinem Festvortrag beschrieb Woltemade Hartman, der eine 25-jährige Hypnoseausbildung hat und Schüler der Ego-State-Begründer John und Helen Watkins ist, eindrucksvolle Fälle aus der Kombination beider Verfahren. Leider gehört Gewalt in Südafrika zur Tagesordnung, sodass Hartman hier über einen großen Erfahrungsschatz verfügt. Eine der erstaunlichsten Fallgeschichten aus seinem Vortrag kann man im Buch seiner Klientin Mia Roth „Überleben durch Vergessen" nachlesen. Mia Roth ist eine Geschichtsprofessorin deren unglaubliche Lebensgeschichte über Hypnose aus der Amnesie auftaucht.

Willkommen in Afrika!

Der zweite Kongressteil in Stellenbosch wurde von einer Sängerin eröffnet, und als sie den „Pata Pata Song" sang, tanzten alle. Eine Tagung, bei der alle Teilnehmer zu Beginn tanzen! Was soll man dazu noch mehr sagen?

Consuelo Casula, die amtierende Präsidentin der ESH, hielt einen spannenden Vortrag über die Therapie von Frauen, die Kinder abgetrieben haben. Schuldgefühle und Sprachlosigkeit durch Tabuisierung belasten die Betroffenen oft lebenslang. Zentral erschien Casula eine gesunde Balance zwischen Abstand und Nähe. Zur Illustration erzählte sie Schopenhauers Parabel der Stachelschweine: Rücken sie zu weit voneinander weg, frieren sie in der Kälte. Kommen sie sich zu nah, verletzen sie sich gegenseitig. Ein wohltuender Abstand gehört zur Kunst der Beziehung.

Der Kongress in Südafrika ist für mich einer der schönsten und beeindruckendsten gewesen, den ich je erlebt habe. „Hakuna matata", das bedeutet: „Es gibt keine Probleme", die man nicht lösen könnte … Welcome to Africa!

Fotos: Veit Meßmer

Sonia Gomes in ihrem Workshop „Touch & Embodiment"

Momentaufnahme aus dem Workshop mit Woltemade Hartman

Internationaler Kongress für Hypnose und Kommunikation auf Gozo 2016

Wer sucht, der findet!

Ein Erfahrungsbericht von Mareen Scharf

Wer oder was ist Gozo? Eine berechtigte Frage! Die Antwort ist recht unspektakulär: Gozo ist eine kleine Nebeninsel von Malta. Hier findet in diesem Jahr zum vierundzwanzigsten Mal eine nicht ganz typische Fortbildungswoche für hypnosebegeisterte Ärzte, Zahnärzte und Psychologen statt – das zweite Mal unter der Organisation von Barbara Beckers-Lingener und Lothar Beckers. Wer einmal da war, kommt immer wieder, und so sind auch in diesem Jahr viele bekannte Gesichter anzutreffen.

Wie in jedem Jahr stehe ich vor dem Dilemma: An welchem der vielen Kurse nehme ich teil? Das Angebot ist facettenreich, die Kurse spannend. Weil wenig Zeit für die faszinierende Natur von Gozo bleibt, reise ich diesmal einen Tag vor Kongressbeginn an. Und ich werde mit einem wunderschönen Tag in der Natur, fangfrischen Meeresfrüchten, viel Sonne und der ausgleichenden Energie dieser Insel belohnt. Entspannung pur!

Am Abend trifft das Organisationsteam ein: Barbara und Lothar, Sabine und Jan Rienhoff, Nathalie und Mark Schmidt und ein paar mehr liebe Menschen. Beim gemeinsamen Abendessen erzählen wir spannend und lustig alte und neue Geschichten, es ist wie zu Hause anzukommen – die Gozo-Familie trifft sich.

Nach einem erholsamen Folgetag gibt es abends das erste offizielle Get-together. Alle Anwesenden stellen sich kurz vor und dann beginnt ein reger Erfahrungsaustausch zwischen den neuen und den alten Hasen, eine umfassende Rückschau und eine Vorschau auf die kommende Woche.

Bei der Eröffnungsveranstaltung am folgenden Tag stellen sich die Referenten vor und Albrecht und Gudrun Schmierer geben einen kurzen Überblick auf ihre hypnotischen Veranstaltungen und Pläne. Nachdem mein Focus letztes Jahr auf einer fachlichen Fortbildung lag, steht für mich in diesem Jahr das Thema Selbstentwicklung im Vordergrund. Also sind meine favorisierten Kurse „Ein Tag in Achtsamkeit" und „Aquatic Hypnotherapy" bei Yossi Adir. Außerdem ein Konzept für Angstpatienten von Roger Barz, Hyperventilation und Interferenz bei Karl Josef Sittig und wie im letzten Jahr ein Kurs zur Applied Kinesiology mit Frank Bittmann. Erstaunlich, wie kurzweilig Mark C. Schmidt und Roger Barz das Thema Internetpräsentation behandeln. Ein trockenes Thema, das sie praxisnah und auch für nicht an Technik Begeisterte wie mich spannend vorstellen.

An den Abenden sorgen Gerhardt Schütz und Petra Steuer mit lustigen Übungen und einem Quiz zu optischen Täuschungen für Unterhaltung. Und Gaby Golan unterhält uns mit Filmen über Lachtrancen und kleinen Anekdoten aus seiner langjährigen Praxiserfahrung.

Zum Kongressabschluss wähle ich ein Kinderhypnose-Seminar bei Barbara – erfrischend, leicht und voll Informationen und Tipps im Sekundentakt. Leider habe ich den Zauberkurs von Heiko Rehe verpasst. Während wir über Homepages und Facebookseiten sprechen, klingen lautes Lachen und begeistertes Johlen aus dem Nebenraum. Ein deutliches Zeichen für Spaß!

Besonders die Kinder sind hellauf begeistert, nicht nur beim Zaubern. Mit dem Kinderprogramm, etwa dem Englischkurs und der Mittagstrance von Constantin Beckers, ist auch für die Minis gesorgt, die immer wieder lachend durch alle Räume düsen. Die Eltern können von Glück reden, wenn sie ihre Kinder bei den Mahlzeiten sehen, so beschäftigt sind die Kleinen.

Wer Entschleunigung und Stressabbau sucht, ist bei den Mittagstrancen gut aufgehobenen. Ich habe leider die spannendste verpasst: Der „alte Schwede" Berne Erlandsson, Gaby Golan aus Israel, Eliza Paterok aus Polen und Heiko Rehe mit seiner Brummelstimme haben mit ihren mehrsprachigen, ruhigen Geschichten jeden verzaubert.

Unser Mittagessen in Stille war ein besonderer Genuss. Von den Teilnehmern der anderen Kurse argwöhnisch beobachtet, machten wir die Rosinenmeditation aus der Mindfulness Based Cognitive Therapy. Wie köstlich kann eine Rosine sein, die mit allen fünf Sinnen bewusst wahrgenommen wird! Nicht zu vergessen ein Abendessen, bei dem die Tischnachbarn durch das Los bestimmt werden. So bricht das letzte Eis zwischen alten und neuen Teilnehmern. Und dann, wie an jedem Abschlussabend, eine gedankliche Rückschau in fröhlicher Gelassenheit.

Auch nach meinem vierten Gozo bin ich neugierig auf das nächste Jahr, auf neue Begegnungen, Erfahrungen und Methoden. Das Motto für Gozo 2017 lautet: „Ich tue, was ich liebe." Es wird endlich wieder einen Vorkongress geben, der uns alle ankommen lässt, und einen Nachkongress für die besonders Fleißigen. Erstmalig und sehr innovativ ist der parallel stattfindende Kinderkongress. Ich bin sehr gespannt auf die Workshops von Hub van Wees und Jaap Veerkamp als Referenten für Kinderzahnheilkunde. Infos finden sich auf der Homepage www.allesgozo.de. Über den dort kostenlos bestellbaren Newsletter kann man alle Neuigkeiten regelmäßig per E-Mail erhalten. Meine Anmeldung für nächstes Jahr liegt schon längst in Lothars Mappe!

Foto oben: Thomas Lawrenz, Fotoreihe unten: Heiko Rehe

ÖGZH-Pflingstklausur 2016 in Pöllauberg

Schamanische Begegnung

Eine Momentaufnahme von Eberhard Brunier

Jedes Jahr treffen sich an Hypnose interessierte Ärzte und Zahnärzte aus Österreich, die in der ÖGZH organisiert sind, zur Pfingstklausur. Längst ist diese Fortbildungswoche der etwas anderen Art auch in Deutschland zu einem Geheimtipp geworden. Wissenschaftliche Seminare, querdenkende Referenten, ein wunderbarer Galaabend und das fast private, familiäre Treffen der Teilnehmer lassen diese Klausur zu einem Hypnose-Highlight werden.

Dieses Mal gelang es dem Präsidenten der ÖGZH, Allan Krupka, den Schamanen Tamang Dhan Singh und die Söhne des verstorbenen Schamanen Mohan Rai, Shiva Rai und Subin Rai, nach Pöllauberg einzuladen. So konnten die staunenden Seminarteilnehmer ein wenig in die schamanistische Welt eintauchen. Allan und ich kennen die Schamanen von vielen Reisen in dieses Land. So hoffe ich, man wird mir, dem „alten Nepalesen", verzeihen, wenn ich hier von diesem ganz besonderen Event berichte und die anderen hervorragenden Referenten der Pfingstklausur hintanstelle. Vielleicht gelingt es mir anhand dieses Ausschnitts, auch den „Geist" der Pfingstklausur zu beschreiben.

Shiva und Subin Rai haben den Auftrag angenommen, das Wissen ihres Vaters Mohan weiterzugeben. Der erfahrene Schamane Tamang hilft ihnen, den Weg zu beschreiten. Sie trommeln zu dritt, rufen die Götter und Geister und bitten die Helfer der Ober- und Unterwelt, den Raum der Heilung zu betreten.

Tamangs imposante Erscheinung – weißer Rock, weiße Bluse, geflochtenes Stirnband in gelb, rot und blau, Fasanenfederschmuck, Schellenglocken vor der Brust – und die riesige Trommel in seiner Hand erreichen unsere Heilung suchenden Gefühle. Vor den drei Schamanen steht ein kleiner Altar. Er besteht aus einem Korb, der mit Reis gefüllt wurde. In ihm stecken ein Gurka-Messer (Gurka ist ein Volksstamm in Nepal), eine Bronzefigur Shivas, dem Weltenerneuerer, Federn von Milanen und Adlern, Räucherstäbchen sowie das Schamanengefährt, das Phurba, ein dreigeteilter „Keil", der die Ober-, Mittel- und Unterwelt symbolisiert und mit einem Krafttier an der stumpfen Spitze versehen ist.

Sie singen und trommeln immer lauter und heftiger. Tamang, Shiva und Subin fallen in tiefe Trance. Jetzt endlich haben sie die Erlaubnis des alten Ban Jhankri, des Urvaters aller Schamanen, Heilungsrituale vorzunehmen. Und viele von uns Anwesenden finden Trost, lassen sich von dem fremdartigen Wissen begleiten.

Die 18. Pfingstklausur der ÖGZH fand in Pöllauberg statt - im schönen Hügelland der Steiermark. 102 Personen nahmen an der Veranstaltung teil und hatten die Wahl zwischen 30 Workshops und Vorträgen die von insgesamt 22 Referenten angeboten wurden.
Weil es ein besonderes Anliegen der Pfingstklausur ist, das oftmals vorhandene Unverständnis und die Barrieren zwischen der Schulmedizin und den komplementären Methoden zum Wohle der Patienten abzubauen, waren auch in diesem Jahr wieder autenthische traditionelle Schamanen dabei.
Die nächste Pfingstklausur der ÖGZH findet von Donnerstag vor Pfingsten (1. Juni 2017) bis Dienstag nach Pfingsten (6. Juni 2017) statt - dieses Mal in Puchberg am Schneeberg.

Dann wird das große Feuer entzündet und Allan in das Ritual eingebunden. Tamang und all die anderen tanzen, trommeln und umrunden das Feuer. Tamangs weißer Rock schwingt im Schein des himmlischen Feuers. Hoch lodernd nimmt es unsere Wünsche und Bitten auf.
Fröhlich lachende Pfingstklausurteilnehmer!
Danke Tamang, Shiva und Subin!
Danke Allan, Namaste!

Fotos: Eberhard Brunier

Lust auf Schreiben?

Wir möchten Sie, liebe Leserinnen und Leser, dazu anregen, sich an der inhaltlichen Gestaltung der DZzH zu beteiligen.
Sie können z. B. über einen interessanten Behandlungsfall berichten, einen Artikel zu unserem nächsten **Schwerpunktthema „Kinder"** schreiben oder uns einen hypnotischen Textauszug für die **Fundgrube** schicken.

Wir sind auch neugierig auf Ihre Antworten auf unsere neue **Zwischenfrage**: „Machen Frauen eine andere Hypnose als Männer?"

Bitte senden Sie Ihre Beiträge an die Redaktion unter *dzzh-redaktion@dgzh.de*. Wir freuen uns darauf!
Die Redaktion

Sie sind Mitglied der DGZH?
Dann könnte hier auch Ihre Anzeige stehen.

Dr. Thomas Wolf
Präsident DGZH e. V.

wolf@dgzh.de

Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

der DGZH-Vorstand hat sich in den letzten Monaten an die Arbeit gemacht, die dringend notwendigen Strukturreformen zu formulieren und anzupacken. Wir differenzieren hierbei zwischen kurzfristigen, mittel- und langfristigen Zielsetzungen, um unsere DGZH im zahnmedizinischen, medizinischen und psychologischen Bereich zukunftsfest und nachhaltig zu positionieren. Ende Mai haben wir aus diesem Grunde ein komplettes Arbeitswochenende in Frankfurt verbracht. Auf der Agenda stand vor allem die Fortbildungsstruktur. Aufgrund teilweise stagnierender und rückläufiger Teilnehmerzahlen in sonst stark frequentierten Ausbildungsregionen ist eine Umstrukturierung erforderlich geworden. Dabei ist die von manchen Mitgliedern bekundete Sorge, das altbewährte, jahrelang erprobte und vielfach erfolgreich durchgeführte Z-Curriculum sei „Auslaufware", unbegründet.

Grundsätzlich geht es bei der Neustrukturierung darum, die verstärkte Nachfrage nach einer zunächst verkürzten Basisausbildung zu bedienen, die anschließend weiter ausgebaut werden kann. Dabei wurde auch das bestehende Z-Curriculum in unsere Überlegungen mit einbezogen. Bereits die ersten Arbeiten im Frühjahr 2015 zur Neuordnung des Z-Curriculums gingen in diese Richtung und müssen fortgeführt werden.

Sei es das rein zahnärztliche Curriculum, das letztlich mit dem Zertifikat „Zahnärztliche Hypnose und Kommunikation" abschließt, oder das neue Curriculum für Zahnärzte und Ärzte, das mit dem Zertifikat „Therapeutische Kommunikation und medizinische Hypnose" abschließt – in der Diskussion herrschte Konsens darüber, dass in jedem Fall wie bisher 6 Kurswochenenden plus Supervisionen erforderlich sind, um eine Zertifizierung der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose e. V. zu erreichen.

Die neuen Aufbaukurse, die das 3-teilige Basiscurriculum ergänzen, können verschiedene Themengebiete abbilden und sind nicht an eine Regionalstelle gebunden, sondern können individuell je nach gewünschter Spezialisierung besucht werden. Dies bietet jedem Teilnehmer die Option, in den Genuss mehrerer Trainer zu kommen, was zu neuen Erfahrungen führen kann. Einige Aufbaukurse wurden bereits vom Vorstand in das Programm aufgenommen. Alle Trainerinnen und Trainer sind herzlich dazu eingeladen, weitere Aufbaukurse mit Titel und Abstract einzureichen. Eine entsprechende Anfrage haben die Trainer bereits aus der Geschäftsstelle erhalten.

Ein weiterer Schwerpunkt, dem sich der Vorstand neben den Strukturreformen gewidmet hat, ist die Mitgliederbindung bzw. -gewinnung. Hierzu möchte ich schon an dieser Stelle ankündigen, dass nach der Sommerpause und der Jahrestagung in Berlin eine Umfrage gestartet wird, die die aktuellen Interessen und Wünsche unserer Mitglieder erfragt und es uns ermöglicht, unsere Handlungsstrategie weiter anzupassen und auf diese Bedürfnisse auszurichten.

Mit dem Infostand war die DGZH unterwegs, um das Interesse für zahnärztliche Hypnose in der Studentenschaft zu wecken. Auf der Bundesfachschaftstagung (BUFATA) im Sommer 2016 konnten wir die neuen studentischen Curricula bewerben, die in Olpe und Rostock/Greifswald geplant sind. Die Präsenz auf solchen Tagungen ist jedoch nicht ausreichend, um die Studierenden zu erreichen und für die Hypnose zu begeistern. Deshalb planen wir in der Zukunft die Kontakte zu den Universitäten weiter auszubauen.

Sehr erfreulich ist, dass wir für die Regionalstelle Berlin/Brandenburg, deren Leitung von Horst Freigang gekündigt wurde, ab dem 1.1.2017 eine Nachfolge gefunden haben. Nach der vom Vorstand initiierten öffentlichen Ausschreibung der Regionalstelle Berlin/Brandenburg, wird Dr. Jeannine Radmann deren Leitung übernehmen. Wir wünschen ihr viel Erfolg und Freude bei dieser neuen herausfordernden und spannenden Tätigkeit. An dieser Stelle möchte ich Dr. Horst Freigang für seine engagierte und erfolgreiche Arbeit als Regionalstellenleiter danken.

Eine weitere Neuigkeit kann ich für die Jahrestagung in Berlin ankündigen: Wir konnten „Auditorium Netzwerk" dafür gewinnen, für unseren Kongress aktiv zu werden, sodass Seminare mit Zustimmung des Referenten offiziell aufgenommen und im Anschluss an die Veranstaltung in Form von CDs und DVDs erworben werden können. Für viele ein gewohnter Service bei Kongressen.

Wir freuen uns sehr auf die Jahrestagung in Berlin, bei der die Besucher wieder viele Kolleginnen und Kollegen treffen, sich austauschen und neue Impulse für die Praxis und das persönliche Leben gewinnen können.

Etliche Prozesse der Umstrukturierung sind durch unseren Vorstand in der Gesellschaft bereits angestoßen, weitere werden zeitnah folgen. Nur so können wir wieder zusammenführen, was zusammengehört, und eine Gemeinschaft sein, in der sich jeder aufgehoben fühlt, der es möchte. Auch eine Gesellschaft wie die DGZH lebt von offenen Debatten. Packen wir die anstehenden Herausforderungen gemeinsam an, schaffen wir Mehrwerte! Ich lade Sie dazu ein, mitzudiskutieren und die Zukunft der DGZH selbst mitzugestalten.

Ihr/Euer

DGZH-Nachrichten kompakt

Neue Aufbaukurse

Als Ergänzung zum neuen 3-teiligen Basis-Curriculum „Therapeutische Kommunikation und medizinische Hypnose", das sich an Zahnärzte und Ärzte richtet, wurden nun die ersten Aufbaukurse anerkannt. Diese dienen der Vertiefung und Spezialisierung von erworbenen Kompetenzen und sind auch Teilnehmern zugänglich, die im Rahmen anderer Kurse Grundkenntnisse in Erickson'scher Hypnose erworben haben. Mehr hierzu unter www.dgzh.de/ausbildung. Der Pool von Aufbaukursen soll sukzessive erweitert werden. Entsprechende Vorschläge können DGZH-Trainer in der Geschäftsstelle einreichen.

Hypnose-Kongress Berlin

Nach dem Kongress ist vor dem Kongress! Die vorliegende Ausgabe der DZzH erscheint kurz vor dem Kongress 2016 und schon laufen erste Planungen für 2017. Ankündigen möchten wir bereits jetzt das DGZH-Spezial mit Daniel P. Kohen, einem Meister der Kinderhypnose.

Neues von den Regionalstellen

Dr. Horst Freigang hat im Frühjahr 2016 den Regionalstellen-Vertrag mit der DGZH zum Ende 2016 gekündigt und seine Tätigkeit als Regionalstellenleiter eingestellt. Als Trainer ist er insbesondere im Z-Curriculum weiterhin aktiv. Die Ausschreibung der Regionalstelle Berlin/Brandenburg erfolgte im Juli 2016 und wir freuen uns, dass Dr. Jeannine Radmann, selbst Trainerin und Zahnärztin in eigener Praxis in Berlin, mit Wirkung zum 1.1.2017 die Regionalstelle Berlin/Brandenburg übernimmt. Die ersten Termine – insbesondere für das Helferinnen-Curriculum – sind bereits veröffentlicht.

Es ist dem Vorstand ein besonderes Anliegen, die Kommunikation und Kooperation mit den Regionalstellen und der Regionalstellen untereinander wieder mehr zu aktivieren. Dazu wird nicht nur eine umfassende Regionalstellenkonferenz angeregt, sondern auch darüber nachgedacht, dieser Konferenz innerhalb des Vereins mehr Kompetenzen einzuräumen, was die Ausbildung angeht, die ja letztlich von den Regionalstellen organisiert und durchgeführt wird. Erste intensive Gespräche wird es im September in Berlin geben.

Neues aus dem Trainerbereich

Im Zuge der laufenden Maßnahmen zur Neustrukturierung wird es zukünftig auch im Trainerbereich eine Konsolidierung geben. Trainer, die laufend und intensiv die zertifizierten DGZH-Kurse unterrichten, sollen auch mehr Mitspracherecht im Bereich Ausbildungsentwicklung erhalten und dort stärker integriert werden. Gleichzeitig ist zu prüfen, ob DGZH-Trainer weiterhin als solche gelistet werden, wenn es in den letzten Jahren keinerlei Trainertätigkeit gab. Um diese Themen zu lösen, wird es neben Gesprächen eine Neudefinition von Rechten und Pflichten sowie eine Trainerumfrage geben.

Wissenschaftspreis 2016

Leider wird in diesem Jahr kein Wissenschaftspreis vergeben, da es keine Bewerbungen gab, die vom Wissenschaftlichen Beirat als preiswürdig eingestuft wurden.

Mitgliederumfrage

In enger Zusammenarbeit mit dem Vorstand wurde in der Geschäftsstelle eine Online-Umfrage für Mitglieder entwickelt, zu der wir im Herbst aufrufen werden. Ganz bewusst möchten wir diese Umfrage nach der Sommerpause und nach der Mitgliederversammlung 2016 starten, um möglichst viele Mitglieder zur Beteiligung zu motivieren. Die DGZH-Mitglieder finanzieren durch ihre Beiträge die gemeinnützige Arbeit des Vereins – ihre Meinung ist uns wichtig!

Öffentlichkeitsarbeit am Infostand

Im Juni 2016 war die DGZH mit ihrem Infostand auf der BUFATA in Erlangen. Hier wurden die beiden studentischen Curricula beworben, die im Herbst 2016 in Olpe und Rostock/Greifswald stattfinden werden. Ein besonderer Dank gilt Carla Kozmacs und Uwe Rudol, die mit einem Workshop die Studenten für das Thema Hypnose begeisterten.

Die nächsten Auftritte des DGZH-Infostands sind am 11./12. November 2016 beim Deutschen Zahnärztetag in Frankfurt sowie am 2. Dezember 2016 beim Thüringer Zahnärztetag in Erfurt.

Werden Sie DZzH-Autor!

Wir möchten Sie, liebe Leserinnen und Leser, dazu anregen, sich an der inhaltlichen Gestaltung der DZzH zu beteiligen. Berichten Sie z. B. über einen interessanten Behandlungsfall, schreiben Sie einen Artikel zu unserem nächsten Schwerpunktthema „Kinder" oder schicken Sie uns einen hypnotischen Textauszug für die Fundgrube. Wir sind auch neugierig auf Ihre Antworten auf unsere neue Zwischenfrage: „Machen Frauen andere Hypnose als Männer?" Bitte senden Sie Ihre Beiträge an die Redaktion unter dzzh-redaktion@dgzh.de. Wir freuen uns darauf!

Mitglieder-News unter www.dgzh.de

Der geschützte Mitgliederbereich hält Sie immer auf dem Laufenden. Hier finden Sie jederzeit die neuesten Newsletter von ISH und ESH, aktuelle Angebote von Rezensionsexemplaren, Informationen über Neuerungen innerhalb des Vereins und vieles mehr. Regelmäßiges Vorbeischauen

HYPNOTISCHER STREIFZUG. Von Steffi Könnecke

„Oben“

Auf den Gipfel der Zugspitze wird eine 127 Meter hohe Stahlstütze gestellt. Ziemlich sicher wird die Stütze fest im wettersteinigen Gebirgsfelsboden einbetoniert. Muss sie auch, da oben ist es gewiss windig. Kennt man ja, dass oben ein anderes Lüftchen weht. Die Zugspitze ist 2962,06 Meter hoch. Ab dem 21.12.2017 um 9.00 Uhr morgens steht dort also ein 127 Meter hoher, massiver Stahlträger. An dem sind starke, dicke Stahlseile montiert, ganz fest und unlösbar, wie verknotet. Nach 3213 Metern knüpfen die Seile stabil im Tal an einen einzigen weiteren Stahlpfahl. Oben und unten nur je einmal angebunden. Dazwischen 3213 Meter freies Dahingleiten in Gondeln. Dahingleiten: langsam fliegend/schwebend/segelnd fortbewegen; starkes Verb.

Beeindruckt bin ich und bewundernd. „Freier Fall“ auf der Kirmes ist nichts dagegen. „The Hangover“ bringt schlappe 85 Meter Höhe auf die Messlatte, die sind locker bei „Hau den Lukas“ zu schlagen. Schwindelfreiheit ist erforderlich und die Zuversicht, dass die Sitze an diesem Stahlturm fest verankert sind. Und Flipflops an den Füßen taugen auch nicht, die fliegen unwiederbringlich weit weg.

Staunen erfüllt mich, was Menschen ausdenken, planen, in die Tat umsetzen. Was kluge visionäre Köpfe rechnen und zeichnen, mutige und zähe schrauben, schweißen, sprengen in fast 3000 Metern Höhe, damit Gondeln auf Drahtseilen dahinschweben. Seiltänzer spannen Schirme und Arme weit auf zur Jonglage über das gespannte Seil, Hochseilartisten tragen meterlange Stangen quer vor ihrem Körper, die im Schritt und Wind mitschwingen. Hoffentlich haben sich die Konstrukteure da etwas ausgedacht. Spannten sich quer übers Tal meterlange Jonglierstangen, sähe das nicht toll aus. Gefiele mir gar nicht, wenn das natürliche Erscheinungsbild nachhaltig Schaden nähme. Fest steht, dass ich da nicht mehr hinaufklettern muss, sondern pünktlich zum Frühstück auf die Zugspitze hochgondeln kann. Latte macchiato über den Gipfeln Deutschlands. Ziemlich cool.

Ziemlich steil. Hoch und runter. 3213 Meter Abstand zwischen Tal- und Gipfelsäule sind über 3 Kilometer. Wenn ich die joggen soll, geht mir die Puste aus, ich mache Pause. Man will ja nicht kollabieren. Kollabieren: umfallen, zusammenbrechen, zusammenklappen; schwaches Verb. Und Umfallen mit Gondel ist ziemlich schwach. Machste auch nur einmal im Leben. Wahrscheinlich stoppt die Gondel wenigstens einmal während ihrer zuckelnden Fahrt, mal Päuschen machen zum Luftholen.

Immer mit den Füßen talwärts. Unabhängig davon, ob die Seilbahn hoch oder runter ruckelt. Ruckeln: mit leichtem Ruck hin- und herbewegen; schwaches Verb. Ruck: kurze, abrupte, stoßartige Bewegung; maskulines Substantiv. Unsinn, da ruckelt nichts. Es werden schließlich keine Eisenbahnschwellen verlegt, hier schwebt der Gondelboden frei hängend. Da schwankt es nur beim Abfahren und Ankommen an der Station. Dieses erste zögerliche Anschwingen von Seilbahngondeln. Schwankendes Hin-und Herrutschen, Hände, die sich an Stangen und Haltegriffen festhalten. Kennt man ja vom Autobusfahren. Wenn der beschleunigend anfährt und man sich nicht festhält oder sichert, sausen Kinderwagen, Oma und Opa ungebremst durch den Bus. Nichts da, Gondeln fliegen gesteuert und kontrolliert himmelwärts! Und diese Weite! Freier Blick in alle Himmelsrichtungen. Rechts und links. Mit diesem Norden-Süden-Osten-Westen-Dings weiß ich nie, wo was ist bezogen auf meinen Standort. Eine Seilbahn schwebt hoch und runter. Bei der Globuslampe ist oben der Nordpol. Und beim Berg? Im Osten geht die Sonne auf, im Süden steigt sie hoch hinauf, im Westen will sie untergehn, im Norden ist sie nie zu sehn. Auf der Bergspitze strahlt die Sonne so weit das Auge reicht, oben kann nicht Norden sein. Womit das geklärt wäre, rechts und links sind ab einer gewissen Höhe auch keine Bäume mehr im Weg, da kann das Auge ungebunden blicken. Sicher werden alle aus den Gondelfenstern schauen, fotografieren und filmen. Schon schön. Kennt das alltägliche Auge ja gar nicht mehr, diese grenzenlose Weite im Blick. Ob Selfies verschickt werden können? Ein Selfie, während ich mich nach 2,2 Kilometern Seilbahnfahren praktisch vollkommen von Erdbodenhaftung gelöst haben werde, erzeugte die Illusion von Fliegen, an der ich teilhaben ließe.

Am 21.12.2017 wird kurz vor Weihnachten die höchste Seilbahnstation Deutschlands tief verschneit sein.

FUNDGRUBE

Immer wieder kommen Tranceprozesse auch in der Literatur vor. Beispiele davon möchten wir in der FUNDGRUBE vorstellen. Sollten Sie selbst solche Fundstücke finden, dann freuen wir uns, wenn Sie sie mit uns teilen.

Hamed Abdel-Samad, Mohamed, Eine Abrechnung, Droemer, S. 112ff.

Perspektivwechsel sind ein hervorstechendes Merkmal ericksonscher Hypnotherapie. Wo viele therapeutische Schulen Symptome auflösen und bekämpfen wollen, nutzte Erickson die vorhandenen Muster und gab ihnen eine neue Bedeutung. Er war ein Meister des Reframings und der Utilisation. Watzlawick, Weakland und Fisch sagen in Change: „Eine Veränderung der Perspektive besteht also darin, den begrifflichen und/ oder gefühlsmäßigen Rahmen oder Blickwinkel, mit denen eine Situation erlebt wird, zu verändern und sie in einen anderen Rahmen zu setzen, der den Tatsachen der konkreten Situation ebenso oder und sogar besser gerecht wird und dadurch ihre Gesamtbedeutung ändert." Ein sehr interessantes Beispiel für solch einen grundlegenden Bedeutungswandel findet sich in der Geschichte der Ersatzmutter Khadidscha:

„Kein Mensch hat Mohameds Leben wohl mehr verändert und geprägt als Khadidscha (um 555, gest. um 619 in Mekka). Sie war die einzige unter seinen vielen Ehefrauen, die ihn mit keiner anderen Frau teilen musste. Bis zu ihrem Tod lebte er mit ihr in „Einehe". Die reiche Witwe hatte eine Karawanserei geerbt und ein Handelsgeschäft in Mekka. Mohamed hatte in ihrem Auftrag eine Karawane nach Syrien geführt und auch sonst geschäftlich erfolgreich in ihrem Namen agiert. Sie wiederum war nicht nur seine Arbeitgeberin, sondern auch seine Mentorin, die ihn nach Kräften förderte. Islamische Überlieferungen bescheinigen ihr einen großen Anteil an den religiösen Erlebnissen ihres Mannes. Er selbst hatte zunächst geglaubt, er sei vom Teufel besessen. Eines Tages kam Mohamed ängstlich ins Haus Khadidschas, zitterte stark und bat seine Frau darum, ihn zuzudecken. Er erzählte ihr von einem Teufel, der ihn habe würgen wollen. Khadidscha beruhigte ihn, dies sei nicht der Teufel, sondern ein Engel aus dem Himmel gewesen.*

Wenn ein Mann heutzutage zitternd zu seiner Frau kommen und ihr sagen würde, eine ominöse böse Gestalt habe versucht, ihn in einer Höhle zu würgen und ihm danach unbekannte Verse eingeflüstert – er würde wohl sofort zum Psychiater geschickt werden. Die Frau müsste befürchten, ihr Mann habe eine Psychose oder zumindest schwere Halluzinationen. Da es aber im Mekka des frühen 7. Jahrhunderts noch keine Psychiatrien gab, musste Khadidscha ihren Mann selbst verarzten. Spätestens als sich Mohameds Angstzustände so verschlimmert hatten, dass er seiner Frau offenbarte, er wolle zu einem Berg hinauf steigen und sich von dort aus in den Tod stürzen, musste die weise Frau sich etwas einfallen lassen, um ihrem Mann zu helfen.

Khadidscha entschied sich, die Erkrankung ihres Mannes in ein Geschenk des Himmels zu verwandeln. Sie ging mit ihm um wie eine Mutter, die die Ängste ihres Kindes ernst nimmt – auch wenn sie weiß, dass das Kind nur phantasiert. Also bat Khadidscha den ängstlichen Mohamed darum, ihr sofort mitzuteilen, wenn ihn die Lichtgestalt noch einmal besuchte. Bis dahin war der himmlische Besucher Mohamed nur in der Höhle von Hiraa' erschienen, doch auf Wunsch von Khadidscha kam der Engel zu ihrem Haus. Als er „da" war, rief Mohamed seiner Frau zu: „Ich sehe ihn." Sie konnte den Engel natürlich nicht sehen. Sie forderte Mohamed auf, sich auf ihr linkes Bein zu setzen, und fragte: „Kannst du ihn immer noch sehen?" Mohamed antwortete mit Ja. Sie forderte ihn auf, sich auf ihr rechtes Bein zu setzen und fragte: „Kannst du ihn immer noch sehen?" Er bejahte. „Komm, setz dich auf meinen Schoß!", sagte sie. Auch da konnte er den Engel sehen. Khadidscha legte ihre Kleidung ab und fragte Mohamed: „Und jetzt?" „Ich kann ihn nicht sehen", antwortete Mohamed. Khadidscha sagte erleichtert: „Sei sicher, mein Cousin (…) er ist kein Teufel, sondern ein Engel."

Vermutlich hätte Khadidscha bis zum Geschlechtsverkehr weiter gemacht, wenn ihr Mann nach wie vor noch ein anderes Wesen im Raum gesehen hätte. Hier war weiblicher Instinkt am Werk. Ein stolzer arabischer Mann kann unmöglich hinnehmen, dass ein anderer – und sei es ein Engel/ der Teufel – seine Frau nackt sieht. Mohameds Eifersucht, sein Besitzerinstinkt vertrieb die Halluzination. Die metaphysische Erklärung lautete, nur ein Teufel sieht Eheleuten beim Geschlechtsakt zu, ein Engel dagegen zieht sich zurück, wenn eine Frau sich vor ihrem Mann auszieht oder gar mit ihm schläft. Khadidscha selbst hat zwar nichts gesehen, entschied aber mit Hilfe dieses Tricks über die Natur des Besuchers. Sie verlieh den Wahnvorstellungen ihres Mannes damit einen Sinn, beruhigte ihn auf diese Weise, dass er keineswegs verrückt sei."

Die Redaktion

Kommunikation für Ärzte und Zahnärzte

UNIVERSITÄRER ZERTIFIKATSLEHRGANG NLP MEDICAL Mastering

Medical - N L P - M a s t e r - Kurs

(natürlich mit DVNLP-Zertifikat)

und 176 Fortbildungspunkte BZÄK/DGZMK

Das sagen Teilnehmer über unsere Kurse:

„Die Praxisnähe und die vielen praktischen Übungen begeistern!“
Dr. J.R., Zahnarzt, Berlin

„Ich habe mich superwohl gefühlt und für mich persönlich viel gelernt! Schritt für Schritt setze ich das Gerlernte um und es klappt immer geschmeidiger! Ich freue mich auf den Masterkurs!
Dr. K.L., Zahnärzin, Berlin

„Unverzichtbares Basic für Führungskräfte!“
J.S., Dipl. PW., Sachsen

„Absolut praxisnah und direkt umsetzbar!“
Dr. A.P., Zahnärztin, Sachsen

Herzlichen Dank für Euer Feedback!

Ihre Kurstermine im NLP-Master

18 Kurstage an nur 6 Wochenenden:

10.02.2017 - 12.02.2017
24.03.2017 - 26.03.2017
12.05.2017 - 14.05.2017
22.09.2017 - 24.09.2017
01.12.2017 - 03.12.2017
12.01.2018 - 14.01.2018

Ihre Investition: 3.800,00 € (MwSt. befreit)*

Ihr Kurs für meisterhafte Kommunikation

Sie kombinieren **Ihr ganzes Practitioner-Wissen** mit den **neuen Master-Techniken** und haben so für jede Situation Ihr passendes „Werkzeug“ parat. Sie erlernen das **Modeling - das zentrale Geheimnis des NLPs** und entwickeln Ihr eigenes Modeling-Projekt (so arbeiten z.B. Profisportler).

Sie erhalten dauerhaft Zugang zu unserem kostenfreien **Qualitätszirkel** – für Supervision und Fragen - auch nach dem Kurs.

Dr. med. dent. Anke Handrock
Lehrtrainerin (DGZH, DVNLP, DACH-PP) Lehrcoach DVNLP, Lehrmediatorin (DACH)
Seit über 25 Jahren Training und Coaching in Medizin und Zahnmedizin

Dipl. Psych. Maike Baumann
Lehrtrainerin (DVNLP)
Coach DVNLP
Mediatorin (DACH)

Dr. Anke Handrock · Tel.: 030-364 30 590 · Fax 030-364 30 589 · Mobil 0178 714 89 01 · Mail: info@handrock.de

WIRKSAM ZUFRIEDEN GESUND

UNIVERSITÄRER ZERTIFIKATSLEHRGANG

Kurs POSITIVE PSYCHOLOGIE

Level 1 - Certified Professional

und 150 Fortbildungspunkte BZÄK/DGZMK

Positive Psychologie untersucht wissenschaftlich, was zu persönlichem Wachstum, gelungenen Beziehungen, nachhaltiger Leistungsfähigkeit, Wohlbefinden und Glück führt.
Diese Methoden sind lernbar, Sie wenden Sie direkt an und verbessern so Ihre Resilienz und Ihre persönlichen Fähigkeiten zur Stressbewältigung - Sie und Ihr Team werden nachhaltig zufriedener und effektiver!
Das führt nachweislich zu mehr Lebensfreude, höherer Leistungsfähigkeit und besserer Gesundheit.

Diese Methoden erlernen Sie hier!

*Bei uns immer inbegriffen: reichhaltige Pausenverpflegung, Zertifikatsgebühren, Skripten, Photokollen etc.

4 Wochenendblöcke in Berlin

Termine:

24.11.2016 - 27.11.2016
16.02.2017 - 19.02.2017
04.05.2017 - 07.05.2017
08.06.2017 - 11.06.2017

Ihre Investition:
2.400,00 € (MwSt. befreit)*

...oder...

Intensivkurs Berlin – Kreta – Berlin

Termine:

Berlin: 31.03.2017 - 02.04.2017
Kreta: 25.05.2017 - 04.06.2017
Berlin: 29.09.2017 - 01.10.2017

Ihre Investition:
2.400,00 € (MwSt. befreit)*

zzgl. Reise (Flug und Hotel)

Die Hauptstadtkurse ...
tagsüber Kurs ...
und abends B E R L I N

Steinbeis-Transfer-Institut Positive Psychologie und Prävention
der Steinbeis-Hochschule Berlin SHB

www.pp-praevention.de

Jeffrey K. Zeig
Hypnotische Induktionen
Das Hervorrufen von Ressourcen und Potenzialen in Trance

Heidelberg: Carl-Auer-Verlag, 2015
ISBN 978-3-8497-0052-2

Jeffrey K. Zeig ist einer der weltweit renommiertesten Kenner der hypnotherapeutischen Arbeitsweise Milton Ericksons. Im Vorwort des Buches Hypnotische Induktionen findet Camillo Loriedo einen schönen Vergleich für die Art, wie Zeig lehrt: Dieser arbeite wie der italienische Renaissancekünstler Benvenuto Cellini. Als Goldschmied, der dieser in erster Linie war, trennte Cellini zunächst die verschiedenen Elemente voneinander, um diese danach in ganz bestimmter Weise zu vereinen und große und kleine Kunstwerke von sehr hoher Komplexität und Harmonie zu erschaffen.

In den ersten Kapiteln erfährt der Leser Grundlegendes über traditionelle Hypnose. Zeig skizziert die wesentlichen Unterschiede zwischen klassischen hypnotherapeutischen Ansätzen und denjenigen der ericksonschen Schule und korrigiert falsche Vorstellungen über Hypnose. Hypnose braucht nach Zeigs Auffassung immer eine Interaktion zwischen zwei Personen. In einem interpersonalen Feld tauschen der Therapeut und der Klient „Geschenke" aus. Dieses Wechselspiel ruft bei Letzterem bisher ungenutzte Potenziale hervor.

„Der Patient bietet dem Therapeuten ein ‚Geschenk' an, ein Problem, das in ein Symptom verpackt ist. Der ericksonsche Therapeut kann dem Patienten daraufhin, statt die zugrunde liegende Struktur zu analysieren, ebenfalls ein ‚Geschenk' anbieten, nämlich eine Lösung, die in eine Mehrebenentechnik, wie eine Metapher es ist, verpackt ist. Der Patient wird daraufhin aktiv, um zu erkennen, was das verpackte Geschenk beinhaltet. So wird die Therapie zu einem Austauschen von Geschenken" (S. 110).

Selbsthypnose und verwandte Zustände, die nicht interaktiv sind, beinhalten diese Möglichkeiten nicht und werden im vorliegenden Buch nicht weiter beleuchtet. Zeig erzählt auch Biografisches über Ericksons und dessen „Erben", insbesondere seine persönlichen Erfahrungen mit Milton Erickson und anderen Experten der ericksonschen Arbeitsweise.

Spätestens, wenn Zeig das traditionelle Hypnosemodell der erweiterten ericksonschen Arbeitsweise gegenüber stellt, wird dem Leser verständlich, was Camillo Loriedo im Vorwort meint, wenn er von künstlerischer Zerlegung in einzelne Elemente schreibt. Zeig erläutert unzählige Unterschiede im Vergleich von traditionellen Ansätzen zu ericksonschen Vorgehensweisen. Er beschreibt minutiös Strategien, Absichten und Auswirkungen verschiedenster Abläufe. Die detaillierten Ausführungen betreffen sowohl die Induktionsphase, sowie die Gestaltung einer ganzen hypnotherapeutischen Sitzung. Ausführlich behandelt er folgende Prinzipien bei der Hypnoseinduktion:

1. Strukturierung der Responsibilität
2. Beeinflussung des laufenden Verhaltens und des aktuellen Kontextes in Richtung Hypnose
3. Unterbrechung der gewohnten bewussten geistigen Verfassung
4. Förderung automatischen Verhaltens

„Dabei gibt es keine einzig und allein richtige Art, sich in eine Trance zu begeben oder hypnotisches Verhalten zu zeigen. […] Jeder Patient entwickelt unter Hypnose ein ganz besonderes Verhalten, das sich aus bestimmten Verhaltenselementen zusammensetzt und andere ausschließt" (S. 148).

Es geht um die Kunst, einem Klienten „Erfahrungen" zu vermitteln und zuvor unzugängliche Ressourcen zu erschließen. *„Aufgabe eines Hypnotherapeuten ist es, Situationen zu kreieren, die diesem Ziel dienen" (S. 98).*

Trotz der großen Fülle an Informationen liest sich das Buch angenehm. Viele Fallbeispiele und die einprägsamen Metaphern tragen sehr zum Verständnis und zum Lesevergnügen bei. Das Buch ist nicht nur ein Lehr- und Lernbuch, das sowohl Studierenden der Hypnose als auch erfahrenen Therapeuten wertvolle Anregungen geben kann. Es ist auch ein Zeugnis für Jeffrey K. Zeigs Denkweise und seinen evokativen Lehrstil.

Gabriele Baden

Cornelia Edding
Herausforderung Karriere
Strategien für Frauen auf dem Weg nach oben

Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2016
ISBN 978-3-8497-0118-5

Die Autorin, Dr. phil. Cornelia Edding, ist Psychologin und berät seit über 40 Jahren Frauen wie Männer in schwierigen beruflichen Situationen bei ihrer Karriereplanung. Ihre Erfahrungen

in den frühen 1980er-Jahren brachten sie dazu, die ersten Frauenseminare zu dem Thema „Frauen, die überwiegend mit Männern zusammenarbeiten" zu entwickeln. Nach dem Lesen des Vorwortes fragte ich mich: Haben es die Frauen tatsächlich so schwer, und warum habe ich bisher davon nichts mitbekommen?

Die folgenden Seiten machten mir bewusst, dass es auch im 21. Jahrhundert Hürden gibt, denen sich eine Frau in wirtschaftlichen Unternehmen gerade wegen ihrer Weiblichkeit stellen muss. Das Buch beschreibt vier Aktionsfelder, die laut Edding für das berufliche Fortkommen entscheidend sind und in denen sich Männer und Frauen zum Teil grundlegend unterscheiden: der Job, der Chef, der persönliche Eindruck und die Macht.

Im Kapitel Aktionsfeld Job wird der Umgang mit herausfordernden Aufgaben und Jobangeboten beschrieben. Wie erkennt Frau eine zielführende, herausfordernde Aufgabe und wie geht sie mit Konkurrenz um? Welchen Stellenwert haben Weiterbildungen und ab wann ist eine Frau ausreichend ausgebildet? Was heißt es für eine Frau zu führen und welche geschlechtsspezifischen Fallen gibt es?

Das zweite Aktionsfeld bildet der Umgang mit dem Chef. Die Leserin lernt verschiedene Chefmerkmale kennen. Der Vorgesetzte kann Gatekeeper für den Aufstieg sein oder das berufliche Fortkommen ausbremsen. Hier geht es um das Erkennen des Charakters und um den geschickten Umgang damit.

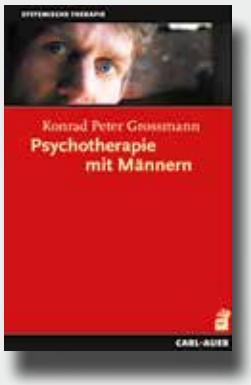
Das dritte Kapitel dreht sich um das Aktionsfeld des persönlichen Eindrucks. Cornelia Edding beschreibt, was es Frauen nützt, dass sie ihre Sichtbarkeit im Unternehmen und über die unternehmerischen Grenzen hinaus bewusst gestalten. Dieses Kapitel kann auch für eine Zahnärztin hilfreich sein. Es fördert das Nachdenken über sich selbst und die eigene Außenwirkung: Wer möchte ich sein? Welche Rollen kann ich annehmen? Auf welcher Bühne möchte ich stehen? Und zu diesen Fragestellungen werden Lösungen angeboten. Hier werde ich sicher noch öfter nachschlagen.

Im vierten Aktionsfeld geht es um die Macht. Ungeschönt wird die Mikrostruktur der Herrschaft und Einflussnahme in Unternehmen beschrieben. Wo ist da der Platz der Frau, wenn so manche Verträge während nächtlicher Hotelbarbesuche oder in der Sauna abgeschlossen werden? Spätestens hier werden die geschlechtlichen Unterschiede innerhalb eines Unternehmens und unterschwellig vorhandene Hürden für Frauen überdeutlich. Cornelia Edding öffnet ihren Leserinnen die Augen für Hindernisse, denen sie innerhalb des Aufbaus und der Gepflogenheiten eines Unternehmens begegnet. Frauen nehmen Rückschläge und Niederlagen allzu oft persönlich. Die Autorin möchte sie als strukturelle Elemente erkennbar machen.

Zunächst schwebt die Bürde der Weiblichkeit wie ein Damoklesschwert über jedem Kapitel, aber im Verlauf des Buches versteht die Leserin die Komplexität des Themas immer besser. Subtile, gezielte Angriffe gegen vermeintlich behindernde weibliche Eigenschaften halten Frauen davon ab, mit ihren männlichen Kollegen Schritt zu halten.

Ich dachte, in meiner Generation seien die karrierebedingten Unterschiede zwischen Frauen und Männern durch Probleme der Work-Life-Balance und Elternzeit ersetzt. Ich erfahre, dass Mitarbeiterinnen von Facebook und Apple auf Firmenkosten Eizellen einfrieren lassen können, um später Mutter zu werden. Dies ist schockierend und lässt uns wiederum nicht Frau sein. Zu Beginn fiel es mir schwer, mich auf das Thema einzulassen. Beim Lesen haben die Karrierestrategien von Cornelia Edding an Bedeutung gewonnen. Ein lesenswertes Buch für Frauen im Umgang mit hierarchischen Strukturen.

Carla Kozmacs



Konrad Peter Grossmann
Psychotherapie mit Männern

Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2016
ISBN 978-3-8497-0109-3

Dr. phil. Konrad Peter Grossmann ist Psychologe, Psychotherapeut und Autor und als Mitarbeiter der Ambulanten Systemischen Therapie Wien (AST) tätig. Zudem doziert er als Lehrtherapeut für systemische Familientherapie an der Universität Klagenfurt und der FH für Soziale Arbeit in Linz.

Ein Therapiebuch von einem Mann über Männer? Das kann entweder nur daneben sein oder eben genau ein paar hilfreiche Ansätze liefern, die einem als Therapeut manchmal fehlen. Die Erwartungen an ein Buch aus dem Carl Auer Verlag sind hoch, denn erfahrungsgemäß erwartet die Leser eine hohe Qualität. Der Blick in das Inhaltsverzeichnis lässt diesbezüglich keine Wünsche offen. So gliedert sich das Buch in drei große Teile: 1. Bezugsrahmen männlicher Problemstellungen, 2. Die therapeutische Praxis und 3. Männliche Traurigkeit. Darin finden sich gut sortiert viele Kapitel zum Beispiel über männliche Stressoren, Coping und Sprache, männerspezifisches Intervenieren, Zugang zu marginalisierten Gefühlen, exzessives

Trinken, Suizidalität, gewalttätiges Verhalten sowie sexuelle Problemstellungen.

Doch wenn Sie dann die Einleitung aufschlagen, schmunzeln Sie vielleicht ein wenig über einen auf den ersten Blick merkwürdigen Schreibstil. Es hilft dann auch nicht, einfach schnell weiterzublättern, denn das ganze Buch ist geschrieben wie ein E-Mail-Dialog zwischen zwei Therapeuten. Hier eine kleine Leseprobe (Kap. 8, S. 75):

„Lieber P., lass uns erst über Unterschiede von Frauen und Männern hinsichtlich ihres Problemlösens nachdenken!

Lieber K., gut. Gestern führte ich zwei Erstgespräche – eines mit einer Klientin, das andere mit einem Klienten. Bei beiden war es das zentrale Thema, dass sie von einer schweren Erkrankung betroffen waren."

Nun könnte der Eindruck eines „verrückten" Zwiegesprächs des Autors entstehen, denn die beiden Buchstaben „P" und „K" sind zugleich die Anfangsbuchstaben der beiden Vornamen des Autors, „Konrad" und „Peter". Meine Empfehlung: Lassen Sie sich darauf ein! Neben dieser Art Storytelling hat es auch etwas von einem „Reflecting Team". Allerdings: Statt einem Therapeutengespräch über nur einen Klienten zu lauschen, legen diese zwei Therapeuten quasi ihre ganze Therapieerfahrung mit Männern und ihr geballtes Wissen über Männer offen. Dieser Eindruck wird durch die unglaublich vielen Zitatverweise verstärkt. Ähnlich wie in einer Dissertation sind immer gleich entsprechende Studien oder Publikationen direkt im Text angeführt. Das schlägt sich in einem 17 Seiten umfassenden Literaturverzeichnis nieder. Hinzu kommt noch eine Diskografie, ja genau ein Verzeichnis zitierter Liedertexte. Das gibt dem Ganzen einen sehr persönlichen oder auch kulturellen Touch.

Freuen Sie sich also auf eine wunderbare Fachlektüre, die sich fast so flüssig liest wie ein Roman – ganz im Unterschied zu herkömmlichen Fachbüchern. Ich habe das Buch in einem Rutsch gelesen, und es übererfüllte meine Erwartungen, was sich leicht an der Unmenge meiner spontanen Markierungen mittels Eselsohr ablesen lässt …

Jens von Lindeiner

Lutz Wesel
Wie sag ich's meinem Doc?
Machen Sie das Beste aus Ihrem Arztbesuch!

Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2014
ISBN 978-3-8497-0040-9

Dr. med. Lutz Wesel möchte mit seinem Buch zum Gelingen von Behandlungsbündnissen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen beitragen. Er möchte mehr Bewusstsein dafür erzeugen, wie wichtig Kommunikation und gleichberechtigter Kontakt in der Medizin sind. Dazu vermittelt er Einblicke in die medizinischen Praxis- und Wirtschaftsgefüge, um den PatientInnen vor diesem Hintergrund konkrete Tipps zu geben, wie sie die Verständigung mit ihren ÄrztInnen erfolgreicher gestalten können. Er beleuchtet beide Seiten der ärztlichen Gesprächssituation, legt den Fokus aber auf die Gestaltung seitens der PatientInnen, an die sich dieses Buch richtet.

In klar voneinander abgegrenzten Kapiteln, die detailliert eingeleitet und abschließend prägnant zusammengefasst werden, nimmt er seine Leserschaft mit in die komplexen Zusammenhänge der Medizinwelt einschließlich der wirtschaftlichen Hintergründe und Zwänge unseres Gesundheitssystems. Mit großem Geschick und der nötigen Distanz gelingt ihm genau das, wovon er sich mehr wünscht: Verständnis für die Zusammenhänge, aus denen heraus ÄrztInnen so handeln, wie sie es tun. Dieses Wissen ist seiner Meinung nach hilfreich, um als PatientIn das eigene Anliegen so zu formulieren, dass eine zielführende und vertrauensvolle Beziehung für beide Seiten des Pakts möglich werden kann.

Wesel geht u. a. diesen Fragen nach: Wie finde ich eine gute Ärztin/einen guten Arzt und eine gute Klinik? Und: Wie bringe ich meine Ärztin oder meinen Arzt dazu, mir zuzuhören?

Ich finde seine Einblicke gut nachvollziehbar und gewinnbringend. Für sein hohes Ziel einer konstruktiven Verständigung hat er eine schlichte Sprache gewählt, mit einer angenehmen Mischung aus Sachlichkeit und Emotionalität. Sorgfältig bleibt er bei seinem Vorhaben, komplexe Systeme jeweils aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten. Zielorientiert leitet er daraus konkrete Handlungsoptionen ab.

Sein Geschick und der bemerkenswerte Nutzen besteht für mich in der Komplexitätsreduktion, wodurch sowohl einzelne Situationen als auch das gesamte kassenärztliche Bezugssystem

durchschaubarer werden. In knapper, aber direkt umsetzbarer Form bildet er Ansätze der gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg ab, verbunden mit sofort einleuchtenden Gegenbeispielen, wie man es besser nicht machen sollte. Ich vermute, jeder und jede erkennt sich in der einen oder anderen skizzierten Gesprächssituation wieder und weiß sofort, wie Verständigung erfolgreicher funktionieren kann.

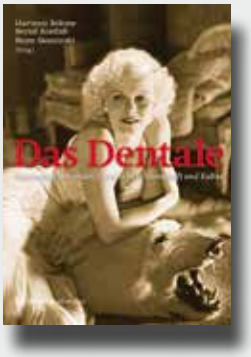
Besonders gefallen haben mir neben dem Humor des Autors die Aphorismen, die er passend einflechtet, zum Beispiel diese: „Geselle dich zu denen, die die Wahrheit suchen, und meide die, die sie gefunden haben." Oder: „Medizin ist in erster Linie Handwerk, zur Kunst wird sie durch Weglassen …"

Speziell im Hinblick auf die von Wesel angestrebte respektvolle, partnerschaftliche Verständigung hat mich seine fast ausschließlich männliche Sprachform irritiert. Weiblichkeit taucht in seiner Sprachwelt nur wenig auf. Eine Begründung für diese Wahl in der Einleitung hätte dieses Fehlen erklären können.

Davon abgesehen habe ich das Buch mit Genuss und Erkenntnisgewinn gelesen. Allein seine faktenreiche Darstellung zum „Wunderwerk Körper", bestehend aus „10 Billionen Zellen, 360.000 km Nervenbahnen, 100 Billionen Synapsen …", gehört für mich zu den Reichtümern des Buches. Sorgfältig wägt er die Begrifflichkeiten „Alternativ- und Komplementärmedizin" ab, die er als oft sinnvolle Ergänzung, aber explizit nicht als „Alternative" zur klassischen Schulmedizin sieht. Zur Zahnmedizin gibt es nur einen relativ kurzen Schwenk, aber die angesprochenen Zusammenhänge lassen sich auf zahnärztliche Belange weitgehend übertragen; auf den Bereich psychotherapeutischer Arbeitsbeziehungen hingegen m. E. nicht.

Aus Lutz Wesels Sichtweisen und Tipps spricht kostbare, intensiv gelebte Erfahrung als langjährig praktizierender Facharzt für Allgemeinmedizin und auch als zeitweise selbst schwer erkrankter Patient. Aus eigenem Erleben ist er der Überzeugung, dass es möglich ist, Hightechmedizin mit tiefer Menschlichkeit und ärztlicher Empathie zu verbinden. Dazu einen Beitrag zu leisten, als Lotse quasi, ist aus meiner Sicht Ziel und Potenzial des Buches. Das bewusste und sensible Navigieren, um dieses Ziel zu erreichen, liegt nun auch in den Händen seiner hoffentlich breiten Leserschaft.

Ursula Peters



Hartmut Böhme, Bernd Kordaß, Beate Slominski (Hrsg.)
Das Dentale
Faszination des oralen Systems in Wissenschaft und Kultur

Berlin: Quintessenz Verlags-GmbH, 2015
ISBN 978-3-86867-297-8

Dieses Buch ist eine Aufsatzsammlung über Zähne. Wie in einem Kaleidoskop betrachtet es das Gebiss aus den unterschiedlichen Perspektiven von Zahnmedizin, Anthropologie, Ethnologie, Kunstgeschichte, Psychologie und Kulturgeschichte. Zähne sind Kauwerkzeuge, und schon dieser Begriff macht deutlich, dass sie nicht nur Körper, sondern auch Gerätschaft sind. Folgt man dieser Spur, gerät man in eine Welt sich ergänzender Gegensätze. Ein Beispiel: Zähne sind fest im Knochen verankert, doch haben wir bei unserem Tod nur selten noch alle Zähne im Mund. Sie sind das Härteste in unserem Körper und sie überdauern uns und geben auch nach Jahrtausenden Zeugnis davon, wie wir gelebt haben. An den Zähnen lassen sich Nahrungsgewohnheiten, Krankheiten, Schönheitsideale und – über genetische Tests – Familienzugehörigkeiten und die Wanderungsbewegungen ganzer Völker ablesen.

Der Band enthält hochaktuelle Aufsätze zur oralen Physiologie und Biomechanik ebenso wie Essays zu Vampiren und Zombies. Eine embryologische Studie zur Entstehung des menschlichen Gesichts trifft auf eine frühchristliche Aufzeichnung des Kirchenlehrers Gregor von Nyssa mit dem Titel „Der Mensch erhält ein Gesicht". Einerseits ergänzen sich die Themenfelder, andererseits entstehen interessante Brechungen. Mit Schaudern habe ich das Kapitel über „Rituelle Zahndeformierungen bei traditionellen und indigenen Völkern" von Roland Garve gelesen. Zähne sind empfindlich und die Beschreibung Zähne ausschlagender Mütter tat mir körperlich weh, aber die Erklärung für solches Tun überraschte mich: Ein natürliches Gebiss gilt in diesem kulturellen Kontext als animalisch; Massai-Frauen verglichen Männer, die sich die unteren mittleren Schneidezähne nicht entfernen ließen, mit Eseln. Aus dieser Sicht handelt es sich nicht um eine Deformation, sondern um kulturelle Formung. Der Mensch grenzt sich so vom Tier ab. Einige Kapitel später findet sich in der Besprechung von Michael Mettlers Romans *Die Spange* ein interessanter Satz: „Denn Spangen sind Regulationsinstrumente, sie gehören zu den kindlichen Erfahrungen mit der Normalisierungsmacht der Gesellschaft." Auch wir haben eine

Kultur von Zahn(de)formierungen, und das Ergebnis eines teilweise mehrjährigen Unterfangens nennen wir paradoxerweise *natürliches* Aussehen. Plötzlich wird etwas sichtbar, das vorher ausgeblendet war.

In dem lesenswerten Beitrag „Die alte Angst vor der Zahnmedizin" setzt sich Hans-Peter Jöhren mit Zahnarztphobie auseinander. Er äußert sich hier auch zur Hypnose: „Zahnärzte, die eine Ausbildung in Hypnose haben, sind in der Lage, hypnotische Elemente in ihre zahnärztliche Therapie einzubauen und damit die Angst ihrer Patienten zu beeinflussen. Bei Angsterkrankungen sollte jedoch ein Experte hinzugezogen werden, zumal nachgewiesen werden konnte, dass die zahnärztliche Hypnose im Vergleich zu Psychotherapie (drei Sitzungen) unterlegen ist …"

Zahnärztliche Hypnotherapeuten haben andere Erfahrungen und diese auch in zahlreichen Videos festgehalten: Wenn ein Patient es schafft, in die Praxis zu kommen, hat er den größten Schritt bereits gemacht, er weiß es nur noch nicht. Die Dokumentationen zeigen, wie eine konstruktive Auftragsklärung, eine Orientierung an den Werten des Patienten sowie maßgeschneiderte Induktionen zu einer guten Erfahrung führen. Oft, aber nicht in jedem Fall reicht ein gutes Neuerlebnis in eigener Kompetenz und unter eigener Kontrolle, um alte traumatische Muster zu überschreiben. Der DGZH-Trainer Georg Dünzl sagt: „Beim Zahnarzt kommt oft mehr in die Reihe als nur die Zähne." Ich frage mich, warum der Autor einen Seitenhieb auf die Hypnose austeilt, obwohl sie nicht Gegenstand der Erörterung ist.

Es ist sehr reizvoll, den kleinen Mundraum unter unterschiedlichen Blickwinkeln wahrzunehmen. Wissenschaft und Kultur treffen aufeinander, es eröffnet sich ein ganzer Kosmos. Bewusstwerdung bedarf des Kontrastes, und Kontraste liefert *Das Dentale* in reichem Maße. Es ist ein spannendes, anspruchsvolles und sehr empfehlenswertes Buch.

Dorothea Thomaßen

ANZEIGE

NEUERSCHEINUNG

Nepalfeeling

... Braun und Grün, die hohen Berge, die Gletscher und vor allem die fröhlichen Menschen haben es mir angetan. Die Spiritualität der Bevölkerung – wie sie ihre Feste feiern und mit ihren Göttern in Kontakt treten – haben mich von Beginn an beeindruckt. Irgendwann hielten buddhistische Mönche, Lamas, Hindupriester, Yogis, Sadhus und nepalesische Schamanen Einzug in meine europäisch geprägte Welt.

Eberhard Brunier

Der Buddha
mit den verbundenen Augen
Nepal-Geschichten

208 Seiten, 198 farbige Abbildungen, 14,8 x 21 cm, Hardcover-Leineneinband mit Fadenheftung

ISBN 978-3-9811945-3-1
€ (D) **26,–**

Eberhard Brunier Verlag

www.dr-brunier.de | info@dr-brunier.de |
Tel. 0049 (0) 6131 - 600 74 25

TREIBGUT. Von Wolfgang Kuwatsch

„Rückblick und Ausblick“

Alles begann im Frühsommer 1996 beim Berliner Zahnärztetag im ICC. Auf dem Podium im großen Saal beeindruckte ein mir unbekannter Stuttgarter Zahnarzt das Auditorium. Er ließ unsere Arme schweben, schickte uns an einen schönen Ort eigener Wahl und behauptete, dass er auf diese Weise Angstpatienten entspannt behandeln könne und diese dabei von Sitzung zu Sitzung ihre Ängste abbauten. Da ich ein Bauchmensch bin, spürte ich sofort eine positive Unruhe …

Im Herbst fand der Schnupperkurs mit Albrecht Schmierer statt und 4 Wochen später lernte ich meine Ausbilder Susann Fiedler und Manfred Prior kennen. Was dann folgte, kennen viele von euch aus eigener Erfahrung. Das Erlebnis der ersten erfolgreichen Hypnose bei einem Patienten bleibt im Gedächtnis verankert. Seit dem Jahr 2000 bin ich Trainer und Supervisor und stelle immer wieder fest, dass die Hypnose Menschen verändert und weiter entwickelt. Unsere DGZH ist wie eine große Familie geworden und wir Mitglieder sind ein Teil davon. Zum Glück sind nicht alle gleichgeschaltet. Jeder hat „seine“ Entwicklung selbst in die Hand genommen. Während einige etwa das Curriculum, die Supervisionen oder die Masterkurse in erster Linie für ihre Selbstentwicklung nutzen, freuen sich die anderen auf jede Hypnosesitzung mit ihren Patienten. Nebenbei haben wir alle einen speziellen Sprachkurs absolviert. Ohne darüber nachzudenken, sind die Sprachmuster, die Fragetechniken gewissermaßen auf unserer Festplatte gespeichert. Während eines Patientengesprächs (es ging um Übelkeit) fragte ich: „Was möchten Sie denn stattdessen?“ Da lächelte der Patient und meinte: „Sie haben wohl auch eine NLP-Ausbildung?“

Vier Jahre lang gehörte ich zum Vorstand. In dieser Zeit erlebte ich wie in jeder anderen Familie viel Freude, Harmonie, Geschlossenheit, Chaos, Streit und Versöhnung. Inzwischen hat ein Generationenwechsel mit Verjüngung an der Spitze stattgefunden. Ein neues Ausbildungskonzept ist in Arbeit, Kommunikation mittels Telefonkonferenz und Skype haben zu einem schnelleren Informationsaustausch beigetragen. Wir chatten in WhatsApp-Gruppen, stellen jedoch fest, dass der Kontakt von Angesicht zu Angesicht immer noch am intensivsten ist. Dafür gibt es individuelle Hypnosetreffen, die Jahrestagung in Berlin und Gozo. Im persönlichen Austausch erfährt man, was jeder aus seinen Hypnosekenntnissen gemacht hat, welche Fragen unbeantwortet sind und welche Vorstellungen die Mitglieder haben. Warum gibt es nicht mehr so viele Kurse, worauf sollten wir uns bei der Ausbildung konzentrieren, wie können wir junge Kolleginnen und Kollegen begeistern …?

Der Satz „Nur wer selbst brennt, kann Feuer im anderen entfachen“ hat für uns nach wie vor eine große Bedeutung. Brennen wir noch genügend oder haben wir auf Sparflamme gestellt? In sich selbst ruhen ist zwar für die Seele und den Körper wohltuend, lässt jedoch keine Weiterentwicklung zu.

Was brauchen wir also? Vielleicht sollten sich sämtliche Mitglieder der DGZH einmal wieder statt „Warum bin ich in der DGZH“ die Frage stellen, wofür sie in diesem gemeinnützigen Verein sind. Die Antwort kann nur sein, dass wir Patienten und Mitmenschen unser Wissen und Können jederzeit zur Verfügung stellen wollen, um in diesen weltweit unruhigen Zeiten einen zwar kleinen, aber wertvollen Betrag zu leisten, der ihnen und uns Hilfe und Nutzen bringt. Viele kennen vielleicht noch die Zeile aus unserer Hypnosehymne: „In der Hypnose muss die Freiheit wohl grenzenlos sein.“ Nehmen wir uns die Freiheit, die Hypnose als ein wertvolles Werkzeug unserer zahnärztlichen Kunst zu pflegen, weiterzuentwickeln und damit zu dienen.

In diesem Sinne:
Treibt es weiter, aber gut!
Euer Wolfgang Kuwatsch

Spannen Sie doch mal aus!

Wir sorgen für die Lektüre.

Foto: rockabella/photocase.de

Bücher, CDs, Videos • Hypnose, NLP, zahnärztliche Hypnose, mentales Training • Besorgungsservice

HYPNOSVERLAG
Sophienstraße 4 B | 70180 Stuttgart
Tel.: (07 11) 2 36 93 44 | Fax: (07 11) 24 40 32
E-Mail: verlag@hypnos.de

www.hypnos.de

Entspannung und Schmerzlinderung

Hypnose und Hypnotherapie bei Carl-Auer

NEU 2016

ca. 288 Seiten, Kt, 2016
ca. € (D) 29,95/€ (A) 30,80
ISBN 978-3-8497-0143-7

336 Seiten, Kt, 2. Aufl. 201
€ (D) 34,95/€ (A) 36,–
ISBN 978-3-8497-0153-6

248 Seiten, Kt, 2015
€ (D) 29,95/€ (A) 30,80
ISBN 978-3-8497-0079-9

277 Seiten, Gb, 2. Aufl. 201
€ (D) 44,95/€ (A) 46,30
ISBN 978-3-89670-858-8

157 Seiten, Kt, 2008
€ (D) 14,95/€ (A) 15,40
ISBN 978-3-89670-587-7

271 Seiten, Kt, 2015
€ (D) 44,–/€ (A) 45,30
ISBN 978-3-8497-0052-2

Carl-Auer Verlag • www.carl-auer.de

Auf **www.carl-auer.de** bestellt – deutschlandweit portofrei geliefert!

www.dgzh.de

Selbstständige Regionalstellen der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose (DGZH)

AUGSBURG
Dr. Josefine Nagy
Fon 08 21 – 44 84 77 30
Fax 08 21 – 44 84 77 29
info@dgzh-augsburg.de

BERLIN/BRANDENBURG
Dr. Jeannine Radmann
Fon 0 30 – 494 50 40
Fax 0 30 – 49 91 59 70
info@dgzh-berlin.de

CHEMNITZ
Dr. Solveig Becker
Fon 0 37 293 – 259
Fax 0 37 293 – 79 91 66
info@dgzh-chemnitz.de

FRANKFURT
Dr. Susann Fiedler
Fon 0 61 92 – 91 08 40
Fax 0 61 92 – 91 11 00
info@dgzh-frankfurt.de

HANNOVER
Dr. Sabine Rienhoff
Fon 05 11 – 62 81 97
Fax 05 11 – 394 80 61
info@dgzh-hannover.de

MAINZ
Dr. Thomas Pranschke
Fon 0 61 31 – 23 48 74
Fax 0 61 31 – 23 77 49
mail@dgzh-mainz.de

MÜNCHEN
Dr. Hans-Christian May
Fon 0 89 – 18 81 81
Fax 0 89 – 12 70 09 62
info@dgzh-muenchen.de

NIEDERSACHSEN/HAMBURG
Ute Neumann-Dahm
Fon 03 91 – 6 20 99 62
Fax 03 91 – 6 20 99 63
info@dgzh-niedersachsen.de

NORDRHEIN
Uwe Rudol
Fon 0 27 61 – 83 81 50
Fax 0 27 61 – 83 97 87
info@dgzh-nordrhein.de

STUTTGART
Dr. Albrecht Schmierer
Fon 07 11 – 24 40 81
Fax 07 11 – 86 85 80
mail@dgzh-stuttgart.de