tranceform

Magazin für zahnärztliche Hypnose und medizinische Kommunikation

SCHWERPUNKT

Wandel und Beständigkeit

2/2022

WISSENSCHAFT Therapeutische Suggestionen im OP
PRAXIS Hypnose aus dem Smartphone?
ESSAY Transhumanismus und Medizin
PRISMA Die digitale Kreativwerkstatt
REZENSION Frauen führen besser

Hakuna Matata !

29. INTERNATIONALER KONGRESS FÜR HYPNOSE UND KOMMUNIKATION

29. März bis 4. April 2023
auf der Mittelmeerinsel Gozo

Hochwertige & außergewöhnliche Weiterbildung für Ärzte, Zahnärzte und Therapeuten

Fortbildung und Austausch rund um medizinische Hypnose, Psychologie, Kommunikation, Management u.v.m.

Praxisnahe Workshops und Vorträge von international führenden Fachleuten

Rahmenprogramm mit großer Auswahl an kreativen und sportlichen Aktivitäten

44 Fortbildungspunkte laut Bewertungstabelle der BZÄK / DGZMK / KZBV

5***** Kempinski Hotel San Lawrenz inmitten der idyllischen Landschaft der Mittelmeerinsel Gozo

Das Programm von **alles GOZO** setzt sich zusammen aus Halb- und Ganztagsworkshops, Vorträgen sowie weiteren Kursen im Rahmenprogramm.

Ein Teil der ganz besonderen Atmosphäre entsteht dadurch, dass alle Referenten gleichzeitig auch Teilnehmer sind: Sie besuchen in der Regel die Kurse anderer Referenten.

Parallel zum Kongress findet **Gozo4Kids**, ein eigenes Programm für die mitreisenden Kinder statt.

In der einen Tageshälfte lernen die Kinder und Jugendlichen die englische Sprache in der Sprachschule B.E.L.S. Die zweite Tageshälfte ist gefüllt mit altersgerechten Workshops und Ausflügen.

MediSuccess
MEHR ERFOLG FÜR IHRE PRAXIS

Weitere Informationen und Anmeldemöglichkeiten online unter:
www.allesgozo.de

E-Mail: mail@medisuccess.de | Telefon: +49 24 52 - 95 39 821

Dorothea Thomaßen, Chefredakteurin
thomassen@tranceform-magazin.de

Wandel und Beständigkeit

Liebe Leserin, lieber Leser,

vielleicht ist Ihnen aufgefallen, dass mit diesem Heft einiges anders ist. Da ist der neue Name *tranceform – Magazin für zahnärztliche und medizinische Kommunikation* anstelle der Abkürzung *DZzH*, was erst der Untertitel als *Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose* erklärte. Von der Präsentation der Artikel bis zum Layout haben wir überdacht, was wir ändern oder beibehalten wollen. Wir möchten unser Spektrum erweitern und im Titel erkennbar machen, worum es uns inhaltlich geht. Was liegt da näher, als Wandel und Beständigkeit zum Schwerpunktthema zu machen.

Manches muss sich wandeln, um im neuen Kontext zu bestehen. Viele Menschen verbinden mit Hypnose einem entspannten Zustand in einem geschützten Raum. Die Internistin Julia Schürch praktiziert *Hypnose in Notfallsituationen* und zeigt, dass Trance gerade hier natürlich entsteht und sich nutzen lässt. Randomisiert, kontrolliert und multizentrisch weist der Anästhesist Ernil Hansen wissenschaftlich nach, dass *Hypnose im OP* Schmerz und Medikamentenverbrauch erfolgreich reduzieren kann und Suggestionen auch bei narkotisierten Menschen wirken.

Umgekehrt kann Stillstand auch Wandel befördern. So hat etwa die Covid geschuldete Stagnation die digitale Entwicklung vorangetrieben. Mit einer ganzen Serie von Beiträgen beschäftigen wir uns mit digitaler Hypnose. *Das Sehen* wird *im digitalen Zeitalter* besonders gefordert, doch werden die natürlichen Bedürfnisse der Augen genug berücksichtigt, fragt die Sehpraktikerin Regine Prieß. Obwohl medizinische Hypnose in seiner Arbeit einen festen Platz hat, setzt der Anästhesist Thomas Yven komplementär Virtual-Reality-Brillen ein. Er beschreibt seine Erfahrungen, während der Psychiater Claude Virot und die Psychologin Sophie Cohen reflektieren, was die Verfahren *Von der Hypnose zur Virtual Reality* gemeinsam haben, worin sie sich unterscheiden und wo sie sich ergänzen. Der Zahnarzt Sven Münker entwickelte für seine Patient:innen eine *Hypnose aus dem Smartphone* und die interventionelle Radiologin Elvira Lang beforschte sogar wissenschaftlich, wie *Apps gegen Angst und Schmerz* im Wartezimmer eingesetzt werden können. Viele digitale Prozesse sollen den Menschen optimieren, gleichzeitig besteht die Gefahr, den nicht gechipten Menschen 1.0 als minderwertig anzusehen, ihn zu entgrenzen und zu medikalisieren. Der Kulturmediziner Hartmut Schröder setzt sich in seinem Beitrag *Medizin in der Zeitenwende* kritisch mit dem Transhumanismus auseinander. Die DGZH veranstaltete eine *digitale TrainerKreativWerkstatt*, deren Ergebnisse Carla Benz für uns zusammenfasst.

Beharrlich hat Bernhard Trenkle viele Entwicklungen in der nationalen und internationalen Hypnose angestoßen und begleitet, wofür er nun mit der goldenen Franklin-Medaille geehrt wurde. Gunther Schmidt stellt diesen Pionier vor. Manchmal bringt Wandel es mit sich, dass man Abschied nehmen muss. In diesem Heft geht Treibgut-Kolumnist Wolfgang Kuwatsch von Bord. Wir danken ihm sehr für die Treue und den Humor, mit denen er diese Zeitschrift all die Jahre inspiriert und begleitet hat.

Wandel und Beständigkeit – Gegensätze, die doch einander bedingen, hemmen oder katalysieren. Wer bestehen will, braucht Standing, Flexibilität und kritische Reflexion.

Wir freuen uns, wenn wir Sie mitnehmen können und Sie mit uns weitergehen.

Impressum

trance*form* – Magazin für zahnärztliche Hypnose und medizinische Kommunikation
www.tranceform-magazin.de
28. Jahrgang

Herausgeberin: Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose e. V. (DGZH)
Kontakt: c/o DGZH, Königstr. 80, 70173 Stuttgart
Tel.: 0711 2360618, Fax: 0711 99783630
E-Mail: redaktion@tranceform-magazin.de
Chefredaktion: Dr. Dorothea Thomaßen
Redaktion: Dr. Dorothea Thomaßen, Jörg Exner
Satz, Layout: Jörg Exner
Druck: Vereinigte Druckereibetriebe Laupp & Göbel GmbH, Gomaringen
Versand: Staufen Direktwerbung GmbH, Wangen
Anzeigen: Gülümser Packschies c/o DGZH-Geschäftsstelle, Tel. 0711 2360618, E-Mail: anzeigen@tranceform-magazin.de
Abonnement: Bezugspreis für zwei Ausgaben 15,00 € (Inland) bzw. 19,00 € (Ausland) inkl. Versandkosten; Bestellungen: abo@tranceform-magazin.de

Copyright:
Alle Rechte vorbehalten.
© Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose, Stuttgart
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion wieder. Für unverlangt eingesandtes Material übernimmt die Redaktion keine Gewähr.

Bildnachweise:
Titel: Pavel Klimenko/stock.adobe.com; S. 4, 6/7, 8/9: FR Design/stock.adobe.com; S. 5 links, 22: Trifonenko Ivan/stock.adobe.com; S. 5 rechts, 54: MEG; S. 12: edwardolive/stock.adobe.com; S. 28/29: Decide/stock.adobe.com; S. 32: Dmitry Goncharov/stock.adobe.com; S. 34/35: LIGHTFIELD STUDIOS/stock.adobe.com; S. 38/39: Stokkete/Shutterstock.com; S. 44/45, 47: Ulia Koltyrina/stock.adobe.com; S. 52/53: CRUSH ON/stock.adobe.com; S. 58: jd-photodesign/stock.adobe.com

Vorschau auf Heft 1/2023

Schwerpunkt: »Orientierung«

Redaktionsschluss: 15. Dezember 2022

Erscheinungstermin: 10. März 2023

Notfallmedizin Der tranceartige Bewusstseinszustand von Notfallpatient:innen macht hypnotische Kommunikation zu einem effektiven Arbeitsinstrument *Seite 6*

Schwerpunkt

06 Hypnose in Notfallsituationen
Hypnotische Kommunikation mit Notfallpatient:innen
Julia Schürch

12 Hypnose im OP
Therapeutische Suggestionen während einer Allgemeinanästhesie
Ernil Hansen

22 Das Sehen im digitalen Zeitalter
Was gegen die Überforderung der Augen hilft
Regina Prieß

28 Von der Hypnose zur Virtual Reality
Über das Zusammenspiel von Hypnose und neuen Virtualisierungstechnologien
Dr. Claude Virot, Sophie Cohen und Thomas Yven

34 Mit Apps gegen Angst und Schmerz?
Wie mobile Anwendungen im Wartezimmer wirken
Elvira V. Lang

38 Hypnose aus dem Smartphone?
Möglichkeiten und Grenzen appbasierter Audioprogramme
Sven Münker

44 Medizin in der Zeitenwende
Ein kritischer Blick auf den Transhumanismus
Hartmut Schröder

Digitalisierung Unsere Augen werden durch Neue Medien immer stärker belastet. Gegen die Überforderung helfen Maßnahmen, welche die Natur des Sehsinns und die Bedürfnisse unserer Augen berücksichtigen. *Seite 22*

Literatur Die Frankfurter Fotografin Carry Hess vergleicht ihre Arbeit mit der eines Zahnarztes, wenn es darum geht, eine gute Fotografie zu machen. Das Resultat ist eine wunderbare Beschreibung, wie man einen guten Rapport herstellt. *Seite 34*

Köpfe Bernhard Trenkle wurde mit der renommierten Benjamin Franklin Medal in Gold der ISH ausgezeichnet. Gunther Schmidt gratuliert. *Seite 54*

Prisma

52 Die digitale Kreativwerkstatt
Neue Wege in der Trainer:innen-Ausbildung
Carla Benz

54 Ein ganz Großer
Bernhard Trenkle erhält ISH-Medaille
Gunther Schmidt

55 Hypnotisiert
Erstes universitäres Hypnose-Curriculum in Greifswald
Elena Blankenburg

Forum

20 Hypnotischer Streifzug: Das Thema
Kolumne von Steffi Könnecke

32 Fundgrube – Hypnose in der Literatur
Carry Hess: Wenn ich photographiere

42 Treibgut: Rückschau und Ausblick
Kolumne von Wolfgang Kuwatsch

Rezensionen

56 M. Gross, V. Popper: Und die Maus hört ein Rauschen
Veronika Raab

56 B. Husmann: Über 100 Jahre Autogenes Training
Dorothea Thomaßen

57 Ute Clement: Frauen führen besser
Sharon Riewe

DGZH intern

60 Bericht des Vorstands
Gisela Zehner

62 DGZH-Nachrichten kompakt

Weitere Inhalte

03 Editorial
04 Impressum
58 Fortbildung aktuell

Hypnose in Notfallsituationen

PRAXIS Der besondere, tranceartige Bewusstseinszustand von Notfallpatient:innen macht hypnotische Kommunikation zu einem effektiven Arbeitsinstrument. Die hypnotisch-therapeutische Grundhaltung unterstützt die medizinische Behandlung wirkungsvoll. Patienteneigene Coping-Strategien werden angeregt und miteinbezogen, Negativsuggestionen vermieden oder gemildert und Positivsuggestionen vermittelt.

Von Julia Schürch

Die meisten Menschen verbinden mit Hypnose eine ruhige, entspannte Atmosphäre. Auch viele Therapeut:innen kennen medizinische Hypnose nur in einem geschützten Rahmen, wo sie sich möglichst ungestört konzentrieren können, gut vorbereitet sind und sich Zeit für eine Anamnese, detaillierte Aufklärung und Besprechung des Prozederes nehmen. Ich habe die medizinische Hypnose vor über einem Vierteljahrhundert bei der Schweizerischen Ärztegesellschaft für Hypnose (SMSH) kennengelernt und wollte diese Kenntnisse natürlich gleich bei meiner ersten Arbeitsstelle auf der Notfallstation anwenden. Dabei war mir die übliche Hypnoseausbildung jedoch nicht sehr behilflich. Dank der Handwerker:innen in der SMSH, der Zahnärzt:innen, Anästhesist:innen sowie Chirurg:innen, vor allem aber der Anästhesistin Dr. med. Katiza Bloch habe ich einen anderen Zugang kennengelernt und in vielen Jahren als Notfallärztin, Internistin und Hausärztin erfolgreich einsetzen können.

In der Zwischenzeit sind mehrere Studien zum positiven Einfluss von medizinischer Hypnose in Notfallsituationen erschienen. Oft spricht man in diesem Zusammenhang von hypnotischer Kommunikation, da es sich selten um eine formelle Hypnose handelt. In einer Notfallsituation entstehen Trancen spontan mit negativer Grundstimmung und eingeschränkter Wahrnehmung im Sinne von Schreckstarre oder Überempfindlichkeit auf äußere Stimuli. Gleichzeitig haben diese Trancen oft eine starke, meist selbstbezogene Fokussierung. Die Hypnose schafft hier die Möglichkeit, akut notwendige medizinische Maßnahmen risikoarm und gewaltfrei durchzuführen und eine sehr direkte, positive Interaktion mit den Patient:innen im Sinne eines therapeutischen Teams aufzubauen.

Merkmale der Notfallsituation

Ein Notfall ist eine plötzliche, unerwartete Extremsituation, in der übliche Coping-Strategien versagen. Bei starkem physischem Stress (wie Schmerz und Atemnot) und/oder psychischem Stress (Todesangst, Panik) entsteht ein Kontrollverlust, oft über sich selber und vor allem über das äußere Geschehen. Da verschiedene Menschen über einen unterschiedlichen Rucksack an Erfahrungen verfügen, verhalten sich Betroffene in diesen Situationen sehr unterschiedlich. Einerseits entsteht oft eine Altersregression oder abweisende Haltung, andererseits eröffnet sich eine ungefilterte Suggestibilität und die üblichen, sozial erlernten Abwehrmechanismen sind eingeschränkt. Gelegentlich ist die Wahrnehmung so auf die Symptome gerichtet, dass Betroffene sich kaum auf die Helfenden konzentrieren können. Auch die notfallmäßige Versorgung steht unter Zeitdruck, sodass Behandelnde und ihr Team erheblichen Stress erleben. Situativ oder patientengegeben fehlen Möglichkeiten für eine vertiefte Kontaktaufnahme sowie für erklären-

de Informationen. Dies betrifft auch die Ressourcen, Wünschen oder Probleme der Patient:innen. Gleichzeitig sind Betroffene sehr motiviert, ihren aktuellen Zustand zu verändern.

Indikation und Kontraindikation für Hypnose

Die Frage ist nicht, wann man Hypnose oder hypnotische Kommunikation in einer Notfallsituation anwenden soll, sondern eher, ob es Situationen gibt, wo man es lassen soll. Wenn man davon ausgeht, dass sogar in Reanimationssituationen positive Suggestionen erfolgreich sein können, gibt es kaum Konstellationen, bei denen man diese Techniken nicht anwenden kann. Auch bei dementen oder unter Medikamenteneinfluss stehenden Patient:innen sind nonverbale Techniken hilfreich. Eine vertrauensbildende, nonverbale Kommunikation unterstützt durch eine klare und ruhige, aber bestimmte Tonart hilft in allen Notfallsituationen.

Einverständnis und Aufklärung

In solchen Situationen ist kaum ein formelles Einverständnis für eine hypnotische Intervention zu erhalten, da die Patient:innen oft nicht in der Lage sind, Erklärungen anzuhören oder zu verarbeiten. Aber wie bei anderen Notfallinterventionen kann man die bestmögliche Therapie anbieten und mit dem impliziten Behandlungsauftrag nach bestem Wissen und Gewissen im Sinne der Betroffenen argumentieren. Der Auftrag ergibt sich meist situativ klar für eine Linderung der akuten Symptome, etwa bei Schmerz, Panik, Atemnot oder Blutungen.

Zeitaufwand

Oft besteht das Vorurteil, man verliere mit Hypnosetechniken Zeit. Selbst wenn sie zu Beginn ein paar Minuten mehr kosten, zahlen sie sich im Verlauf meist mehr als aus, weil sie die Kooperation verbessern, die Betroffenen schneller genesen und Rückfälle, beispielsweise bei mit Benzodiazepin behandelten Hyperventilations- und anderen Panikattacken, vermindert werden. Ich kann aus Erfahrung sagen, dass bei unkomplizierten Tachykardien Hypnosen auf unserer gut geführten Notfallstation gewirkt haben, bevor die Medikamente bereitgestellt waren. Nur wenn die Notfallversorgung so dringlich ist, dass auch diese wenigen Minuten nicht zur Verfügung stehen, ist eine Hypnose kontraindiziert beziehungsweise nicht durchführbar. Positive Suggestionen können jedoch immer parallel zu anderen medizinischen Verrichtungen angewendet und in die übliche Behandlung eingeflochten werden.

Wirksamkeit und ihre Einflussfaktoren

Die Suggestibilität ist erfahrungsgemäß weniger von bestehenden Charaktereigenschaften oder den therapeutischen Maßnahmen abhängig als davon, wie die Situation emotional erlebt und wie schwer die existenzielle

Bedrohung empfunden wird (kontextabhängige Trancetiefe). Die Konzentrationsfähigkeit ist oft eingeschränkt durch eine Panikreaktion oder Schreckstarre, gleichzeitig besteht eine extreme Suggestibilität im Sinne einer selbstbezogenen Fokussierung, in der alles auf sich selbst bezogen wird. Die üblichen Schutz- und Abwehrmechanismen funktionieren in einer Extremsituation meist nicht. Diese stark erhöhte Suggestibilität bestimmt die Wirksamkeit von Positiv-, aber leider auch von Negativsuggestionen wesentlich. Wie beim Lernen gilt: Je stärker die damit verbundene Emotion, desto einprägsamer und intensiver die Erfahrung. Eine der wichtigsten Voraussetzung für eine erfolgreiche Hypnose ist die Motivation, und diese ist im Notfall situationsbedingt praktisch immer gegeben.

Kooperation

Menschen in einer Notfallsituation sind oft wegen der oben genannten Gründe (No-Setting, Negativ-Trance, Altersregression, mangelnde Konzentrationsfähigkeit) kaum in der Lage, sich kooperativ zu verhalten, obwohl rasches Handeln geboten ist und aus Sicherheitsgründen auf wichtige Informationen etwa über bestehende Krankheiten, Allergien und Medikamenteneinnahme nicht verzichtet werden darf. Hier sollten keine permissiven Techniken angewendet und nur Fragen gestellt werden, die für die aktuelle Situation hilfreich sind.

Psychisch kranke Menschen

Es wird häufig befürchtet, dass psychisch Erkrankte durch eine Hypnose entgleisen könnten. Jedoch ist anzunehmen, dass die psychische Befindlichkeit im Notfall durch suggestive oder hypnoseähnliche Verfahren verbessert wird. Eine gute Führung hilft, die Bedrohlichkeit der Situation zu mildern, die Kontrolle über sich selbst wiederzugewinnen und mit der akuten Angst, Unsicherheit und Panik besser umzugehen.

Erkennen und unterscheiden von Notfallsituationen

Oft ist eine der größten Schwierigkeiten, dass die Therapeut:innen nicht realisieren, dass die Patient:innen sich bereits in einer eventuell auch nur psychologischen oder emotionalen Notfallsituation befinden. Als Professionelle im Gesundheitswesen sind wir meistens an die spezielle Umgebung und die teilweise extremen Situationen gewöhnt und vergessen, dass unser Arbeitsalltag für andere nicht normal ist. Betroffene können viel schneller an ihre Grenzen kommen, als wir es uns vorstellen können. Bei vielen löst bereits das Betreten eines Spitals oder der Gedanke an eine Zahnarztpraxis eine Kaskade von negativen Triggern und entsprechenden physiologischen Reaktionen aus. Im Gegensatz zu anderen medizinischen Stress- und Extremsituationen, wie einer geplanten Zahnarztkonsultation oder einer elektiven Operation, fehlt bei einem Notfall oder Unfall die Möglichkeit, sich darauf einzustellen. Das Gefühl von abruptem Kontrollverlust und Ausgeliefertsein mit einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses ist besonders stark ausgeprägt.

Zeichen eines spontanen Trancezustandes

Bei einem Notfall können spontan Katalepsien auftreten und Betroffene erstarren körperlich oder geistig. Dies wird oft als »unter Schock stehen« oder affektiver Totstellreflex beschrieben. Bei selektiven Amnesien kann selbst bei Bewusstsein ein Unfall ausgeblendet sein. Die Zeitwahrnehmung verändert sich oft und wird verzerrt. Betroffene erleben häufig eine Altersregression. Aufgrund der erhöhten Suggestibilität besteht eine besondere vegetative Beeinflussbarkeit. Auch dissoziative Phänomene wie eine ausgeprägte Anästhesie können Unfallopfer selbst bei abgetrennter Extremität schmerzlos sein lassen, bis sie darauf angesprochen werden. Dies habe ich in Kriegsgebieten erlebt, wo Menschen eine sichtbare Verletzung präsentierten, aber andere Verletzungen gar nicht mehr wahrnahmen. Bei der Notfallversorgung eines gebrochenen Handgelenkes sah man die Einschüsse auf dem Rücken erst beim Verlassen des Behandlungsraums.

Beziehung von Patient:innen und Behandelnden

In der Not sind Betroffene üblicherweise offen für jede Hilfestellung von einer als Fachkraft eingestuften Person, zumal sie meist keine Wahl haben. Für Behandelnde ist es umso wichtiger, sich ganz auf die Patient:innen einzustellen sowie ruhig und kompetent zu sein oder zumindest so zu wirken. Dies beinhaltet, im Hier und Jetzt mit den Patient:innen zu sein und natürlich die schwierige Situation medizinisch zu behandeln, aber auch, die starken Emotionen auszuhalten. Körperkontakt ergibt sich oft von selbst, was für eine direkte Verbindung zu den Patient:innen, soweit dies gewünscht wird, sehr hilfreich ist. Es ist wichtig, glaubwürdig und sich selber treu zu sein. Es geht nicht darum, falsche Hoffnungen zu wecken oder etwas zu verschweigen, sondern Zuversicht und eine positive Erwartungshaltung für einen möglichst günstigen Verlauf aufzubauen.

Praktische Tipps für Hypnose in Notfall- oder Extremsituationen

Man sollte immer daran denken, dass Menschen auch mit offenen Augen tief in Trance sein können! Gleichzeitig sollte man praktisch handeln und die Situation erleichtern; manchmal ist ein Glas Wasser, eine warme Decke oder ein kühlender Umschlag hilfreicher als jede hypnotische Kommunikation und alles Mitgefühl.

Schwieriger, als es scheint, ist das Unterlassen von Negativsuggestionen. Dies können schon wohlmeinende Sätze wie »Wir machen das schon«, »Sie müssen jetzt nichts tun« oder »wir sorgen für Sie« sein,

In der Not sind Betroffene üblicherweise offen für jede Hilfestellung von einer als Fachkraft eingestuften Person.

denn sie können die Opferrolle verstärken. Hilfreich ist aktives Einbeziehen: »Helfen Sie uns bei der Arbeit und sich selber bei der Heilung, indem sie regelmäßig atmen und so genügend Sauerstoff an die verletze Körperstelle kommt und damit schon die Heilung beginnen kann«, oder: »Schicken Sie jetzt all ihre Blutplättchen zur Wunde, damit die Blutung aufhört«, oder: »Sie halten jetzt ihr Körperteil in dieser bestimmten Position, damit es gut gelagert ist.« Oft kann man auch eine Verantwortung übertragen, etwa das Beobachten der Infusionsgeschwindigkeit, allerdings nur, wenn es nicht zusätzlich überfordert.

Je agitierter oder abwesender die Patient:innen sind, umso bestimmter und direktiver kann und muss die Sprache sein und umso einfacher die Suggestionen. Ganz wichtig ist es, jede autoritäre Stimmlage besonders empathisch und permissiv aufzulösen.

Selbst in einer Notfallsituation kann die Anamnese für positive Suggestionen gebraucht werden (»Wenn ich weiß, welche Medikamente Sie nehmen, kann ich Ihnen umso besser helfen«), und dazu, Pacing oder Leading der Atmung aufzubauen. Auch kann man Fragen nach Ressourcen einbauen, die dazu zwingen, sich auf etwas Hilfreiches zu konzentrieren.

Es ist förderlich, Standardsätze und Ausdrücke für sich wiederholende Notfallsituationen bereitzuhalten. Aussagen, die so allgemein gehalten sind, dass sie immer stimmen, schaffen eine Ja-Haltung: »Atmen Sie ein und aus, Sie atmen die Luft ein, welche Sauerstoff enthält, der Sauerstoff bringt die Energie, welche Ihrem Körper bei einer schnellen und vollständigen Heilung hilft.«

Bei der klinischen Untersuchung lassen sich Befunde wie eine Hypertonie nach Bedarf reframen: »Ihr Herz ist kräftig und befördert jetzt besonders viel Sauerstoff zum verletzten Bein.« Wiederholungen sind zulässig und werden von den Patient:innen nicht als langweilig, sondern als hilfreich empfunden, da diese keine Kapazitäten für komplizierte Anweisungen haben. Es sei denn, man möchte verwirren, was aber im Notfall selten empfehlenswert ist. Auch die Ärzt:innen brauchen freie mentale Kapazitäten, um medizinisch korrekt zu versorgen, darum: Einfache Sätze oder Wortwiederholungen benutzen – keep it simple!

Je weniger von den Patient:innen bekannt ist, umso allgemeiner müssen die Suggestionen sein. Ist unbekannt, ob sie eventuell Angst vor Wasser haben, sollte man nicht eine spezifische Safe-Place-Suggestion mit Meer formulieren, sondern lieber »von einem Platz, wo Sie sich wohlfühlen« sprechen oder »wo sie jetzt lieber wären als hier«. Kann man keine Fragen stellen, fährt man mit offenen Formulierungen fort und bezieht alle Sinnesmodalitäten ein: »Schauen Sie sich um, betrachten Sie alles ganz genau, welche Farben und Formen sehen Sie, welche Gerüche, welche Geräusche gehören an diesen Ort.« Dies hilft den Patient:innen, sich an diesem Ort immer wohler zu fühlen, ohne dass die Therapeut:innen diesen kennen. Außerdem muss man sich nicht die Orte aller Patient:innen merken, sondern kann Standardsätze benutzen.

Eine Berührung ist oft die effizienteste Art, Kontakt aufzunehmen, Anwesenheit zu markieren und Unterstützung zu geben. Den Puls fühlen und die Hand länger halten als üblich sind einfache und unaufdringliche Möglichkeiten, zu spüren, ob Patient:innen Körperkontakt gerne zulassen. Da die meisten Menschen in einer Notfallsituation eine Altersregression machen, wird Körperkontakt oft als sehr beruhigend und unterstützend empfunden. Taktil kann auch die Ausatmungsphase sukzessive verlängert werden. Eine Beruhigung lässt sich erzielen, indem bei der Ausatmung ein kaum wahrnehmbarer Druck ausgeübt wird, etwa durch etwas festeres Drücken der Hand oder einen leichten Druck auf die Schultern.

Keine Intervention ist zu kurz, um am Schluss nicht eine posthypnotische Suggestion mitzugeben! Sie kann in einem Satz das Erlernte zusammenfassen, um es auch in Zukunft bei Bedarf sowie für eine gute Genesung anzuwenden: »Die jetzt begonnene Heilung wird in den nächsten Stunden und Tagen weitergehen«, oder: »Dieses gute Körpergefühl gehört ganz Ihnen, und da Ihr Körper ein eigenes Gedächtnis hat, können Sie dorthin zurückkehren, wann immer sie es wieder brauchen«, oder: »Da Sie das, was Sie jetzt erlebt und gespürt haben, selber erlebt und gemacht haben, können Sie es wieder nutzen, wann immer Sie es brauchen.«

In der heutigen Zeit haben viele bereits Erfahrungen mit Entspannungsübungen, Yoga oder Ähnlichem gemacht. Man sollte gezielt danach fragen und auch danach, ob dies positiv erlebt wurde. Falls ja, kann man diese Erfahrungen einbeziehen und darauf aufbauen. Auch sollte man eine Zeitverzerrung zumindest teilweise auflösen und eine klare Struktur von aktueller Zeit und Raum mitgeben, selbst wenn man keine formelle Induktion gemacht hat. Für die Situation hilfreiche Suggestionen wie Schmerzminderung, können jedoch belassen werden. Ebenso können ganz gezielt gute Erlebnisse, Entspannung, Kraft und Zuversicht in die akute Situation mitgenommen werden.

Mögliche Techniken

UTILISATION

Spannung, Schmerz, Schreien und Regression, die gemeinhin als erschwerende Elemente gelten, können als Ressourcen utilisiert werden. Dafür kann ein einzelnes Symptom oder die gesamte Situation genutzt werden. Patient:innen sind oft in einer grundsätzlichen Abwehrhaltung. Durch Utilisation werden sie zu Mitarbeitenden, die mündig an der notwendigen Therapie teilnehmen und so aktiv den ersten, wichtigen Schritt zur Heilung und Verbesserung der Situation machen. Auch bei einem No-Setting gibt es Möglichkeiten der Zusammenarbeit, indem man das Vorhandene nutzt, etwa den bereits erhöhten konzentrativen Fokus. Um einige Beispiele zu nennen: Bei Anspannung ist die Aufforderung zur Entspannung oft kontraproduktiv. Stattdessen kann man darum bitten, die ganze Spannung an einem nicht schmerzhaften Ort im Körper zu konzentrieren, indem etwa die Faust ganz fest verschlossen wird und sich die ganze Konzentration darauf richtet, dass keine Spannung aus der Faust entweicht. Bei Schmerz sind Patient:innen meist ganz auf diesen konzentriert und sollen dies dementsprechend noch mehr tun, indem sie ihm eine Farbe, Form oder Textur geben und diese Eigenschaften dann verändern. Insbesondere bei Kindern lässt sich das Schreien nutzen, indem diese aufgefordert werden, noch lauter oder mit einem anderen Konsonanten zu schreien, anstatt mit »A« zum Beispiel mit »E« oder »U«. Ganz wagemutige Behandelnde können auch einen Schreiwettkampf beginnen, was vor allem bei erschrockenen Kindern angewendet werden kann, jedoch nicht bei starken Schmerzen.

REFRAMING

Reframing kann auf Symptome oder die vorhandene Situation im Allgemeinen und Besonderen angewendet werden. Zum Beispiel bei einer Tachykardie: »Ihr Herzschlag ist im Moment sehr schnell und stark, ähnlich wie wenn Sie Sport machen, dies bedeutet auch, dass Ihr Herz kräftig ist.« Situativ im Allgemeinen: »Sie sind jetzt hier auf der Notfallstation, wo wir Ihnen bestmöglich helfen können, damit es Ihnen schnell wieder besser geht.« Oder auch bei beängstigenden Geräuschen oder Gegenständen: »Das Piepsen der Maschine bedeutet, dass Sie genügend Sauerstoff im Blut haben und wir Sie gut betreuen können.«

ÜBERRASCHUNGSMOMENT NUTZEN

In einer Notfallsituation bestehen oft Erwartungen, was gemacht wird und wie sich die Behandelnden zu verhalten haben. Man denke an all die vielen Spitaldarstellungen in den Medien. Es verblüfft, wenn man nicht nur fragt, wo es schmerzt, sondern auch, welchem Körperteil es in diesem Moment gut geht. Manchmal ist ein Witz ideal, um Spannung abzubauen und einen Zugang zu den Patient:innen zu finden.

DISSOZIATION

Es können verschiedene Dissoziationen angestrebt und auch kombiniert werden. Zeitlich kann man in eine Vergangenheit gehen, als es gut war, oder in eine Zukunft, wo alles wieder gut oder zumindest besser sein wird. Örtlich kann sich die Patientin an einen anderen Ort versetzen. Es kann ein bereits bekannter Safe Place genutzt oder ein neuer aufgebaut werden. Perzeptiv lässt sich ein schmerzhafter Körperteil ausblenden oder eine Körpersensation verändern.

FRAKTIONIEREN

Fraktionieren ist ideal bei Angst vor Kontrollverlust. Da in der Notfallsituation bereits ein großer Kontrollverlust zu verarbeiten ist, kann diese Technik sehr hilfreich sein, weil sich die Patient:innen sehr konzentrieren müssen, falls eine Punktfixation hinzukommt und die Patientin zu Beginn mit offenen Augen arbeitet.

Beispiel für eine Patientin mit Hyperventilation

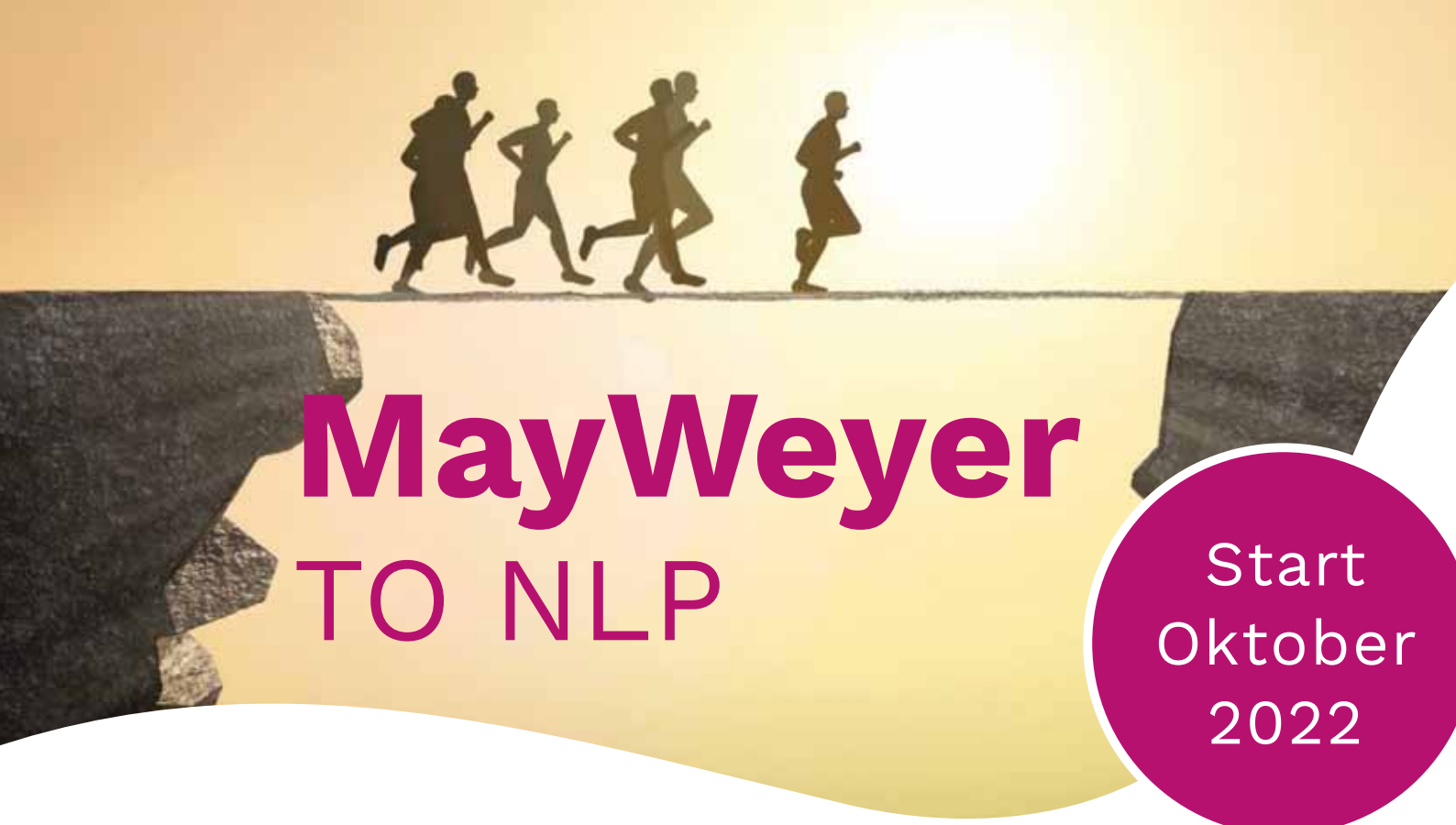
Die Patientin soll mit offenen Augen ein Viereck wählen, das sie mit den Augen fixieren kann, etwa einen Tür- oder Fensterrahmen, ein Bild oder einen Schrank. Sie soll fortlaufend einatmen, den Atem halten und Ausatmen und dabei zählen, je nach initialer Atemfrequenz bis mindestens drei und höchstens zehn. Parallel dazu soll sie mit den Augen bei jeder Atemphase an einem Schenkel des gewählten Viereckes entlangfahren. Zu Beginn zählt der Therapeut für die Patientin in relativ autoritärem Ton bis zur gewählten Zahl und benennt die Atemphasen. Oft kann bereits nach wenigen Durchgängen der Zählrhythmus verlangsamt und dadurch die Atemfrequenz vermindert werden. Danach wird die Patientin aufgefordert, selber in Gedanken zu zählen. Im Verlauf erfragt der Behandelnde zusätzlich die Lieblingsfarbe, ein Lieblingsbild oder einen Lieblingsort und lässt das mit den Augen gewählte Viereck imaginär mit der Farbe oder dem bevorzugten Bild oder Ort ausfüllen. Zum Abschluss ist es wichtig, den posthypnotischen Auftrag zu geben, die Übung auch in Zukunft zu trainieren und bei Bedarf anzuwenden. Die Übung kombiniert Ablenkung, Fokussierung, Konzentration, Imagination, Safe Place und posthypnotischen Auftrag.

Auflösung von Negativtrancen bei Helfenden

Vor allem Helfende, die Notfallsituationen nicht gewohnt sind, können selbst in eine Negativtrance geraten. Dabei ist es gerade hier wichtig, dass die Behandelnden ruhig genug bleiben, um sich auf die Patient:innen einlassen zu können, und von der Möglichkeit einer positiven Beeinflussung der Situation überzeugt sind. Ankertechniken helfen in Sekundenschnelle, sicher und konzentriert zu bleiben.

Doch das braucht Vorbereitung. In einer ruhigen Selbsthypnose-Sitzung kann man für sich die wichtigsten Eigenschaften herausarbeiten, die man im Notfall besitzen möchte, wie etwa innere Ruhe, Übersicht, Entschlossenheit, klares Denken oder Energie. Dann verbindet man sich idealerweise mit einer emotionalen Situation, in der man diese Eigenschaft bereits erlebt hat. Es ist ganz wichtig, dieses gute Gefühl physisch zu verankern. Diese Geste sollte schnell, unauffällig und einfach auszuführen sein, damit man sie in einem Notfall auch einsetzen kann, beispielsweise ein kurzer Faustschluss, zwei bestimmte Finger, die zusammengepresst werden, oder ein kurzer Griff ans eigene Ohrläppchen. Mehrfache tiefe Atemzüge und Ähnliches dauern zu lang und sind zu auffällig. Es ist auch sehr hilfreich, in einem ruhigen Moment allgemeine Formulierungen für Notfälle zu überlegen und zu üben, damit diese bei Bedarf leicht und sicher eingesetzt werden können. Hypnotherapeut:innen sollten ihre individuellen Methoden anwenden, denn je authentischer sie sind, desto überzeugender und wirksamer sind sie. Und ansonsten gilt die gute alte Regel aus dem Buchklassiker »House of God«: Im Notfall immer zuerst den eigenen Puls fühlen! ■

Dr. med. Julia Schürch ist Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin mit Zusatzausbildungen in Chirurgie sowie Notfall- und Intensivstation und Master of International Health. Sie absolvierte eine Ausbildung als Notärztin im Tessin (Anästhesie, Rega-Helikopter, Ambulanz) und war für Ärzte ohne Grenzen, das Internationale Rote Kreuz und andere Organisationen in Kriegs- und Krisengebieten tätig. Sie arbeitete als Haus- und Notfallärztin in Schweizer Bergdörfern und baute in der italienischen und französischen Schweiz in drei Kliniken Notfallstationen mit auf. Bereits in ihrer Doktorarbeit beschäftigte sie sich mit dem Thema Hypnose. Kontakt: dr.julia.schuerch@bluewin.ch



MayWeyer
TO NLP

Start
Oktober
2022

Spielball der Umstände oder who drives the Bus?

Zwischen Reiz und Reaktion liegt (m)ein Spielraum. Ihr Weg zu NLP und Hypnose.

Unser **NLP Curriculum** ist speziell auf Zahnmediziner und andere Heilberufe ausgerichtet. Die Ausbildung findet an 9 Wochenenden in München/Oberhaching statt und endet mit einer Zertifizierung nach den Vorgaben des DVNLP.

Die Ausbildungsziele des NLP

Bei NLP handelt es sich um ein Kommunikationsmodell, das vor allem in heilenden und sozialen Berufen, aber auch in anderen Tätigkeitsbereichen, integriert werden kann. Der Schwerpunkt dieser beruflichen Fortbildung liegt in der Patienten- und Praxiskommunikation. NLP steigert die eigene Professionalität durch sprachliche Klarheit, stichhaltiges Argumentieren, Empathie, ziel- und lösungsorientiertes Handeln und nicht zuletzt aus der daraus resultierenden Überzeugungsfähigkeit.

Differenzierte Wahrnehmung
Was z.B. sind sprachliche Verzerrungen oder Universalien? Durch bewusstes Zuhören die richtigen Fragen stellen.

Authentisches Handeln
Was sind Ihre Werte, Sinneswahrnehmung und Glaubensansätze?

Zielgerichtete Sprache
Die Botschaft einer Sendung bestimmt immer der Empfänger. Auf welchen Sinneskanälen ist mein Gegenüber empfänglich?

Überzeugende Kommunikation
Sprache gezielt, flexibel und effektiv einsetzen. Erstaunlich schnell und und mit Spaß!

Veränderungswirksames Vorgehen
Durch das Erkennen eigener Strukturen in neuer Kongruenz.

Kreative Gestaltung des Erlernten
mit den neuen Tools und Fähigkeiten. Sofort umsetzbar – weil und wann Sie es wollen!

Weitere Informationen und Anmeldung unter https://mayweyer.vision

© MayWeyer • Gudrun Weyer • Dr. Hans May • Tel. +49 157 582 546 14
in Kooperation mit der DGZH-Regionalstelle München

Hypnose im OP

WISSENSCHAFT Therapeutische Suggestionen während einer Allgemeinanästhesie reduzieren postoperative Schmerzen und den Schmerzmittelbedarf. Das ist das Ergebnis einer neuen randomisierten, kontrollierten multizentrischen klinischen Studie.

*Von Ernil Hansen**

Anästhesie wird in der Regel als ein Zustand der Empfindungslosigkeit angesehen. Mehrere Beobachtungen deuten jedoch darauf hin, dass die zentrale Hörbahn während der Narkose intakt bleibt (Cheek 1962, Madler 1991). So kann bei einer kleinen Minderheit von Patient:innen eine intraoperative Wachheit auftreten und zu schwerwiegenden Folgeerscheinungen wie einer posttraumatischen Belastungsstörung führen (Hajat 2017). Die Inzidenz von »intraoperative awareness« mit expliziter Erinnerung wird mit 0,2 % angegeben. Eine höhere Inzidenz (2 %) mit impliziter Erinnerung kann erst durch Assoziationen oder unter Hypnose aufgedeckt werden (Tasbihgou 2018). Ein häufigeres Auftreten wurde für Reaktionen auf bedeutsame Ereignisse wie eine intraoperativ simulierte Komplikation beobachtet (Levinson 1965). Aufgrund des negativen Inhalts und der Folgen derartiger intraoperativer Wahrnehmungen wurden alle Anstrengungen unternommen, um unzureichende Narkosen zu vermeiden (Messina 2016). Im Gegensatz dazu hat eine Reihe von Studien therapeutische Suggestionen vom Tonband während einer Allgemeinanästhesie untersucht und den Versuch unternommen, die intakte Wahrnehmung von Gesprochenem positiv zu nutzen. In einer kürzlich durchgeführten Metaanalyse wurden aus 7.427 Berichten 32 adäquate randomisierte kontrollierte Studien (RCT) mit 2.102 Patient:innen identifiziert, die zwar keine Auswirkungen auf die Schmerzintensität oder die psychische Belastung zeigten, dafür aber geringe, doch signifikante positive Auswirkungen auf die Medikation und die Genesung (Rosendahl 2016). Diese Ergebnisse weckten die Hoffnung, dass ein nichtpharmakologischer Ansatz wie therapeutische Suggestionen für chirurgische Patient:innen von Nutzen sein könnte. Die identifizierten RCTs waren jedoch relativ alt (1986–2001), von geringem Umfang sowie heterogenem und mit einem schwachen Studiendesign. Außerdem haben sich die Therapie- und Prophylaxeschemata in der Zwischenzeit geändert, Durchführung und Narkosetiefe waren in diesen Studien nicht standardisiert und die angewandten Suggestionen waren sehr unterschiedlich und enthielten häufig Negationen. Daher erschienen weitere Studien zur Validierung angezeigt.

Eine ausreichende Analgesie ist ein wichtiges Ziel und eine große Herausforderung bei der postoperativen Versorgung, sowohl für das Wohlbefinden der Patient:innen als auch für die Genesung und das Outcome. Zu diesem Zweck werden in erster Linie Opioide eingesetzt. Diese Medikamente sind jedoch mit zum Teil schweren Nebenwirkungen und Komplikationen behaftet. Da die meisten von ihnen eine Dosisabhängigkeit zeigen, sind Strategien zur Dosisreduzierung von Opioiden wünschenswert (Wheeler 2002, Kehlet 2005). Dazu gehören Co-Analgetika wie nichtsteroidale Antirheumatika (NSAIDs), die jedoch selbst Nebenwirkungen und Risiken mit sich bringen (Marret 2005). Daher sind auch nichtpharmakologische Mittel zur Verringerung des Opioidverbrauchs als Teil eines multimodalen opioidsparenden Behandlungsplans gefragt. Angesichts der aktuellen Problematik von epidemischem Opioidmissbrauch und der zentralen Bedeutung postoperativer Schmerzen ist die Suche nach ergänzenden nichtpharmakologischen Ansätzen notwendig (Chen 2019). Ziel der vorliegenden Studie war es, zu prüfen, ob ein intraoperativ abgespielter Text zu einer geringeren Opioidmedikation in den ersten 24 Stunden nach der Operation führt.

Methoden

STUDIENAUFBAU

Bei der Studie handelte es sich um eine multizentrische, randomisierte, verblindete, Placebo-kontrollierte Studie in folgenden fünf Krankenhäusern der tertiären Versorgung in Deutschland: Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum, Universitätsklinikum Regensburg, Universitätsklinikum der LMU München, Universitätsklinikum Köln und Klinikum Kassel (Universitätsklinik der medizinischen Fakultät der Universität Southampton). Alle Ethikkommissionen der teilnehmenden Zentren genehmigten und akzeptierten das Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum (Registriernummer: 17-5957-BR).

* Übersetzung und Zusammenfassung der Originalveröffentlichung: Nowak H, Zech N, Asmussen S, Rahmel T, Tryba M, Oprea G, Grause L, Schork K, Moeller M, Loeser J, Gyarmati K, Mittler C, Saller T, Zagler A, Lutz K, Adamzik M, Hansen E. Effect of therapeutic suggestions during general anaesthesia on postoperative pain and opioid use: multicentre randomised controlled trial. BMJ 2020;371:m4284 http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m4284.

PATIENT:INNEN

Als Einschlusskriterien galten ein Alter zwischen 18 und 70 Jahren sowie eine elektive Operation unter Allgemeinanästhesie mit einer geplanten Dauer von ein bis drei Stunden und einem Risiko für postoperative Schmerzen und Übelkeit. Ausgeschlossen wurden Patient:innen mit a) schweren Vorerkrankungen mit einem ASA-Score von vier oder mehr, b) der Notwendigkeit einer postoperativen mechanischen Beatmung oder c) einem Epiduralkatheter oder anderen Arten der Regionalanästhesie. Geeignete Patient:innen wurden nach Aufklärung und schriftlicher Einwilligung in die Studie eingeschlossen.

RANDOMISIERUNG UND VERBLINDUNG

Die Patient:innen wurden im Verhältnis eins zu eins durch Randomisierung der Interventions- oder Kontrollgruppe zugewiesen. Weder die Patient:innen noch das an der Patientenversorgung beteiligte medizinische Personal hatten Kenntnis von der Gruppenzuordnung.

VERFAHREN

In der Interventionsgruppe wurde eine 20-minütige Audiodatei mit Musik und therapeutischer Kommunikation einschließlich indirekter und positiver Suggestionen (Text A) abgespielt, gefolgt von 10 Minuten Stille. Dies wurde bis zum Ende der Operation wiederholt. Dann wurde eine andere Audiodatei mit einer Aufnahme abgespielt, welche die Patient:innen auf das Aufwachen aus der Narkose vorbereitete, und zwar ab dem Zeitpunkt, an dem die volatile Anästhesie beendet wurde (Text B). Vor der Extubation wurde das Abspielen gestoppt und die Kopfhörer wurden entfernt. Der auf hypnotherapeutischen Prinzipien basierende Text, entwickelt und aufgenommen vom Autor dieses Beitrags, behandelte Themen wie Kompetenz und Fürsorge des chirurgischen und anästhesiologischen Teams, Schmerzregulierung, Dissoziation zu einem sicheren Ort, Affirmation, Angstkontrolle und Zuversicht (Hansen 2018, Hansen 2019). Die Hintergrundmusik wurde von der CD »Trancemusik« (Hypnos Verlag, Stuttgart, Deutschland) übernommen. Die Patient:innen der Kontrollgruppe erhielten ebenfalls Kopfhörer und Audioplayer, aber keinen auditiven Input. Das gesamte an der Studie beteiligte medizinische Personal, sowohl in der Anästhesie als auch in der postoperativen Versorgung, wurde umfassend instruiert und geschult. Die Allgemeinanästhesie wurde als balancierte Anästhesie mit Sevofluran bei einer minimalen alveolären Konzentration (MAC) von 1,0 ± 0,2 durchgeführt. Zusätzlich wurde die Narkosetiefe durch elektroenzephalografische Überwachung mittels BIS® (Medtronic GmbH, Meerbusch, Deutschland) oder Narcotrend® (Narcotrend Group, Hannover, Deutschland) mit einem Zielindex von 40 bis 60 kontrolliert. Sowohl mit MAC als auch mit BIS kann eine unzureichende Anästhesietiefe ausgeschlossen werden (Messina 2016). Patient:innen mit einem postoperativen Schmerzniveau von NRS ≥3 erhielten einen intravenösen Opioidbolus (Piritramid), entweder durch die behandelnde Pflegekraft (NCA, nurse-controlled analgesia) oder selbst verabreicht (PCA, Patient-controlled Analgesia mit Bolus und Sperrintervall). Optionale Nichtopioid-Schmerzmittel wurden entsprechend den klinikinternen Standards und der Anamnese der Patient:innen additiv verabreicht. Präoperativ wurde der Grad der Angst mit dem State Trait Anxiety Inventory (STAI-S) getestet, um eine Vergleichbarkeit der Gruppen zu gewährleisten (Marteau 1997).

MESSPARAMETER

Der primäre Endpunkt dieser Studie war der Bedarf an Opioiden innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Operation, die im Rahmen von PCA oder NCA verabreicht wurden. Aufgrund der Verwendung zusätzlicher oraler Opioide (Tilidin oder Oxycodon) und um die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Leser mit anderen Standardmedikamenten als Piritramid zu gewährleisten, wurden Morphin-Milligramm-Äquivalente berechnet (MME = mg Piritramid × 0,7 + mg Tilidin × 0,2 + mg Oxycodon × 0,8). Um die Validität der Messung zu verbessern, wurde die Opioidanwendung mit einem definierten Schmerzniveau verknüpft, das anhand einer numerischen Skala (NRS) von 0 bis 10 ermittelt wurde (Hawker 2011). Da die Opioidgabe auf einer NRS ≥3 basierte, wurde die postoperative Schmerzmessung sehr regelmäßig und festgelegt durchgeführt, nämlich in den ersten zwei Stunden (im Aufwachraum) in 15-minütigen Abständen. Darüber hinaus wurden die Patient:innen nach 24 Stunden getestet sowie nach den maximalen Schmerzwerten innerhalb der ersten zwei Stunden und nach 24 Stunden befragt. Weitere sekundäre Ergebnisvariablen waren der Einsatz von Nichtopioiden, das Wohlbefinden, die mentale Orientierung und das Angstniveau sowie postoperative Übelkeit und Erbrechen (PONV), der Einsatz von Antiemetika und die Aufwachzeit aus der Narkose. Die Dosierung der Nichtopiate wurde in Prozent der Tageshöchstdosis (THD) umgerechnet, um verschiedene Analgetika mit unterschiedlichen pharmakologischen Halbwertszeiten zu berücksichtigen (THD von Metamizol = 4.000mg, Paracetamol = 4.000mg, Ibuprofen = 2.400mg, Diclofenac = 150mg, Etoricoxib = 120 mg, nach Angaben der Arzneimittelhersteller).

STATISTISCHE AUSWERTUNG

Die erforderliche Stichprobengröße wurde durch eine Power-Analyse auf der Grundlage früherer Studien bestimmt, die in einer Metaanalyse von Rosendahl und Kollegen zusammengefasst sind (Rosendahl 2016). Es errechnete sich für eine Power von etwa 80 % eine notwendige Stichprobe von 368 Patient:innen, um einen Unterschied in der postoperativen Opioidmedikation bei einem zweiseitigen Alpha-Niveau von 0,05 zu erkennen. Kontinuierliche, nicht normalverteilte Variablen sind dargestellt als Median und Interquartilsbereich (IQR), kategorische Variablen werden als Häufigkeit und Prozentsatz angegeben.

Tabelle 1: Ausgangswerte

	Interventionsgruppe (n = 191)	Kontrollgruppe (n = 194)
Alter (Jahre)	52 (43–62)	54 (46–62)
Geschlecht (weiblich)	115 (60 %)	110 (57)
Schmerzskala (NRS 0–10) präoperativ	0 (0–1)	0 (0–2)
Angstskala (STAI-S 20–80) präoperativ	41,0 (33–51)	39,5 (33–50)
Schmerzhafte Operation*	136 (71 %)	147 (76 %)
Patientenkontrollierte Analgesie (PCA)	78 (40 %)	79 (40 %)
Operationsdauer (Minuten)	95 (69–140)	106 (74–141)
Intraoperative Medikation:		
Fentanyl (mg), n = 85/93	0,5 (0,4–0,5)	0,5 (0,5–0,6)
Sufentanil (µg), n = 106/101	50 (40–64)	50 (40–70)
Nichtopiat-Analgetika (% THD)	33 (25–50)	31 (25–50)
Patient:innen mit Nichtopiat-Analgetika	165 (86 %)	161 (83 %)

Es sind Medianwerte mit Interquartilbereich (in Klammern) angegeben.

NRS = numerical rating scale; STAI-S = state trait anxiety inventory scale; THD = Tageshöchstdosis.

*Gynäkologische, orthopädische, abdominalchirurgische Operationen (nach Gerbershagen 2013).

Für weitere Analysen wurden die Operationen nach den innerhalb der ersten postoperativen 24 Stunden zu erwartenden Schmerzen stratifiziert (Operationen mit starken Schmerzen: Gynäkologie, Orthopädie, abdominale allgemeine Chirurgie; Operationen mit geringen Schmerzen: nicht abdominale Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Urologie) (Gerbershagen 2013). Eine Subgruppenanalyse wurde auch für PCA- und NCA-behandelte Patient:innen durchgeführt. Zur Bewertung des Einflusses therapeutischer Suggestionen auf die postoperative Opioid-Dosis wurden lineare oder Logistic-mixed-Effects-Modelle verwendet. Der Vergleich der Variablen zwischen den Gruppen der sekundären Endpunkte wurde mit dem Mann-Whitney-U-Test für nicht normalverteilte kontinuierliche Variablen und dem Chi-Quadrat-Test von Pearson für kategoriale Variablen durchgeführt. Die Effektgrößen für die Ergebnisvariablen wurden durch Cohen's d mit 95 % Konfidenzintervallen (CI) beschrieben. Für die grafische Darstellung der nichtparametrischen NRS und Morphinäquivalente wurde ein Bootstrapping-Verfahren mit Resampling durchgeführt und ein Mittelwert mit 95%-KI berechnet. Die statistische Analyse wurde mit »The R Project for Statistical Computing« (Wien, Österreich) durchgeführt. Ein zweiseitiger P-Wert von weniger als 0,05 wurde als statistisch signifikant angesehen.

Ergebnisse

Wir rekrutierten und randomisierten von Januar 2018 bis Dezember 2018 insgesamt 400 Patient:innen (80 pro Studienstandort, 202 in der Interventionsgruppe und 198 in der Kontrollgruppe. 15 Patient:innen fielen wegen ungeplanter Intensivtherapie, Ausfall der Operation oder Einverständnisrückzug aus, sodass 191 Patient:innen der Interventionsgruppe und 194 Patient:innen der Kontrollgruppe in die Per-Protocol-Analyse eingeschlossen werden konnten. Die Ausgangswerte sind in Tabelle 1 dargestellt. Die Dauer des chirurgischen Eingriffs, die präoperativen Schmerzen und der intraoperative Einsatz von Analgetika waren gleichmäßig auf die beiden Gruppen verteilt. Es wurden 27 verschiedene chirurgische Eingriffe durchgeführt, die ebenfalls in beiden Gruppen gleich verteilt waren (P = 0,32). Die häufigsten Operationen waren Strumaresektionen, abdominale Herniotomien, orthopädische Eingriffe an Bandscheiben und bei Spinalkanalstenosen, Cholezystektomien, kolorektale Resektionen, laparoskopische oder offen durchgeführte Hysterektomien. Drei Zentren verwendeten NCA und zwei PCA. Der Anteil der operierten Patient:innen mit starken Schmerzen oder PCA unterschied sich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe nicht. In einem Zentrum erhielten 14 Patient:innen in der Interventionsgruppe und 20 Patient:innen in der Kontrollgruppe zusätzlich orale Opioide, was 14,0 % der gesamten MME entspricht. Bei der postoperativen Befragung erinnerten sich ausnahmslos alle Patient:innen nicht daran, Kopfhörer erhalten oder Musik und intraoperative verbale Suggestionen gehört zu haben. Es wurden keine Nebenwirkungen beobachtet.

POSTOPERATIVE OPIOIDE

Nach verbalen Suggestionen während der Allgemeinanästhesie ergab sich postoperativ ein signifikant geringerer Bedarf an Opioid-Analgetika innerhalb von zwei und von 24 Stunden (Abb. 1 und Tab. 2). Im Durchschnitt wurde die 24-Stunden-Opioiddosis um 2,8 (1,2 bis 4,3) mg MME reduziert, was einer Einsparung von 34 % entspricht. In der Interventionsgruppe benötigten signifikant weniger Patient:innen postoperative Opioide innerhalb der ersten 24 Stunden, nämlich 121 von 191 (63,4 %) gegenüber 155 von 194 (79,9 %). Dementsprechend benötigten in der Kontrollgruppe 26 % mehr Patient:innen Opioide. Die NNT, um postoperative Opioide gänzlich zu vermeiden, betrug 6,0. Die Zahl der betroffenen Patient:innen gewinnt besondere Bedeutung, wenn man bedenkt, dass die intraoperative Wahrnehmung in der Regel mit dem Phänomen der »intraoperativen Wachheit« in Verbindung gebracht wird, d. h. mit

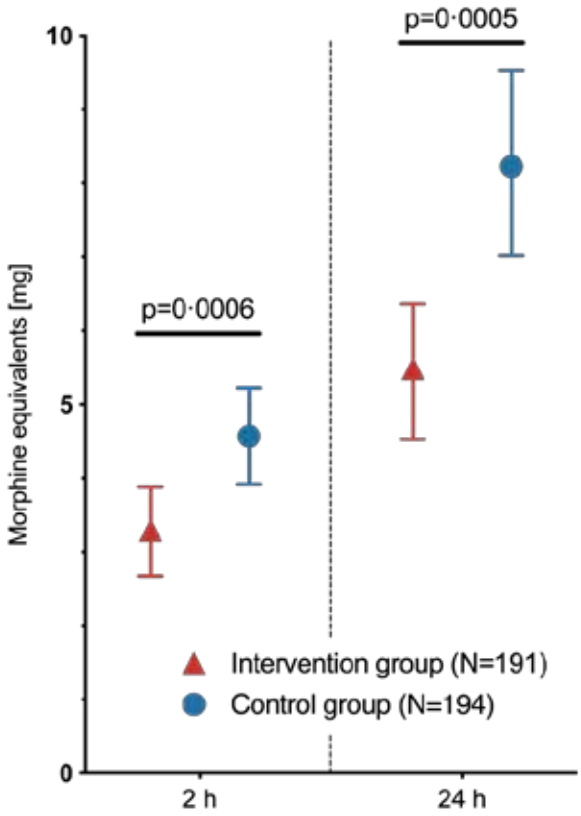


Abbildung 1: Postoperativer Opioidbedarf

der Reaktion von nur sehr wenigen Patient:innen. Die Verringerung des Opioidbedarfs war bereits in den ersten beiden postoperativen Stunden im Aufwachraum, dem Zeitraum der striktesten Standardisierung (Verknüpfung der Analgetikagabe mit regelmäßig abgefragtem Schmerzniveau), signifikant (P < 0,001). In diesem frühen postoperativen Zeitraum konnte eine Einsparung von Opioiden um 28 % (Interventionsgruppe: 3,3 MME, Kontrollgruppe: 4,6 MME) berechnet werden (Bootstrapping-Methode), außerdem wurden 61 % mehr Patient:innen ohne Opioidbedarf beobachtet. Untergruppenanalysen von Patient:innen mit Operationen mit starken oder geringen Schmerzen sowie von Patient:innen, die PCA oder NCA erhielten, zeigten einheitlich einen geringeren Opioidverbrauch nach der Intervention. Insbesondere unterschied sich der 24-Stunden-Opioidverbrauch nicht signifikant zwischen Patient:innen mit NCA und Patient:innen mit PCA zur Schmerzbehandlung (P = 0,715 für die Intervention und P = 0,925 für die Kontrolle).

Das Mixed-Effects-Modell zur Bewertung der Einflussfaktoren (Tab. 3) auf die postoperative Opioiddosis ergab die Gruppenzuweisung als Hauptdeterminante. Darüber hinaus zeigte sich ein Einfluss des intraoperativen Schmerzniveaus durch die Art der Operation (Operationen mit starken/geringen Schmerzen) und durch den individuellen Verlauf der Operation (widergespiegelt durch die Dosierung der intraoperativen Opioide). In einer zusätzlichen Analyse wurde keine Interaktion zwischen dem erwarteten operationsbedingten Schmerzniveau und der Zuweisung zur Behandlungsgruppe auf die postoperative Opioiddosis beobachtet (standardisierte Schätzung: –0,88; 95 % CI: –4,11 bis 2,36; P = 0,596). Die Varianz des primären Ergebnisses zwischen den Studienstandorten war deutlich geringer als es die Zufallseffekte innerhalb des Standortes waren. Auch der Bedarf an Nichtopiat-Schmerzmittel war postoperativ durch die Intervention signifikant verringert und der Anteil an Patient:innen ohne Bedarf dafür um 28 % erhöht (Tab. 2).

POSTOPERATIVE SCHMERZEN

Während die Patient:innen in beiden Gruppen präoperativ ähnliche Schmerzwerte aufwiesen, war der postoperative Schmerzverlauf in beiden Gruppen unterschiedlich (Abb. 2). Bereits die erste postoperative Schmerzbeurteilung bei der Aufnahme in den Aufwachraum, bevor ein postoperatives Opioid verabreicht wurde, zeigte signifikant niedrigere NRS-Werte in der Interventionsgruppe (1,4±2,2 vs. 2,2±2,7, P = 0,002) und mehr Patient:innen mit einer NRS<3, d. h. der üblichen Schwelle für eine Schmerzbehandlung. Die durchschnittlichen NRS-Werte blieben nach den intraoperativen therapeutischen Suggestionen um 25 % niedriger und lagen während 24 Stunden unter 3, im Gegensatz zur Kontrollgruppe mit NRS-Werten über der Schwelle von 3. Darüber hinaus hatten trotz des signifikant höheren Opioidverbrauchs in der Kontrollgruppe nach 24 Stunden 61,3 % (95 % CI 54,1 bis 68,2 %) dieser Patient:innen (119 von 194) einen postoperativen Schmerzwert von NRS ≥3, was auf anhaltende klinisch relevante Schmerzen und einen Bedarf an Analgetika hinweist, verglichen mit 81 von 191 (42,4 %; 95 % CI 35,3 bis 49,8) Patient:innen in der Interventionsgruppe (P < 0,001). Die NNT der intraoperativen therapeutischen Suggestionen, um Patient:innen vor einem unzureichenden postoperativen Schmerzniveau von NRS ≥3 zu bewahren, betrug 5,3 (Tab. 2).

Diskussion

Der postoperative Schmerzmittelbedarf, primärer Endpunkt dieser Studie, kann am verlässlichsten durch eine standardisierte Schmerztherapie wie PCA oder NCA gemessen werden. Zur Verbesserung der Validität wurde diese Art der Schmerztherapie mit einem definierten Schmerzniveau verknüpft, nämlich mit einem NRS ≥3. Die Aussagekraft der Schmerzmessung wurde in den ersten beiden postoperativen Stunden im Aufwachraum durch eine regelmäßige, nämlich viertelstündliche Abfrage weiter erhöht. Dabei wurde die postoperative Schmerztherapie, insbesondere die Opioidgabe, streng kontrolliert. Auch die Nichtopioid-Analgesie war durch spezifische Standardarbeitsanweisungen der Studienzentren, die alle für die Schmerztherapie zertifiziert sind, genau definiert, wobei eine Anpassung an die individuellen chirurgischen Gepflogenheiten und die Krankengeschichte der Patient:innen möglich war.

WICHTIGSTE ERGEBNISSE

Die Studie zeigt eine signifikante Reduzierung der postoperativen Opioide nach intraoperativen therapeutischen Suggestionen. Außerdem war die Zahl der Patient:innen, die eine Schmerzbehandlung mit Opioiden anforderten und erhielten, signifikant niedriger. Eine mittlere Einsparung von 2,8 mg Morphinäquivalenten pro Patient:in mag unbedeutend erscheinen. In den meisten Schmerzstudien steht jedoch nicht die absolute Dosis, sondern die relative Einsparung im Vordergrund, und eine Opioiddosisreduktion von 30 %, wie sie hier berichtet wurde, wird als relevant angesehen (Marret 2005). Außerdem spiegelt eine mittlere Einsparung nicht den Nutzen für die einzelnen Patient:innen wider. Wenn Patient:innen mit hohem Bedarf an postoperativer Analgesie (≥10 MME, entsprechend 10 Dosen Piritramid, ausgelöst durch PCA) berücksichtigt wurden, verringerte sich ihre Zahl nach dem Eingriff um 41 %. Von klinischem Interesse ist auch die Tatsache, dass etwa 33 Patient:innen von der Einnahme postoperativer Opioide völlig verschont blieben.

Eine der am besten geeigneten und die am weitesten verbreitete Methode zur Bewertung postoperativer Schmerzen ist der Opioidverbrauch, insbesondere dann, wenn er wie bei der PCA standardisiert und reguliert ist (NRS ≥3) (Hawker 2011). Allerdings muss auch die Schmerzintensität berücksichtigt werden, da die beiden Parameter Schmerz und Analgetika voneinander abhängig und untrennbar miteinander verbunden sind. Von der Aufnahme in den Aufwachraum bis zum Tag nach der Operation waren die postoperativen Schmerzen nach intraoperativen Suggestionen deutlich geringer. Für die Interpretation der beobachteten relativ

Tabelle 2: Wirkung intraoperativer Suggestionen auf Schmerz und Schmerzmittelbedarf

	Interventionsgruppe (N = 191)	Kontrollgruppe (N = 194)	P	Effektstärke Cohen's d (95 % CI)	NNT[e]
Postoperativer Opioidbedarf[a]					
in 2 Stunden	2 (0–5)	4 (0–7)	<0,001	0,29 (0,09–0,49)	
in 24 Stunden	4 (0–8)	5 (2–12)	<0,001	0,36 (0,16–0,56)	
Patient:innen ohne Opioidbedarf					
in 2 Stunden	84 (44 %)	53 (27 %)	<0,001	0,41 (0,17–0,64)	6,0
in 24 Stunden	70 (37 %)	39 (20 %)	<0,001	0,46 (0,21–0,71)	6,0
Postoperativer Bedarf an Nichtopiaten[b]					
in 24 Stunden	50 (6–100)	75 (25–100)	0,013	0,25 (0,05–0,45)	
Patient:innen ohne Nichtopiat-Bedarf in 24 Stunden	48 (25 %)	38 (20 %)	0,19	0,18 (0,09–0,44)	18,0
Postoperativer Schmerz					
Mittel in 2 Stunden	2 (1–3)	3 (1–4)	<0,001	0,40 (0,20–0,61)	
Maximum in 2 Stunden	4 (3–5)	5 (3–7)	<0,001	0,42 (0,22–0,62)	
Maximum in 24 Stunden	4 (3–6)	5 (4–7)	<0,001	0,45 (0,25–0,66)	
Patient:innen mit NRS[c] <3					
bei Aufnahme in AWR[d]	145 (76,3 %)	122 (62,9 %)	0,004	0,35 (0,11–0,60)	7,7
im 2-Stunden-Mittel	119 (62,3 %)	84 (43,3 %)	<0,001	0,43 (0,20–0,65)	5,3
nach 24 Stunden	110 (57,6 %)	75 (38,7 %)	<0,001	0,42 (0,20–0,65)	5,3

[a]Median (und Interquartile) in Morphine-Milligramm-Äquivalente (MME, Morphin = 1, Piritramid = 0,7, Tilidin = 0,2, Oxycodon = 0,8); [b]Median (und Interquartile) in % der Tageshöchstdosis; [c]NRS: Numerische Schmerzskala (0–10); [d]AWR: Aufwachraum; [e]NNT: Number Needed to Treat.

hohen NRS-Werte ist es wichtig zu beachten, dass die NRS-Bewertung und die Verabreichung von Opioiden nicht aufeinander abgestimmt waren, d. h., die regelmäßige Bewertung der NRS konnte unmittelbar vor, unmittelbar nach oder zu einem Zeitpunkt nach einer Opioid-Dosis erfolgen.

Es ist bemerkenswert, dass im Text der Intervention die Worte Schmerz und Analgesie überhaupt nur indirekt angesprochen werden. Mehrere Studien haben gezeigt, dass »Worte wehtun können«, d. h. Worte wie Schmerz können Schmerzen verstärken oder sogar auslösen (Richter 2010, Häuser 2012, Hansen 2019). Daher wurden im getesteten Text negative Worte und Verneinungen vermieden durch Formulierungen wie »erhöhtes Wohlbefinden« anstelle von »keine Schmerzen« sowie mit Vorschlägen zur Regulierung und Umdeutung. Anstatt den Schmerz direkt anzusprechen, wurden Begleitung und andere Themen von hoher Bedeutung, z. B. die Selbstheilungskräfte, kommuniziert (Hansen 2018, Hansen 2019). Die verwendete Kommunikation erwies sich als therapeutisch, da sie dazu beiträgt, das generelle Therapieziel zu erreichen, den Schmerz postoperativ unter einem NRS von 3 zu halten und mit einer NNT von 6 postoperative Opioide zu vermeiden.

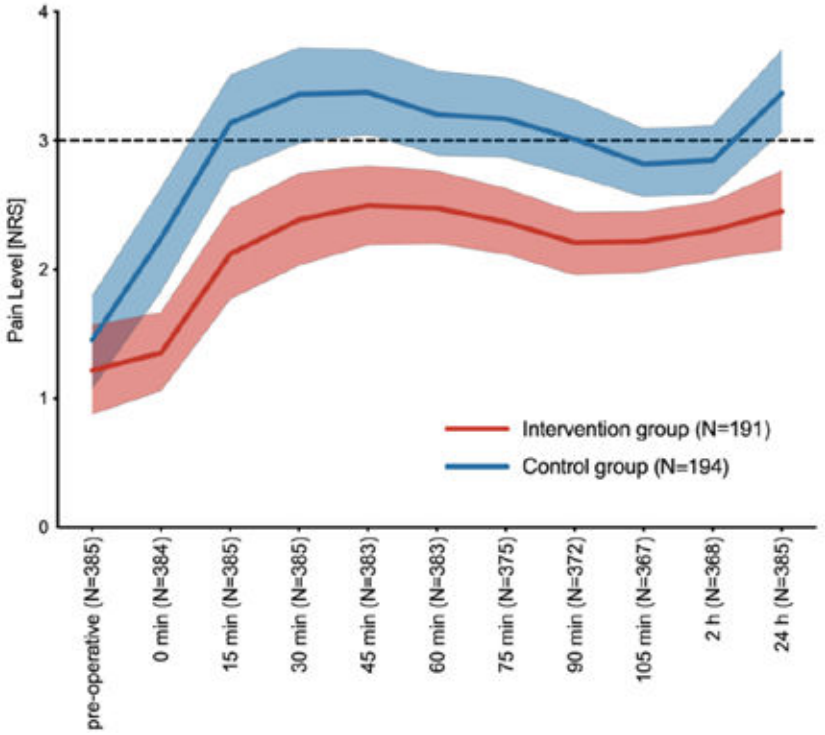


Abbildung 2: Postoperativer Schmerzverlauf

Berechnet aus Mittelwerten durch Bootstrapping; die gestrichelte Linie stellt den üblichen Schwellenwert für eine Schmerztherapie dar; die Bandbreiten zeigen die 95%igen Konfidenzintervalle.

VERGLEICH MIT ANDEREN STUDIEN

Tabelle 4 zeigt einen Vergleich der Effektstärken verschiedener Ansätze, Suggestionen zu geben. Hypnose ist die Herbeiführung eines Trancezustandes und die Ausnutzung der erhöhten Suggestibilität. Es gibt Belege dafür, dass präoperative Hypnose eine wirksame Methode zur Verringerung postoperativer Nebenwirkungen einschließlich Schmerzen nach medizinischen Eingriffen ist (Häuser 2016). In einer kürzlich durchgeführten Metaanalyse von 26 RCTs fanden sich eine signifikante Schmerzreduzierung und eine nicht signifikante Verringerung des postoperativen Analgetikaverbrauchs (Kekecs 2014). Eine geringe Wirkung auf Schmerzen und keine signifikante Wirkung auf die Medikation (Schnur 2008) zeigten Studien zu therapeutischer Kommunikation im Wachzustand, d. h. zu Suggestionen, die ohne Induktion von Hypnose gegeben werden und auf der Beobachtung beruhen, dass chirurgische Patient:innen durch Angst und Stress vor der Operation in einen natürlichen Trancezustand versetzt sind und sich wie hypnotisiert verhalten (Cheek 1962).

Die vorliegende Studie zeigt sogar noch höhere Effekte, allerdings mit viel weniger Aufwand. Wir halten eine erhöhte Suggestibilität nach Verlust des kritischen, rationalen Denkens für verantwortlich. Eine frühe Übersichtsarbeit über die Wirksamkeit therapeutischer Suggestionen während der Vollnarkose kam zu unterschiedlichen Ergebnissen (Merikle 1996) und eine neuere Metaanalyse zeigte kleine, aber signifikante Effekte auf die Analgetika, nicht aber auf die Schmerzen (Rosendahl 2016). Im Gegensatz dazu sind die hier berichteten Effekte viel stärker als in früheren und kleineren Studien beobachtet und betreffen sowohl den Analgetikabedarf als auch die Schmerzstärke.

STÄRKEN UND GRENZEN DER STUDIE

Ein Grund für diese viel stärkeren Effekte als in früheren Studien könnte das strenge Studiendesign mit NRS-gesteuerter statt eher willkürlicher Verabreichung von Analgetika sein. Bei einer liberalen Schmerzbehandlung ist die Opioid-Dosis hoch, die Schmerzwerte sind jedoch niedrig und unterscheiden sich kaum. Umgekehrt führt eine eingeschränkte Schmerzbehandlung zu hohen, unterscheidbaren Schmerzwerten. Nur durch eine gut definierte Schmerzbehandlungsstrategie und die Berücksichtigung sowohl der Schmerzstärke als auch des Opioidverbrauchs lassen sich induzierte Veränderungen der Schmerzen und des Opioidbedarfs aufzeigen. Ein weiterer Grund für ausgeprägtere Effekte ist in dem hoch entwickelten Text zu sehen. Die grundlegende Struktur des Textes für die therapeutische Kommunikation basierte auf der Ansprache von Themen, die sich aus den psychologischen Grundbedürfnissen ableiteten, und auf positiven Suggestionen, die traumatischen Stressoren entgegengesetzt wurden. Zu den entsprechend behandelten Themen gehörten Begleitung, Kontakt, Wohlbefinden, Information, Zuversicht, Kontrolle, Anleitung, Achtung und Würde, Sicherheit, Vertrauen und Heilung (Hansen 2018, Hansen 2019). Zu den hypnotischen Interventionen gehörten Dissoziation zu einem sicheren Ort des Wohlbefindens (Safe Place), Umbewertung (Reframing) von störenden Empfindungen und Geräuschen, Stärkung des Selbstvertrauens, Affirmation und indirekte Suggestionen durch eine dritte Person (»Deiner Patientin hier scheint es ja richtig gut zu gehen«) anstelle direkter Suggestionen (»Du wirst das toll machen«). Verschiedene Komponenten wurden bereits in früheren Studien verwendet, jedoch nicht in dieser konzentrierten und strukturierten Form. Außerdem ist dies die erste Studie zu diesem Thema, die mehr als 100 Patient:innen in jeder Gruppe umfasst, und die erste nach 19 Jahren, in denen Anästhesie und Schmerzmanagement erhebliche Veränderungen und Verbesserungen erfahren haben.

Eine Einschränkung der Studie besteht darin, dass die Rolle anderer Faktoren als der Worte unklar bleibt. Positive Auswirkungen werden gewöhnlich v. a. von der Hintergrundmusik erwartet (Matsota 2013). Für perioperative Musik wurden mehrere positive Effekte u. a. auf postopera-

tive Schmerzen und die Schmerzmedikation beschrieben (Hole 2015). Allerdings wurden die meisten Arbeiten über medizinische Musik bei Patient:innen ohne Bewusstlosigkeit durchgeführt und einige Metaanalysen kamen zu dem Schluss, dass die Wirkung von Musik deutlich geringer bis nicht mehr nachweisbar ist, wenn sie während einer Allgemeinanästhesie gegeben wird (Cepeda 2006, Kühlmann 2018). Die Kombination von Musik mit therapeutischer Kommunikation wurde ebenfalls untersucht. In unserer Metaanalyse von 32 Studien mit intraoperativen Suggestionen identifizierten wir 7 mit Hintergrundmusik (Rosendahl 2016). Die dort beschriebene Gesamteinsparung von postoperativen Opioiden kann nicht allein durch einen Effekt der Musik erklärt werden und die fehlende Schmerzreduktion erfolgte trotz der zusätzlichen Anwendung von Musik. Eine zusätzliche positive Wirkung ist von der Abschirmung vor intraoperativen Geräuschen und unbedachten Gesprächen einschließlich negativer Suggestionen durch die Kopfhörer zu erwarten (Hansen 2019).

Tabelle 3: Mixed-Effects-Modell zur Einschätzung von Einflussgrößen auf den postoperativen 24-Stunden-Opioidbedarf

Variable	Standardisierte Schätzung	P-Wert
Gruppenzugehörigkeit (Intervention gegen Kontrolle)	–2,26 (–3,70–0,83)	0,002
Operationsspezifischer Schmerzschweregrad (hoch gegen niedrig)	1,90 (0,11–3,69)	0,037
Intraoperative Opioid-Dosis	1,91 (1,15–2,67)	<0,001
Intraoperative Nichtopiat-Dosis	–0,46 (–1,31–0,39)	0,288

Tabelle 4: Effektstärken verschiedener perioperativer Suggestionen

	Hypnose (Kekeks 2014)	Wachsuggestionen (Kekeks 2014)	Intraop. Suggestionen (Rosendahl 2016)	Intraop. Suggestionen (diese Studie)
Schmerz	0,35	0,13	0,04	0,45
Opioide	0,23	0,09	0,16	0,36

Die Vielfalt der in unsere Studie einbezogenen chirurgischen Verfahren stellt nicht unbedingt einen Nachteil oder eine Einschränkung dar, wenn man eine breitere klinische Anwendung im Auge hat, sondern spricht für eine starke und robuste Wirkung. Mit zunehmender Homogenität der Stichprobe nimmt die Effektgröße in der Regel zu, u. a. wegen der geringeren Varianz, die Generalisierbarkeit oder Aussagekraft dagegen ab (Rief 2009). Vielmehr stellte es in früheren Studien ein Problem dar, dass Ergebnisse z. B. von Hysterektomien nicht ohne Weiteres auf orthopädische Operationen oder überwiegend männliche Patienten übertragen werden können. Für eine sinnvolle Übertragung der Ergebnisse auf invasivere Operationen, z. B. Herzoperationen, und andere Eingriffe mit der Indikation zur postoperativen Intensivtherapie sind weitere Studien erforderlich und z. T. bereits in Vorbereitung. Unsere Subgruppenanalyse weist auf eine vergleichbare Wirkung der verbalen Intervention sowohl bei Operationen mit starken als auch mit geringen Schmerzen hin. Darüber hinaus zeigt sich in einem gemischten Effektmodell (Tab. 3), dass die Schmerzhaftigkeit der Operation einen Einfluss auf den postoperativen Opioidbedarf hat, nicht aber auf die Wirkung unserer Intervention. Dies deutet darauf hin, dass intraoperative Suggestionen bei unterschiedlichen Operationen hilfreich sein könnten. Die Mechanismen der Behandlungseffekte standen nicht im Fokus dieser Studie und bedürfen weiterer Forschung. Die intraoperativen Suggestionen könnten postoperativ eine schmerzlindernde Wirkung haben, aber auch die Schmerzentstehung modulieren, denn im Gegensatz zu perioperativer Hypnose findet die Intervention in diesem Fall während der Operation, also zum Zeitpunkt der Schmerzentstehung statt. In der Studie wurden weitere Parameter postoperativer Nebenwirkungen gemessen, insbesondere das Auftreten und der Schweregrad von postoperativer Übelkeit und Erbrechen (PONV) sowie das Aufwachverhalten und die Orientierung. Die Ergebnisse sind weiteren Publikationen vorbehalten.

BEDEUTUNG DER STUDIE UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN

Da Medianwerte durch Einzelereignisse kaum beeinflusst werden, können die hier beobachteten signifikanten Effekte nicht wie bei der intraoperativen Wahrnehmung durch die Reaktion nur weniger Patient:innen erklärt werden (Tasbihgou 2018). Auch die berechneten NNT sind nur mit der Reaktion eines erheblichen Teils der Patient:innen vereinbar. Offensichtlich ist die explizite Erinnerung an Wahrnehmungen und Worte keine Voraussetzung für die Wirksamkeit von Suggestionen bei bewusstlosen Patient:innen, sondern eher ist es die Bedeutung, wie deutlich bei Experimenten mit der Simulation einer intraoperativen Komplikation (Levinson 1965) oder wie bei den in dieser Studie verwendeten Suggestionen. Für die klinische Praxis sollte der Hinweis auf die intraoperative Wahrnehmung durch diese Studie Chirurg:innen und Anästhesist:innen sensibilisieren, während der Operation bewusst und vorsichtig mit auditiven Signalen im OP umzugehen, d. h., Geräusche und Gespräche einzuschränken und stattdessen die Wahrnehmung der Patient:innen für positive Suggestionen zu nutzen.

Der Opioidbedarf wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Unsere Analyse in einem Modell mit gemischten Effekten (siehe Tab. 3) zeigt, dass intraoperative Suggestionen als Intervention ein signifikanter Bestimmungsfaktor in diesem Zusammenspiel bleiben. Die Art der Operation, stratifiziert nach der erwarteten postoperativen Schmerzstärke, war keine Determinante für den opioidsparenden Effekt positiver Suggestionen. Eine Rolle spielen könnten vielmehr die individuelle Schmerzempfindlichkeit und der Verlauf der Operation, wie er sich aus dem Bedarf an intraoperativen Opioiden ergibt. Darauf deutet auch die hohe Varianz des Schmerzniveaus innerhalb einer bestimmten Art von Operation hin. Daher könnten unsere Ergebnisse auf eine breite Anwendung der intraoperativen therapeutischen Kommunikation hinweisen, insbesondere bei schmerzempfindlichen Patient:innen.

Mit einer Einsparung von einem Drittel der postoperativen Opioide und deutlich weniger Patient:innen, die Opioiden ausgesetzt sind, erreicht der beobachtete Effekt der getesteten nichtpharmakologischen Intervention nicht nur statistische Signifikanz, sondern ist auch von klinischer Bedeutung. Weitere und größere Studien sollten diese Ergebnisse verifizieren und eine Verringerung der Opioid-Nebenwirkungen wie auch anderer Operations- und Anästhesienebenwirkungen nachweisen, an deren Ende die Forderung nach einem allgemeineren Einsatz von hypnotherapeutischen Suggestionen bei chirurgischen Patient:innen stehen könnte. Die hier gezeigte Wirksamkeit der intraoperativen therapeutischen Kommunikation in Verbindung mit dem geringen Aufwand und den gerin-

Zusammenfassung

Schmerzen sowie Schmerzmittel und deren Nebenwirkungen sind für Patient:innen wesentliche Belastungen nach Operationen. Eine kürzlich veröffentlichte Metaanalyse fand Hinweise auf positive Effekte von verbalen Suggestionen während einer Allgemeinanästhesie. Eine solche nichtpharmakologische Intervention zur Reduktion des Opioidbedarfs erscheint aktuell wünschenswert.

Methoden

In einer kontrollierten, randomisierten, dreifach verblindeten Multicenterstudie an fünf deutschen Hochschulkliniken wurden 385 Patient:innen untersucht, die sich einer schmerzhaften Operation von ein bis drei Stunden Dauer unter balancierter Allgemeinanästhesie unterziehen mussten. In der Interventionsgruppe wurde über In-Ear-Kopfhörer wiederholt eine 20-minütige Tonaufnahme mit auf hypnotherapeutischen Prinzipien basierenden positiven Suggestionen vor einer Hintergrundmusik abgespielt, jeweils gefolgt von einer 10-minütigen Pause. Primäre Outcome-Parameter waren postoperativer Schmerz gemessen in einer numerischen Skala (NRS) und der Verbrauch an Opioiden in einer Patient:innen- oder Pflegekraft-kontrollierter Analgesie bei NRS ≥ 3.

Ergebnisse

191 Patient:innen in der Interventionsgruppe sowie 194 Patient:innen in der Kontrollgruppe wurden in die Auswertung einbezogen. Die postoperativen Schmerzwerte waren in der Interventionsgruppe über 24 Stunden durchgehend signifikant um durchschnittlich 25 % erniedrigt. Die Zahl an Patient:innen, die behandelt werden mussten, damit eine Person in den ersten 24 Stunden unter einem NRS von 3 blieb (NNT), lag bei 5. Die intraoperativen Suggestionen führten zu einem signifikant niedrigeren Opioidbedarf in 24 Stunden, mit 36,6 % an Patient:innen ohne Schmerzmittel und einer Gesamtdosis von 5,5mg Morphinäquivalenten gegenüber 20,1% und 8,3mg, was einer NNT von 6 entspricht, um Schmerzmittel vollständig zu vermeiden.

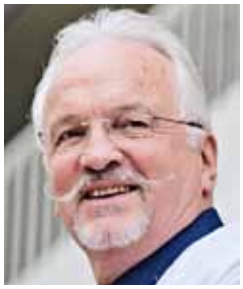
Schlussfolgerung

Die Effektstärken für die Schmerz- und Analgetikareduktion lagen deutlich höher als aus früheren Studien erwartet und vergleichbar oder höher als für präoperative hypnotische Interventionen berichtet. Therapeutische Suggestionen während Allgemeinanästhesie sind eine wirksame und einfache nichtpharmakologische Maßnahme, um postoperativen Schmerz und Schmerzmittelbedarf zu senken, was für eine breite Anwendung spricht. Der Hinweis auf die Wahrnehmung bei einem beträchtlichen Teil der bewusstlosen Patient:innen lenkt zudem die Aufmerksamkeit auf evtl. negative intraoperative Geräusche und Gespräche.

gen Kosten und ohne beobachtete oder zu erwartende Nebenwirkungen spricht dermaßen für den Einsatz dieser einfachen Methode zur Reduzierung postoperativer Nebenwirkungen, dass ein Verzicht darauf schwer zu begründen ist. Frühere Studien zu intraoperativen Suggestionen haben es nicht geschafft, eine breitere klinische Anwendung zu initiieren, da sie von geringer Qualität waren und es an entsprechenden Übersichtsarbeiten mangelte. Wir hoffen, dass unsere jüngste Metaanalyse und die vorliegende Studie dazu beitragen, die Aufmerksamkeit auf dieses Thema in der Chirurgie und Anästhesie zu lenken. Die berichtete signifikante Opioideinsparung durch therapeutische Kommunikation könnte eine noch breitere Anwendung fördern und zur Lösung des gesellschaftlichen Problems des Opioidmissbrauchs, der Sucht und der Überdosis-Epidemie beitragen (Chen 2019).

Die Ergebnisse dieser Studie stehen nicht in Konkurrenz zu hypnotherapeutischen Anwendungen bei Operationen (Häuser 2016), sondern insgesamt für eine therapeutische Kommunikation mit den Patient:innen vor, während und nach einer Operation. So weisen metaanalytische Befunde darauf hin, dass Suggestionen wirksamer sind, wenn sie zumindest teilweise vor und nicht nur während des medizinischen Eingriffs verabreicht werden (Schnur 2008). Die Suggestionen wurden studienbedingt zur Standardisierung über eine Audiodatei gegeben. Dies widerspricht nicht der Erfahrung, dass persönlich gesprochene Kommunikation noch effektiver ist (Rosendahl 2016). Andererseits sprechen die hier gewonnenen Hinweise auf eine Wahrnehmung und die positiven Auswirkungen von Suggestionen bei narkotisierten Patient:innen dafür, die Anwendung bei anderen bewusstlosen Patient:innen, z. B. während Reanimation, Intensivtherapie oder Koma, ähnlich zu bewerten und Studien dazu durchzuführen. ■

Die im Beitrag erwähnten Hypnosetexte A und B sowie das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie zum Herunterladen im Internet unter www.tranceform-magazin.de.



Prof. Dr. med. Dr. rer nat. Ernil Hansen studierte Biologie und Chemie und war Immunologe am Max-Planck-Institut für Biochemie. Nach dem Medizinstudium war er Anästhesist am Universitätsklinikum Großhadern in München. Heute ist er Professor für Anästhesiologie und Oberarzt am Universitätsklinikum Regensburg. Ernil Hansen ist aktives Mitglied, wissenschaftlicher Beirat und Preisträger 2022 der Milton-Erickson-Gesellschaft für klinische Hypnose (MEG). Seine Arbeitsschwerpunkte sind Kommunikation mit ängstlichen Patient:innen, Nocebo-Effekte und Negativsuggestionen sowie medizinische Aufklärung und therapeutische Kommunikation und Beziehung in der Medizin und Zahnmedizin. Kontakt: ernil.hansen@ukr.de

Das Thema

Hypnotischer Streifzug

Steffi Könnecke

Jedes Mal nehme ich es mir vor, rechtzeitig, durchdacht, mit zeitlichem und inhaltlichem Konzept. Dieses Mal beginne ich ganz früh und halte mir Spielraum frei für eine Nachbearbeitung. Das gibt ein gutes Gefühl, so wird es gemacht. Ein Strategiepapier muss her, gibt im Großen Kluges vor, sollte bei mir allemal klappen.

Strategiepapier:

1. Sorge für einen entspannten Moment mit angenehmem Gefühl, an dem du dein Thema bearbeiten willst. In dem wirst du denken und frei formulieren können, dass es einen Sinn hat und etwas taugt. Ich fühle mich großartig, die erste Hürde ist genommen – gleich morgen früh lege ich los. »Morgen, morgen, nur nicht heute, sagen alle faulen Leute.« Schnauze!

2. Bestimme deinen Schreibort, an dem dir die Worte für dein Thema kommen, die taugen. Garten, morgens, frischer Tee, bestes kreatives Umfeld, da werden mir die Vögel schon was zwitschern. Sehr gute Entscheidung, so kann es gehen, jetzt freue ich mich schon sehr auf morgen. »Sicher nicht, im Garten döst du vor dich hin und machst Blumenbilder.« Schnauze halten!

3. Lege deine Schreibutensilien bereit. Wo ist mein Lieblingsstift, aus dessen Feder die guten Worte wie von selbst fließen? Herrje, ohne meinen Creative Pencil keinen Text, der taugt! »So ist es, das wird also nichts morgen.« Schnauze verdammt, sei doch nicht so negativ!

4. Belege einen neuen Stift als kreativ. Wie genial ist das denn? Läuft ja wie geschnitten Brot. Für jeden Topf der passende Deckel. Es kann losgehen. »Du belügst dich selbst, der Selbstbetrug ist der verblendeteste und größte Betrug.« Ich hör' dich nicht, ich hör' dich nicht!

5. Entscheide endgültig über das Thema, das du diesmal abhandeln möchtest. Magst du es sorglos, mahnend, fordernd, friedlich oder kummervoll oder haust du auf die Kacke und lässt Dampf ab? Welches Schweinderl hätten's gern? »Da wird nichts kommen, weil dir nichts einfällt.« Lass den Mist, ich denke nach, Schnauze!

Thema, Thema, es passte jede Stimmung in die Zeit. Die einen machen Party, die anderen sind frustriert. Die Nächsten sind verängstigt, dann wieder kommt die Wut. Ungeduld und miese Stimmung. Woran hätte ich denn Spaß und wozu was zu sagen?

»Spaßgesellschaft, wie oberflächlich bist du? Das Leben ist nicht so, wach endlich auf!« Vielleicht doch eher fröhlich und ermutigend? Sinnierend schaue ich den Eichhörnchen beim lauten Keckern und wildem, jagendem Springen in den Baumwipfeln zu – Streit oder Spiel? Ein Zitronenfalter mit schnell flatternden Flügeln, die über Nacht vollständig erblühte Rose – wie viele Rosenblütenblätter für solche Fülle, wie viele Flügelschläge mit dieser Zartheit? Die Sonne wärmt, den Kopf in die Hände gestützt mit geschlossenen Augen in die Sonne blickend.

»So wird das nichts, deine Strategie verläuft im Sande.« Alles liegt im Auge des Betrachters. Licht und Schatten. Die Augen geschlossen, hebe und senke ich den Kopf. Hochgereckt wird es leuchtend, strahlend, ganz intensiv gelb und orange, gesenkt dagegen matt, livide, dunkelrot. Oben strahlt und glitzert, wärmt und lächelt es, ein- und ausatmend die Brust in Gänze und Tiefe erfüllend spüren. So ist es richtig, so ist es gut. Unten drückt das Kinn auf die Brust, der Atem fließt beschwerlich und klingt gepresst. Zug in den Nacken, Druck im Kopf, wo ist der Farbenrausch, wo der Vogelgesang? Anstrengend wird es, elendig und schwermütig. Ertappt beim wissenden Kopfnicken des gesenkten Haupts. Die Augen des Betrachters können geschlossen sein, sie nehmen wahr, und alle Sinne sind hellwach.

»Augen zu und alles sehen können? Die Strategie kannst du vergessen.« Sei still. Probiere es aus. Schließe deine Augen, hebe und senke deinen Kopf, nimm wahr. Sehend fühlen, fühlend sehen, ganz einfach und zärtlich, und nur so geht es. Shut your eyes and see (James Joyce).

FACHKRÄFTEMANGEL?
KENNEN WIR NICHT!

Als Zahnarzt, Kieferorthopäde, Oralchirurg oder Dentallabor qualifizierte Fachkräfte einstellen!

1. Qualifizierte Fachkräfte aus Deiner Region finden, die wirklich zu deiner Praxis passen.
2. Erreiche auch die Zahnärtze und ZFMA, die bereits in einem Arbeitsverhältnis stehen und die bereit sind für einen Wechsel.
3. Unabhängigkeit von Jobbörsen, Personalvermittlern & Co. - *kein Headhunting - keine Zeitarbeit - keine Personalvermittlung!*
4. Sicherheit & Personalplanung für die eigene Praxis mit **Garantie**.

Für Zahnärtze: Als attraktiver Arbeitgeber in Deiner Region wahrgenommen werden und planbar passende Fachkräfte einstellen.

Scanne den Code und **bewirb dich in 1 Minute** für deinen Experten-Termin **dein Personal Peroblem endlich zu lösen!**

~~*Könnte*~~
~~*Wollte*~~
~~*Sollte*~~
~~*Müsste*~~
Machen!

neckaralb.digital
RECRUTING WEB 2.0

deine neckaralb.online GmbH
Bahnhofstraße 3
72810 Gomaringen

t. +49 (0) 7072 890 990 9
hallo@neckaralb.digital
www.neckaralb.digital

1:2,8
IS USM
17-40mm
LENS MADE IN JAPAN
ZOOM LENS
Ø 52mm
1:2,8
IS USM
17-40mm
LENS MADE IN JAPAN
ZOOM LENS
Ø 52mm

Das Sehen im digitalen Zeitalter

ESSAY Unsere Augen werden durch Neue Medien immer stärker belastet. Gegen die Überforderung helfen Maßnahmen, welche die Natur des wichtigen Sehsinns und die Bedürfnisse unserer Augen berücksichtigen.

Von Regina Prieß

Arbeit und Freizeit werden immer mehr digital beeinflusst. 2015 nutzten in 3.006 repräsentativen Betrieben schon 92 % einen PC, 78 % ein Smartphone, 76 % ein Laptop, 72 % einen Scanner und 47 % ein Tablet (1). Und die digitale Beschäftigung beschränkt sich nicht auf den Beruf. 2017 verbrachten die Deutschen erstmals mehr Zeit mit digitalen Medien als mit dem TV. Die digitale Nutzung stieg bis 2017 auf 226 Minuten pro Tag und lag in der zunehmenden Bedeutung von Social Media, Messaging und Video. Schon weit vor Corona stiegen die Zeiten, die Menschen im virtuellen Raum verbringen, deutlich an. Hierdurch verändern sich alltägliche Prozesse, Handlungen, Kommunikation und Verhalten zunehmend und passen sich an. Wir profitieren von Innovationen, Vereinfachungen und dem neuen Komfort, doch haben sich die meisten auch schon überfordert gefühlt.

Körperliche Wirkungen digitaler Medien

Fast alle werden die Auswirkungen am eigenen Körper schon einmal erfahren haben: Der Nacken schmerzt, die Augen brennen und trotz des Hinschauens auf den Bildschirm kann das Gehirn mit den Buchstaben und Zahlen nichts mehr anfangen. Man erwischt sich dabei, immer wieder die gleichen Zeilen zu lesen. Zuerst hilft Wegschauen, dann auch mal Augenreiben, dann muss eine Teepause her, inzwischen tut der Nacken schon richtig weh, Schulterkreisen hilft nur kurz, Nasenwurzel massieren. Schließlich gibt man kopfmüde auf und dennoch will sich später kein Schlaf einstellen. Da die Digitalisierung besonders die Augen beansprucht, möchte ich mich mit den Auswirkungen auf das Sehen beschäftigen. Für Firmen oder auf Gesundheitstagen gebe ich Workshops zum Thema Sehen. Zur Vorbereitung befrage ich gerne die Klient:innen nach ihren Erfahrungen am Bildschirm. Die Antworten zeigen ein einheitliches Bild: Durchschnittlich haben 70 bis 85 % der Befragten Belastungsanzeichen und 5 bis 6 % manifeste Beschwerden. In diesem Schuljahr befragte ich auch Schulklassen, die pandemiebedingt mit Tablets arbeiteten. Schüler der 7. und 9. Klassen, im Schnitt 14 bis 17 Jahre alt, stehen den Erwachsenen in nichts nach. Sie leiden nach meiner Erfahrung an den gleichen Beschwerden. Es ist also kein alleiniges Problem der über 50-Jährigen.

Inzwischen gibt es eine Reihe von Symptomen, die in eindeutigem Zusammenhang mit der Bildschirmarbeit stehen. Bis zu 70 % der Menschen, die an Bildschirmen arbeiten, geben Symptome an, die teils oder ganz auf das Office-Eye-Syndrom, auch Computer-Vision-Syndrom genannt, zutreffen. Zum Office-Eye-Syndrom gehören diese Beschwerden: beeinträchtigte Ausdauer und Konzentration, trockene Augen, verminderte Sehleistung, Kopfschmerzen, Verspannungen sowie Müdigkeit und das Gefühl der Erschöpfung.

Die Natur des Sehens

Um zu verstehen, was den Sehsinn so belastet, möchte ich zuerst verdeutlichen, wie Sehen natürlicherweise funktioniert. Eine große Aufgabe des Gehirns besteht darin, Informationen aus der Umwelt aufzunehmen, um darauf angemessen zu reagieren. Dem Sehen kommt hier eine führende Stellung zu. Bis zum Alter von 7 bis 8 Jahren macht das Gehirn verschiedenste Erfahrungen, die das Sehen zu einem Hochleistungssinn werden lassen. Jeder Entwicklungsabschnitt sorgte dafür, die visuellen Fähigkeiten zu entfalten: Wir lernen, die Augen auf ein Objekt auszurichten, die Schärfe für verschiedenste Entfernungen einzustellen, Details zu finden, das große Ganze zu beurteilen, Unterschiede wahrzunehmen, bewegte Objekte zu verfolgen, gezielte Blicksprünge auszuführen, Höhen und Tiefen einzuschätzen, Gesichter zu unterscheiden und Emotionen zu lesen. Die Aufgaben sind vielfältig und werden von der 3-D-Wahrnehmung gekrönt, die voraussetzt, dass beide Augen ein Objekt konvergent fixieren. Das Sehen entwickelt sich Schritt für Schritt: Es wird erlernt, automatisiert und durch Vorlieben verfeinert, aber auch heruntergefahren, wenn Fertigkeiten nicht genutzt werden. Die gute Nachricht ist: Sehen kann man lernen. Spezialisierungen können die einzelnen Leistungen extrem steigern. Es leuchtet ein, dass bei Spitzen-Tischtennisspieler:innen die Blickausrichtung, die periphere Wahrnehmung und die motorischen Reaktionen deutlich potenziert sind, bei Schachspieler:innen dagegen weniger. Die schlechte Nachricht ist:

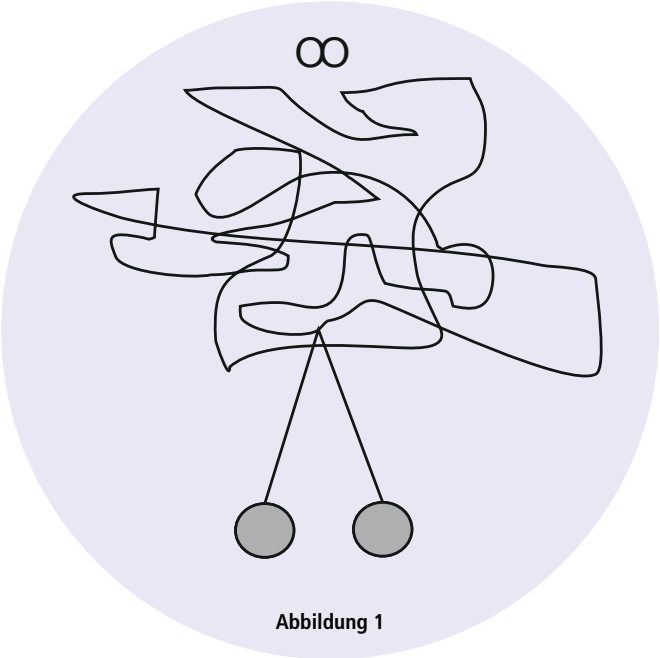


Abbildung 1

Einseitiger oder falscher Gebrauch führt leider auch zu Anpassungen, meistens in eine falsche Richtung.

Üblicherweise setzen wir die Augen folgendermaßen ein (siehe Abbildung 1): Wir lassen den Blick schweifen, bis etwas das Interesse weckt. Was den Blick fesselt, betrachten wir genauer und fixieren es kurz. Haben wir es eingeordnet, macht sich das Auge wieder auf die Suche, und das alles in immer unterschiedlichen Entfernungen. Diese Art des Sehens ist bei digitalen Medien auf einen engen zweidimensionalen Raum eingeschränkt.

Wie die Darstellung bei der Arbeit an Bildschirmen aussieht, zeigen Abbildung 2 und 3. Hier wird deutlich, dass die reduzierte Entfernung und die flache Ebene sich auf das Sehen auswirken. Head-mounted Displays oder Virtual-Reality-Brillen präsentieren Bilder entweder auf einem augennahen Bildschirm oder projiziert sie direkt auf die Netzhaut. Wie sie sich auf unser Sehsystem auswirken, ob Menschen ohne Binokularsehen zurechtkommen und welche Auswirkungen sie auf das Gleichgewichtssystem haben, wird sich zeigen.

Wie digitale Medien das Sehen belasten

1 Einseitige Nutzung Ob wir wollen oder nicht, selbst das vorgegaukelte 3-D-Sehen im Kino hat keine Tiefe. Wir schauen auf eine flache Ebene, während die beiden Bilder, die dem Gehirn getrennt über das rechte und linke Auge geliefert werden, auf eine Einstellebene davor oder dahinter verschmolzen werden müssen. So interpretiert unser Gehirn die Tiefe und lässt sich täuschen. Und wie ist es am PC? Um scharf zu sehen, müssen sich die Augen auf eine kurze Distanz einstellen und diese über Stunden halten. Diese Naheinstellung muss mit Kraft der Augenmuskulatur gehalten werden. Hierbei bewegt sich der Blick nur auf der Ebene, in exakten Sakkaden von links nach rechts und von oben nach unten. Jede neue Vorlage erfordert wieder das gleiche Bewegungsmuster; diese Anforderung ist speziell und einseitig. Wer acht Stunden am PC sitzt, dessen Blick macht etwa 33.000 Blicksprüngen täglich, dazwischen gibt es kaum den Blick in die Ferne, keine weichen Folgebewegungen, die Arbeitsinhalte sind in der Regel wenig emotional und haben kaum Farbe und kein echtes Tiefensehen. Die Überbetonung des Nahbereichs, die exakten Blicksprünge und die Einseitigkeit unserer Arbeit kosten Kraft.

2 Bildschirme als beleuchtete Ebenen Jedes künstliche Leuchtmittel setzt sich anders zusammen als das natürliche Licht, das in seinem Farbspektrum einen typischen Tagesverlauf aufweist. Nach dem Sonnenaufgang erreicht der Blaulichtanteil am Vormittag seinen höchsten Anteil und nimmt dann ab, während der Rotanteil gegen Ende des Tages zunimmt. Dieser Ablauf ist ein wichtiger Impulsgeber für den menschlichen Schlaf-wach-Rhythmus. Intelligente Lichtsysteme können diesen Rhythmus simulieren, normale Leuchtmittel tun dies aber nicht. Die Spektraldarstellungen von Bildschirmleuchtmitteln zeigen, dass sie einen besonders ausgeprägten Blaulichtanteil aufweisen. Der Vorteil des blauen Lichtes ist, dass es die Aufmerksamkeit steigert. Doch leider verhindert es am Abend, dass die Hypophyse Melatonin ausschüttet. Das Hormon benötigen wir aber, um uns müde zu fühlen und in einen erholsamen Schlaf zu kommen. Darüber hinaus entstehen bei der Bildschirmarbeit ständig Lichtunterschiede, auf welche die Pupille reagieren muss. Sie ist durch diese Anpassung heftig gefordert, an einem Achtstundentag am PC können dies bis zu 17.000 Pupillenreaktionen sein. Das kostet Energie, besonders wenn der Arbeitsplatz nicht seh-ergonomisch ausgerichtet ist.

3 Veränderte Lidschlagrate Durchschnittlich machen wir Menschen 14 bis 16 Lidschläge in der Minute. Bentivoglio et al. (2) konnten zeigen: Egal welcher Beruf, welches Alter, welches Geschlecht und welche Arbeit, unsere Lidschlagrate an digitalen Medien reduziert sich auf 4 Lidschläge. Selbstverständlich ist das ein Problem, denn der Lidschlag verteilt die Tränenflüssigkeit gleichmäßig über die Augenoberfläche und führt Schmutzpartikel über den Tränenkanal ab. Die schützende, glättende und ernährende Schicht auf der Hornhaut unserer Augen leidet. Brennen, jucken, kratzen oder gar ein Sandgefühl sind deutliche Warnhinweise.

4 Unterschiede in den Einstellebenen der Augen Nur wenn beide Augen gleichzeitig dieselbe Stelle anvisieren und scharf stellen, ist perfektes Sehen als Grundlage für perfektes Arbeiten möglich. Bei den

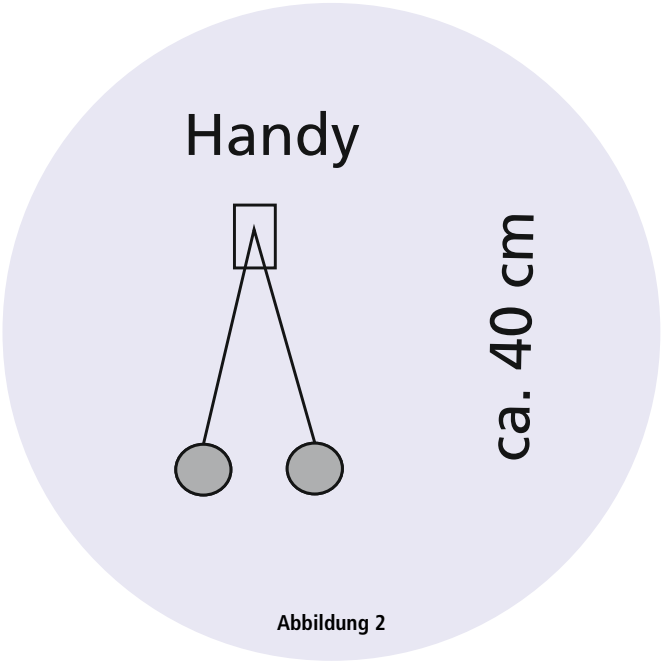


Abbildung 2

Bei einseitiger Nutzung des Sehsinnes sind regelmäßige aktive Augenpausen besonders wichtig.

Zähnen ist klar: Um richtig gut zubeißen und kauen zu können, sollte das Gebiss vollständig sein. Bei einseitigem Biss nimmt die Belastung zu, das Kauergebnis ist reduziert und der Akt verbraucht mehr Energie. Ähnlich sensibel leidet unsere Leistung im Sehen, wenn die Schärfeebenen nicht optimal zusammenpassen. Die falsche Brille oder eine geringe Fehlsichtigkeit auf nur einem Auge schwächt unser leistungsstarkes System. Bei Höchstleistungsjobs mit digitalen Medien und ausgeprägter Naharbeit wie in einer Zahnarztpraxis wird die Rechnung erst mit Energie, dann mit Kompensation und schließlich mit Leistungseinbußen bezahlt.

5 Geringes Problembewusstein Weil mit digitalen Medien viele Arbeitsabläufe vereinfacht werden, denken viele, Bildschirmarbeit sei einfach und unsere Augen müssten doch nur hinsehen. Gerade diese Vorstellung kann dazu führen, dass Beschwerden banalisiert werden. Ganz im Gegenteil sollte bis hierher deutlich geworden sein, dass Bildschirmarbeit, wie jede Arbeit im hochgradigen Nahbereich, eine Höchstleistung ist. Dies erfordert Vorsorge: Eine augenärztliche Praxis sollte nicht erst aufgesucht werden, wenn Probleme da sind. Bei den Zähnen ist uns das klar. Wie kommt es eigentlich, dass uns bei unserem führenden Sinn viel zu selten Fitness und Prävention in den Sinn kommen, um die brillante Leistungsfähigkeit der Augen bis ins hohe Alter zu erhalten? Vielen erscheint schon die Idee einer zweiten Brille für die Bildschirmarbeit nur als eine Verkaufsidee des Optikers.

Was können Lösung sein?

Bei einseitiger Nutzung des Sehsinnes sind regelmäßige aktive Augenpausen besonders wichtig. Den Blick in die Ferne kennt jeder; es reicht der Blick aus dem Fenster – das satte Grün des Rasens, die sich bewegenden Äste eines Baumes, verschiedene Ebenen, Schattierungen, Abdeckungen, natürliche Farben, Bewegungen, Menschen. Beim Blick in die Natur tanken wir auf! Außerdem sollte die Augenpause möglichst Fähigkeiten der Augen abfordern, die bei der Bildschirmarbeit zu kurz kommen. Das können weiche Augenbewegungen oder die Nutzung der peripheren Wahrnehmung sein, aber auch imaginative Visualisierungen, wenn sich der Blick automatisch träumerisch in die Weite richtet oder sich die Augen sanft schließen.

Bei der Bildschirmbeleuchtung sollte die Helligkeits- und Blaulichteinstellung überprüft werden. Die Helligkeit sollte sich nach dem nötigen Bedarf richten, denn altersbedingt benötigen die Augen älterer Menschen durch die stetig zunehmende Dichte der Augenlinse mehr Licht, als das Auge eines jüngeren. Bei allen moderneren digitalen Medien lässt sich seit Jahren auch der Blaulichtanteil einstellen und über eine Tag-Nacht-Einstellung zeitspezifisch reduzieren. Grüne Bildschirmschoner wirken entspannend auf den Sehapparat.

Wenn es brennt, juckt, kratzt oder scheuert, brauchen Sie Beratung. Diese Reaktion auf eine reduzierte Lidschlagrate ist eine ernstzunehmende Warnung und Zeichen eines trockenen Auges. Ein erster Schritt kann sein,

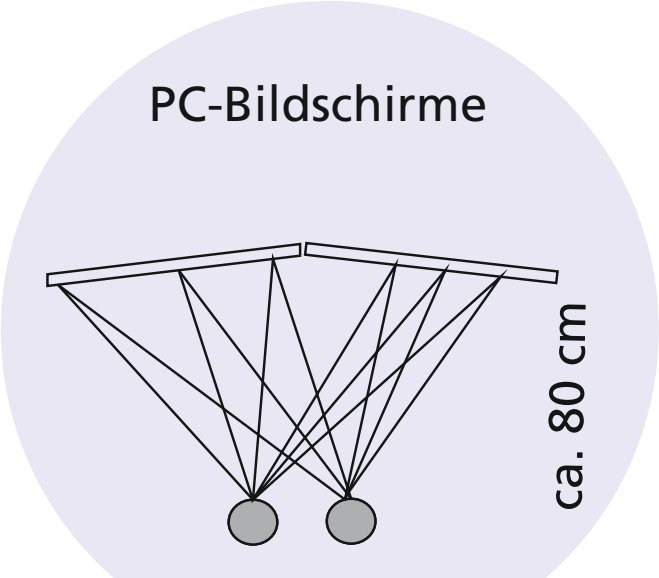


Abbildung 3

den Bildschirm tiefer zu stellen. Die Lidspalte ist deutlich größer, wenn die oberste Kante des Bildschirms auf Augenhöhe ist. Warum also nicht tiefer? Wenn der eigene Tränenfilm nicht ausreicht oder die reduzierten Lidschläge für das Gefühl des trockenen Auges sorgen, gibt es Tränenersatzmittel. Da wir für das Zähneputzen auch nicht wahllos Scheuermittel einsetzen, muss das Tränenersatzmittel zur Art des Mangels passen. Der Tränenfilm setzt sich aus drei Schichten zusammen, die unterschiedliche Funktionen haben. Der Erfolg, damit es nicht mehr scheuert, hängt vom passenden Mittel ab. Vor den Kauf eines Mittels gehört eine fundierte Beratung.

Um sicher zu sein, dass beide Augen als Team perfekt zusammenarbeiten, sind regelmäßige Checks bei der Augenärztin oder dem Augenoptiker extrem wichtig. Fehlsichtigkeit wirkt sich auf die gesamte Körperhaltung aus. Es bestätigt sich immer wieder: Wenn schlechtes Sehen die Arbeit erschwert, entstehen kompensatorische Haltungsänderungen. Um den Abstand zur Einstellebene anzupassen, wird die Nase ein wenig nach rechts oder links gerichtet, das Kinn etwas hoch- oder runtergehoben. Das ändert die Ausrichtung der Halswirbelsäule, was sich schließlich auf den gesamten Halteapparat und den Muskeltonus auswirkt. Da die Struktur auf Dauer der Funktion folgt, kann eine Fehlsichtigkeit schief werden lassen.

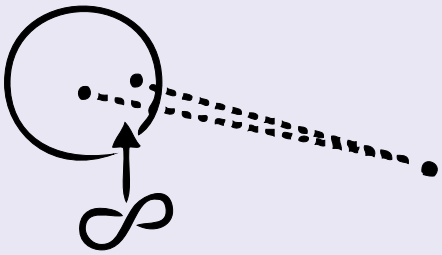
Vor diesem Hintergrund verdient gerade das Sehen im digitalen Zeitalter besondere Achtsamkeit und Fürsorge. Es ist wichtig, im Alltag einen Platz zu finden, um ritualisiert aktive Augenpausen einzulegen. Die folgende Übung kostet nur wenig Zeit, kommt ohne Equipment aus und wirkt sehr ausgleichend.

Übung

Die Augenpause

Blicken Sie, wenn möglich, aus dem Fenster, mindestens aber in drei Meter Entfernung. Jetzt nehmen Sie, ohne den Blick zu verändern, kurz wahr, was über Ihnen ist – vielleicht die Decke, eine Lampe oder ein Fenstersims? Was sehen Sie rechts neben sich – möglicherweise eine Pflanze, einen Rollladenkasten, ein Regal oder ein Bild? Was ist zu Ihrer linken Seite erkennbar, welche Gegenstände dort auch immer sind? Und schließlich: Was ist unten wahrzunehmen, wenn Sie weiterhin die Augen stillhalten, möglicherweise ein Heizkörper oder die Fensterbank oder Ihr Fuß, wenn Sie ihn anheben? Nehmen Sie sich hierfür maximal eine Minute Zeit.

Jetzt fixieren Sie bitte einen festen Punkt und beschreiben Sie mit der Nase eine liegende Acht. Dabei dürfen Sie Ihr Objekt nicht aus den Augen verlieren. Achten Sie auf einen weichen Nacken und normale Atmung und testen Sie aus, wie groß Sie die liegende Acht mit der Nase fahren können, ohne Ihr Bild zu verlieren. Jede liegende Acht, die Sie machen, lockert die Augenmuskeln und entspannt die Akkommodation. Zwei liegende Achten sind besser als keine, probieren Sie es aus!



Spüren Sie ruhig mal nach. Meistens fühlen sich die Augen nach dieser Übung wie unser Nacken an, wenn wir mit den Schultern ein bis zwei Kreise nach hinten gedreht haben. Diese Übung lockert und entspannt, aber sie ist kein Allheilmittel. Als eingebaute Routine bei starker einseitiger Belastung im Nahbereich regelmäßig eingesetzt, wirkt sie ausgleichend. Übrigens auch nach dem starren Blick durch eine Lupenbrille, die kaum veränderte Augenrichtungen ermöglicht. Durch die weichen Folgebewegungen lockert diese Übung die Muskeln auf eine wenig genutzte Weise und bezieht durch die Bewegungen alle Augenmuskeln mit ein. Das tut einfach gut!

Das Ausmaß der Belastungen durch digitale Medien zeigt, welch große Bedeutung das Sehen hat.

Fazit

Das Ausmaß der Belastungen durch digitale Medien zeigt, welch große Bedeutung das Sehen hat. In den vergangenen Jahren sind die Bildschirme immer größer, die Stühle vielfach verstellbar und die Tische als Stehtische verändert worden. Trotz hoher Investitionen kam es zu keinem Rückgang der empfundenen Belastungen, wenn die Sehgewohnheiten nicht mitberücksichtigt wurden. Denn solange die Sehfähigkeit selbst nicht überprüft wird, reichen diese Maßnahmen nicht aus. Auch eine reine Tauglichkeitsprüfung und anschließende Optimierung der Sehschärfe genügt aus meiner Sicht noch nicht. Vielmehr sollte eine Augenüberprüfung tätigkeitsbezogen sein. Es ist also wichtig, die Augen genau auf den Arbeitsabstand und die Anforderung zu vermessen, um dann eine Bildschirmarbeitsplatzbrille zu fertigen. Sollte dagegen die Leistungsfähigkeit des Sehens trotz neuer Brille zu wünschen übriglassen, empfehle ich eine visuelle Analyse. Diese lässt eine Einschätzung über alle Sehfunktionen zu und ermöglicht ein ganz gezieltes Vorgehen anhand der Ursachen. Hierzu gehört auch ein Bewusstsein, das die natürlichen Bedürfnisse der Augen kennt und respektiert, indem es Zeit und Raum für eine genügende Regeneration gibt. Erst auf dieser Basis ist es sinnvoll, mit technisch sinnvollen Ausstattungen wie Möbeln oder Bildschirmen die Sehergonomie zu optimieren. ■

Regina Prieß, Jahrgang 1964, drei Kinder, ist seit 1991 Augenoptikermeisterin und seit 2003 geprüfte Funktionaloptometristin. Sie ist Mitglied der BOAF (Behavioral Optometrie Academy Foundation).
Kontakt: rp@diesehpraktikerin.de

Nachweise

(1) Bundesinstitut für Berufsbildung (Hg.): Digitale Medien in Betrieben – heute und morgen. Eine repräsentative Bestandsanalyse. Wissenschaftliche Diskussionspapiere, Heft 177. Bonn 2016, S. 25; URL: https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/download/8106 [26.6.2022].
(2) Bentivoglio AR et. al., Analysis of blink rate patterns in normal subjects. Mov Disord 1997 Nov; 12(6):1028–34, doi:10.1002/mds.870120629.PIMD:9399231.

über 70 Jahre ZAEN-Kongress

Fort- und Weiterbildung für Ärzte

im Kongresszentrum Freudenstadt

Intensiv, persönlich und qualifiziert.

www.zaen.org

www.kongress.zaen.org

Nächster ZAEN-Kongress:
21. - 25.09.2022

Folge uns auch auf:

Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin e.V.

Am Promenadenplatz 1
72250 Freudenstadt
E-Mail: info@zaen.org
Telefon: + 49 (0) 7441 - 91 858 - 0
Telefax: + 49 (0) 7441 - 91 858 - 22

Foto: © Roman Samborskyi – Shutterstock.com

Von der Hypnose zur Virtual Reality

ESSAY Gegen Angst und Schmerz bei medizinischen Eingriffen werden neben Hypnose zunehmend neue Virtualisierungstechnologien eingesetzt. Die Zukunft liegt in der komplementären Anwendung beider Disziplinen.

Von Dr. Claude Virot und Sophie Cohen

In jeder reellen oder potenziellen Gefahrensituation tritt ein Alarmgefühl auf, das Angst, Angstzustand oder auch Stress genannt wird. Es handelt sich um eine Schutzreaktion. Dieser komplexe und anpassungsfähige Mechanismus ist lebenswichtig und stark und aktiviert sich automatisch. Einerseits versetzt er den Organismus durch Aktivierung des autonomen sympathischen Nervensystems in eine Flucht- oder Kampfposition. Andererseits aktiviert er das Bewusstsein zur Suche nach Lösungen, um sich durch Flucht oder Kampf in Sicherheit zu bringen.

Bestimmte medizinische Eingriffe, insbesondere solche, die potenziell Schmerzen verursachen, werden mit Gefahrensituationen gleichgesetzt und lösen diese Angst aus, die sich je nach der Person und dem geplanten Eingriff unterschiedlich stark ausdrückt, auch wenn der Eingriff gewünscht und akzeptiert wurde. Eine Flucht würde zwar die Angst beseitigen, steht aber im Gegensatz zum Behandlungswunsch. Deshalb sehen sich Mediziner:innen in der Chirurgie, Anästhesie, Zahnpraxis, Krankenpflege und Geburtshilfe oft mit Personen konfrontiert, deren Lebenskräfte auf Flucht oder Kampf eingestellt sind. Diese Situation ist umso bedauerlicher, als die Angst zu einer Fokussierung auf die Bedrohung und bei einer Behandlung auf den Schmerz führt, der dadurch noch verstärkt wird. Dieser bekannte Teufelskreis von Angst, Schmerz, Angst, Schmerz macht die Behandlung sehr schmerzhaft und manchmal sogar unmöglich. Aus den gleichen Gründen werden manche Menschen jegliche notwendige Behandlung vermeiden und so ihre Gesundheit gefährden.

Um diesem Problem entgegenzutreten, bestand die erste Strategie des medizinischen Fachpersonals immer darin, durch professionelles Auftreten und technische Kompetenz die Patient:innen dazu zu bringen, sich in Sicherheit zu fühlen und Vertrauen zu fassen. Eine andere, weit verbreitete Strategie ist die Verabreichung von Beruhigungsmitteln wie Benzodiazepinen oder auch Entonox®/Livopan™, insbesondere bei Kindern. Seit ungefähr 20 Jahren werden präzise Techniken der thera-

peutischen Kommunikation zur Verbesserung der Allianz und vor allem der Hypnosetechniken entwickelt. Die Forschung hat die Wirkung der Hypnose auf das Gehirn sowie die Aktivierung des autonomen parasympathischen Nervensystems aufgezeigt, das in einer beruhigenden Situation dominiert. Diese Strategien haben sich als besonders wirksam herausgestellt. Hypnose ermöglicht sogar chirurgische Eingriffe ohne chemische Anästhesie.

Vor einigen Jahren ist eine neue Technologie aufgetaucht: die Immersion in eine virtuelle Realität durch Tragen einer speziellen VR-Brille. Ziel dieses Artikels ist es, einige Überlegungen anzuregen und Vergleiche zwischen der Interaktion und der Beziehung zwischen zwei Personen bei der Hypnose und den Bewusstseinsprozessen beim Tragen der VR-Brille anzustellen, die oft auch Hypnose genannt werden. Der erste Teil dieses Artikels behandelt die an diesen beiden Methoden beteiligten Prozesse. Der zweite Teil analysiert die Vor- und Nachteile. Zum Schluss untersucht der dritte Teil einige Pisten für die Zukunft dieser beiden Therapiestrategien.

Bewusstseinsprozesse

Alle Definitionen der Hypnose stimmen darin überein, dass das Bewusstsein der Person verändert wird. Das normale Bewusstsein besteht aus zwei sehr unterschiedlichen und komplementären Dimensionen. Die eine ermöglicht uns, mit der Realität, wie sie sich uns über unsere Sinne präsentiert, in Kontakt zu treten und diese Realität zu analysieren und zu verstehen, um sich so gut wie möglich an sie anzupassen. »Ich befinde mich in einem etwas kühlen Raum, ich sehe eine Spritze auf dem Tisch und ich weiß, dass mir damit ein Produkt in den Körper gespritzt wird, das mir gut tut.« Wir nennen dies das kritische Bewusstsein. Es ist logisch und rational und medizinische Fachkräfte wenden sich oft an diese Bewusstseinsdimension, indem sie die Sprache der Vernunft verwenden: »Sie brauchen keine Angst zu haben; danach wird es Ihnen besser gehen; vertrauen Sie mir …«. Die andere Bewusstseinsdimension wird auch Vorstellungskraft genannt. Diese wird aktiviert, wenn wir uns vorstellen, an einem anderen Ort zu sein – am Strand in der Sonne, beim Tiefseetauchen, in unserem Garten …, während wir uns immer noch in dem oben genannten etwas kühlen Raum befinden. Diese Bewusstseinsdimension stützt sich auf die Empfindungen, die entweder nach einem Erlebnis im Gedächtnis gespeichert wurden oder nur unserer Vorstellung entsprechen.

In diesem Universum ist alles möglich, die Abenteuer von Alice im Wunderland sind ein schöner Beweis dafür. Das ist die Welt der Kreativität, der Märchen und Metaphern. Sie wird noch begünstigt durch eine warmherzige Stimmung, ein Gefühl der Sicherheit und des psychischen und physischen Komforts. Wir nennen diese Welt virtuelles Bewusstsein, da wir hier alle Potenzialitäten finden, die wir im Inneren miteinander verbinden können. Sie ist sehr komplex und bei jeder Person unterschiedlich, geprägt von Lebenserfahrung, Erinnerungen und Träumen.

Die Hypnose verringert die Aktivität des kritischen Bewusstseins, um die des virtuellen Bewusstseins zu erhöhen, und ermöglicht so den Patient:innen, diese Potenzialitäten zu aktivieren, die sowohl als geistige als auch körperliche Ressourcen angesehen werden. Zum Beispiel führt die Vorstellung, dass in unserem Körper ein starker Strom fließt, zur Erweiterung der Blutgefäße und erleichtert das Legen einer Infusionskanüle.

Heute verwenden wir folgende Definition von Hypnose: Ein stabilisierter, beabsichtigter relationaler Prozess, durch den die natürlichen dynamischen Ressourcen des Bewusstseins aktiviert und für ein psychisches und/oder physisches Ziel eingesetzt werden können. Diese Definition hebt einen weiteren wichtigen Aspekt der Hypnose hervor: die direkte Interaktion zwischen zwei Personen im Hier und Jetzt. Zum einen die grundlegend humanistische Dimension, die Kommunikation, Wohlwollen und Bestärkung verbindet, und zum anderen die direkte Beziehung, die eine persönliche Gestaltung der Behandlung, die Anpassung an jede Behandlungsphase je nach Reaktion der Patient:innen zulässt. Sie ermöglicht es auch, nach einem vorherigen Austausch auf die Erfahrungen und speziellen Ressourcen der Patient:innen in diesem Moment zuzugreifen. Durch diese relationale Dimension ist die zeitgenössische Hypnose ein starkes therapeutisches Tool, entweder um Patient:innen bei angstauslösenden und/oder schmerzhaften Behandlungen zu unterstützen oder um ihnen zu helfen, Hindernisse in ihrem Leben zu überwinden, zum Beispiel eine Phobie zu heilen.

Die Hypnose basiert auch auf einem Prozess der Fokussierung der Aufmerksamkeit: Je mehr die Aufmerksamkeit fokussiert wird, desto intensiver ist die Trance. Wir haben dieses Prinzip der Fokussierung bei schmerzhaften Behandlungen und dem Angst-Schmerz-Teufelskreis bereits angesprochen. Das virtuelle Bewusstsein kann nämlich vom Hellen bis ins absolute Dunkle wechseln, je nach der Emotion, die durch die Situ-

Es wäre übertrieben, das Erlebnis mit einer VR-Brille als hypnotischen Prozess zu bezeichnen.

ation ausgelöst wird. Wenn diese Angst eintritt, wird sich die Vorstellungskraft auf dunkle, bedrohliche, erschreckende Szenarien konzentrieren, die medizinische Fachkräfte bereits mit unruhigen, niedergeschlagenen oder in Panik befindlichen Patient:innen erlebt haben. Dies ist auch noch ein Effekt des Teufelskreises: Je mehr sich meine Vorstellungskraft auf Angst konzentriert, desto mehr virtuelle Gefahren wird sie produzieren. Wir sprechen hier von einer »Trance in Alarmbereitschaft«, wenn die Auswirkungen sich im mittleren Bereich befinden und die Behandlung noch zulassen. Sind die verschiedenen Strategien zur Beruhigung alle gescheitert, sprechen wir von »negativer Trance«, die eine Behandlung unmöglich macht. Eine hypnotherapeutische Beziehungsgestaltung ermöglicht es, die ganze Hypnosestrategie auf das innere Universum der Patient:innen anzupassen, um zu vermeiden, dass sich diese Trance in Alarmbereitschaft verstärken könnte, und um das virtuelle Bewusstsein eher in einen friedlichen, positiven und angenehmen Prozess zu führen.

Die Anpassung der Hypnose an jede Person und Behandlung hält auch die Zeitlichkeit ein, damit dieser Prozess des veränderten Bewusstseins dann beginnt und endet, wenn es notwendig ist. Vor allem, und das ist ein zentraler Punkt, muss das normale Bewusstsein der Patient:innen, das jeder von uns täglich nutzt, am Ende der Behandlung reaktiviert werden. Es ist nämlich potenziell gefährlich, wenn die durch die Hypnose induzierte Bewusstseinsveränderung, Dissoziation genannt, über die Behandlung hinaus andauert. Die Patient:innen könnten die natürlichen Mechanismen des Bewusstseins nicht mehr aktivieren, um ihre tägliche Realität wahrzunehmen und zu analysieren, und würden mehr oder weniger dissoziiert und in ihrer natürlichen Umgebung gestört bleiben. Dies wird technisch am Ende der Hypnosebehandlung durch ein systematisches Verfahren vermieden, das Reorientierung oder Wiederanknüpfung an die Realität genannt wird.

Könnte im Hinblick auf diese aktuellen Kenntnisse der therapeutischen Hypnose eine Erfahrung mit der VR-Brille als Hypnose bezeichnet werden? Einige Elemente sprechen dafür:

- Beabsichtigter Prozess, das normale Bewusstsein zu verändern
  Reduzierung der Beziehung zur externen Realität
- Therapeutisches Ziel

Andere Elemente unterscheiden sich sehr:

- Wenig oder fast keine Aktivierung des virtuellen Bewusstseins
- Keine Aktivierung der persönlichen Ressourcen und der Kreativität
- Passivität der Patient:innen
- Keine Anpassung der Sitzung an die Person und deren Geschichte und Werte
- Schwache bzw. kaum vorhandene relationale Betreuung

Aufgrund dieser wichtigen Unterschiede wäre es übertrieben, dieses Erlebnis als hypnotischen Prozess zu bezeichnen.

Doch existiert schon eine stabile und dauerhafte Veränderung des globalen normalen Bewusstseins. Können wir dies mit anderen bereits bekannten Modellen vergleichen? Wir können spontan, ohne irgendeine technische Hilfe oder ein Verfahren in Trance gehen, uns teilweise von der Außenrealität dissoziieren (uns isolieren), um unsere Aufmerksamkeit auf einen Traum, eine Erinnerung oder ein Urlaubsprojekt zu konzentrieren. Das kommt oft vor, wenn wir unter günstigen Verkehrsbedingungen Auto fahren: Ein Teil unseres Bewusstseins steuert das Auto, ein anderer Teil befindet sich »woanders«. Aber wir können diese Trance genauso spontan und unmittelbar wieder verlassen.

Wir haben Videos mit hypnotischer Betreuung für unsere Patient:innen bereitgestellt, die geistigen und körperlichen Komfort, Entspannung und den Zugang zum virtuellen Bewusstsein vereinfachen sollen. Diese Erfahrung nähert sich etwas mehr einer Sitzung in virtueller Realität: feste Sequenz, die Passivität erzeugt, Distanzierung von der externen Realität, keine Anpassung an die Reaktionen der Patient:innen. Die Unterschiede liegen in einem mehr an Freiheit ohne die VR-Brille und einer geringeren Immersion, die auch auf das Fehlen der VR-Brille zurückzuführen ist.

Insgesamt scheint es, als ob Sitzungen in virtueller Realität von einer anderen Art sind als diejenigen, die bisher von Hypnotherapeut:innen beschrieben und angewendet wurden. Abgesehen von den Studien über ihre klinischen Auswirkungen erscheint es uns wichtig, dieses spezifische Verfahren zu studieren, um es besser zu verstehen und gezielter einzusetzen und vor allem um klare Anhaltspunkte aufzuzeigen, wie man es verbessern kann und wann es indiziert wäre.

Vor- und Nachteile im Vergleich zur Hypnose

Der Vorteil der Virtual Reality für Patient:innen ist offensichtlich, die ersten wissenschaftlichen Studien tendieren alle in diese Richtung. Dieses intensive visuelle und auditive Erlebnis ermöglicht es, die Aufmerksamkeit von der Angst einflößenden Realität und/oder der schmerzhaften Realität einer Behandlung abzulenken. So vermeiden wir den vorher angesprochenen verstärkenden Teufelskreis. Eine erste erfolgreiche Sitzung mit der VR-Brille fördert auch die Akzeptanz von repetitiven Behandlungen wie in der Zahnpraxis oder auch bei Brandwunden. Der Einsatz in der Anästhesie, wie von Dr. Yven beschrieben, bestätigt deutlich dieses Interesse. Dieses Gerät ist auch für das medizinische Fachpersonal von Interesse, das so über eine einfache und schnelle Technik verfügt, um die Beschwerden der Patienten zu lindern, wenn die Humanressourcen nicht ausreichen, um längere Zeit bei den Patient:innen zu bleiben.

Trotzdem bringt diese Methode gegenüber der Hypnose mehrere Nachteile für die Patient:innen mit sich. Diese bleiben sehr passiv und mobilisieren nicht die natürlichen Ressourcen ihres virtuellen Bewusstseins. Es fehlt das Training, der Lernprozess, sich in Trance zu versetzen, wenn es nötig ist. Diese Fähigkeit, die man bei der Selbsthypnose entwickelt, ist eine wertvolle Kompetenz. Die Immersion und Isolierung durch die VR-Brille tendiert in die Richtung einer Isolierung der Patient:innen vom Leben um sich herum, mit dem großen Risiko einer relationalen Isolierung und einem Gefühl der Vernachlässigung. Außerdem ähneln die Rigidität und Direktivität des VR-Erlebnisses einer alten Form von Hypnose, die Ende des 19. Jahrhunderts praktiziert wurde und die man später aufgegeben hat, da sie autoritär und nicht effizient war. Es wird immer lebendiger und angenehmer sein, von lächelnden, wohlwollenden und aufmerksamen Therapeut:innen betreut zu werden, welche die Hypnose an die Bedürfnisse und Möglichkeiten ihrer Patient:innen anpassen.

Weitere Nachteile betreffen das Fachpersonal: Distanzierung von den Patient:innen und Kreativitätsverlust bzw. Verlust der relationalen Kompetenz sind ernste Bedrohungen, welche die Dehumanisierung noch beschleunigen könnten, die bereits allzu oft bei medizinischem Fachpersonal wahrgenommen wird, und die zu den Risikofaktoren eines Burnoutsyndroms gehören.

Anwendungsbericht

In unserem Privatkrankenhaus werden etwa 40.000 Patient:innen jährlich operativ behandelt. Seit etwa zwanzig Jahren setzen wir bei invasiven Eingriffen therapeutische Kommunikationstechniken und medizinische Hypnose ein. Wir achten besonders auf eine individuelle Arzt-Patient-Beziehung, utilisieren die Hypnoseumgebung und arbeiten mit konstruktiven Erfahrungen der Patient:innen und Behandelnden. Diese Verfahren, die wir in unserer täglichen Praxis vorherrschend nutzen, haben bei Angst und Schmerzen während Operationen oder in der Geburtshilfe, aber auch in der Behandlung chronischer Schmerzen ihren festen Platz gefunden. Die Behandlungsqualität hat sich deutlich verbessert und Patient:innen sowie medizinisches Fachpersonal sind zufriedener.

Wenn bei ängstlichen Patient:innen oder invasiven Eingriffen das für Hypnose geschulte Personal nicht zur Verfügung steht, ist die Virtual-Reality-Brille (HypnoVR®) eine interessante Alternative zu diesen Strategien. Die Brille lässt sich benutzerfreundlich handhaben, denn die Lernkurve der Anwender:innen ist steil. In der Praxis bieten wir sie ängstlichen Patient:innen an, insbesondere Kindern, und setzen sie bei invasiven Eingriffen wie peripheren Venenkathetern und bei Regional- oder Lokalanästhesie in der Chirurgie der Hand und den unteren Extremitäten ein. Die Gabe von Anxiolytika und Analgetika bei einfachen Eingriffen verringert sich oder lässt sich sogar vermeiden. Die VR-Brille kommt auch bei Wartezeiten zum Einsatz, die für die Patient:innen oft beängstigend sind. Die einfache Anwendung dieses Geräts darf allerdings nicht dazu verleiten, die persönliche Betreuung zu vernachlässigen, sonst bekommen die Patient:innen das Gefühl, von ihren Ärzt:innen im Stich gelassen zu werden.

Wenn Patient:innen und Fachpersonal zusammenarbeiten, verbessert dies den Erfolg der VR-Brille. Da die Ärzt:innen die ihren Patient:innen vorgeschlagenen Sensorumgebungen kennen, können sie die Entwicklung des Szenarios auf einem Tablet verfolgen. So wissen sie jederzeit, in welcher Betreuungsphase sich ihre Patient:innen gerade befinden. Die Behandelnden können auch die Lautstärke der Brille modulieren, um mit den Patient:innen verbal zu kommunizieren und diese über das Gerät aufzufordern, das Gesehene zu beschreiben. Sie können zum Beispiel Kinder befragen und bitten, sich umzusehen und Elemente aus dem Szenario zu suchen. Bei einem kurzen invasiven Eingriff (Venenpunktion, Regional- oder Lokalanästhesie) können die Ärzt:innen mit einem Klick auf dem Tablet ein Ablenkungsmanöver starten und für eine schnelle Zerstreuung sorgen, welche die Aufmerksamkeit der Patient:innen noch stärker beansprucht. So sind die Behandelnden während des gesamten Eingriffs zusätzlich zur verbalen Betreuung im Kontakt zu den Patient:innen und bleiben ein beruhigendes Element.

Die VR-Brille findet also in der Behandlung von Patient:innen ihren Platz, ohne die persönliche Betreuung und die Anwendung von Mitteln zur therapeutischen Kommunikation und Hypnose zu ersetzen. Die zunehmende Verwendung der Brille im Operationssaal, in der Krankenpflege oder in der Zahnmedizin beweist das Interesse von Anästhesist:innen, Chirurg:innen, Zahnmediziner:innen sowie Paramediziner:innen an Geräten, die den Komfort und das Behandlungserlebnis der Patient:innen verbessern. Sie wird sich in Krankenhäusern weiter etablieren und in die globale Behandlungsstrategie integriert werden. ■

Übersetzt aus dem Französischen von Iris Heres

Dr. Thomas Yven, CHP Saint-Grégoire (Frankreich).
Kontakt: thomasyven@yahoo.fr

Weitere Entwicklung

Durch ihre spielerischen Elemente, die benutzerfreundliche Einrichtung und die Vorteile für die Patient:innen und das Fachpersonal werden diese Tools sich weiter verbreiten. Deshalb muss die relationale menschliche Dimension des beteiligten Fachpersonals durch Schulungen in therapeutischen Kommunikationstechniken und Grundlagen der Hypnose verbessert werden, um allen Patient:innen eine Erfahrung zu bieten, in der sie ihre ganzen kreativen Fähigkeiten sowie psychischen und körperlichen Ressourcen behalten.

Vom technischen Aspekt aus wäre es wünschenswert, offenere Szenarien zu entwickeln und sich auf Hypnosekenntnisse der besseren Betreuungen zu berufen, um visuell angsterregende Aspekte und zu mechanische, direktive Stimmen zu vermeiden. Doch kann man die Flexibilität von Therapeut:innen reproduzieren, die wissen, wann sie sprechen und wann sie schweigen müssen, die die Worte der Patient:innen nutzen können, die gemeinsam mit ihren Patient:innen eine therapeutische Allianz aufbauen und ihre Aufmerksamkeit auf das Wertvolle lenken können: die Geschichte, die Persönlichkeit, die Menschlichkeit der Patient:innen?

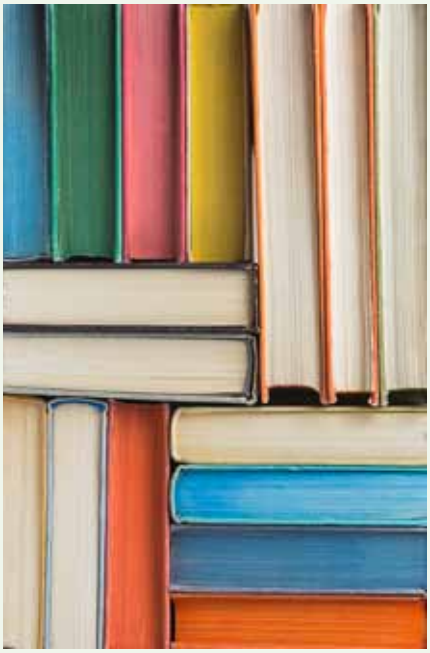
Der Einsatz der Virtual Reality muss auch die Hypnosepraktiken infrage stellen, um diese besser an die Realitäten der Behandlungsorte anzupassen, damit sie anwenderfreundlich werden und für das Fachpersonal weniger Aufwand darstellen. Die Zukunft liegt vermutlich in der Entwicklung einer Komplementarität dieser beiden Disziplinen, die von den gleichen Fachärzt:innen angeboten werden, die es verstehen, die beste und für die jeweilige Person geeignetste Disziplin über die gesamte Behandlungskette zu wählen.

Die Zukunft liegt auch in intensiver Forschung, um am besten die Indikationen, Vorteile und Grenzen der beiden Therapieverfahren zu erfassen. Eine dreiteilige Studie wäre hier interessant: Vergleich einer Therapiesitzung mit VR-Brille ohne therapeutische Kommunikation, einer Sitzung mit therapeutischer Kommunikation und einer Sitzung mit Hypnose. Dabei sollte die parasympathische Aktivierung mit Hilfe des ANI (Analgesia Nociception Index) objektiv gemessen werden. Eine subjektive Erfassung könnte durch einen Bewertungsfragebogen erfolgen, der von Patient:innen und eventuell dem Fachpersonal auszufüllen wäre. ■

Übersetzt aus dem Französischen von Iris Heres

Dr. Claude Virot ist Psychiater, Leiter des Institut Émergences (Frankreich) und ehemaliger Vorsitzender der Société Internationale d'Hypnose (ISH). Kontakt: drvirot@gmail.com

Sophie Cohen ist Psychologin, redaktionelle Beraterin und Leiterin der Abteilung Ikonografie des Magazins Hypnose et Thérapies Brèves.
Kontakt: sophie.cohen@wanadoo.fr



Fundgrube

Die Frankfurter Fotografin Carry Hess vergleicht ihre Arbeit mit der eines Zahnarztes, wenn es darum geht, eine gute Fotografie zu machen. Das Resultat ist eine wunderbare Beschreibung, wie man einen guten Rapport herstellt.

Carry Hess: Wenn ich photographiere, in: Das Leben, 11, 1926, S. 1177–1180, Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden. www.arthistoricum.net/werkansicht/dlf/89483/69/1

» Die meisten Menschen treten den Gang zum Photographen nur ungern und bedrückten Herzens an, und sie vergleichen diese schmerzlose Angelegenheit mit dem doch schmerzhafteren Besuch beim Zahnarzt. Vielleicht entstehen ihre Hemmungen durch das Gefühl, der Gefürchtete – in unserem Fall der Photograph – könnte ein bißchen mehr als ihnen lieb, unter die Oberfläche ihres Wesens dringen.

Das, was ich mit meiner Arbeit zu erreichen suche, ist freilich mehr als das rein Aeußere der Erscheinung. Wenn auch die Linse nur das wiedergibt, auf was man sie einstellt, versuche ich meinem Modell die charakteristische Bewegung, die formale Aeußerung seiner Persönlichkeit, die Beleuchtung, die diese Dinge besonders hervorhebt, abzulauschen und das Objektiv in dem Augenblick in Aktion treten zu lassen, in dem sich all das auf dem gemeinsamen Kulminationspunkt befindet. Dies sei als Allgemeines über mein Arbeitsziel vorausgeschickt.

Meine eigentliche Tätigkeit setzt in dem Moment ein, da die Menschen einigermaßen angefüllt mit Skepsis zu mir kommen; und ich versuche ihnen dieses unangenehme Gefühl zu nehmen und es in möglichst kurzer Zeit in Zutrauen und Aufgeschlossenheit zu verwandeln. Deshalb ist es erforderlich, sich schnell auf die Wesensart des betreffenden »Patienten« einzustellen, was je nach der Kompliziertheit der Persönlichkeit länger oder kürzer dauert. Eine scheinbar ganz harmlos geführte Unterhaltung führt am schnellsten zum Ziel. Ist es ein Mann, der sich vor die Linse wagt, versuche ich, ohne groß zu fragen, auf seinen Beruf zu schließen und stelle meine Unterhaltung darauf ein. Komme ich, wie fast stets, von selbst zum Resultat, erleichtert es mir den Kontakt mit dem Betreffenden zu finden.

Am Leichtesten äußerlich zu erkennen sind darstellende Künstler, Schauspieler, was aber keineswegs, sehr entgegen der allgemeinen Meinung, bedeuten soll, daß sie für mich am leichtesten photographisch darzustellen sind. Sie sind es wohl in einem gewissen Sinn im Umkreis ihrer Rollen, wo es nur dadurch leicht Schwierigkeiten gibt, daß die meisten einen wichtigen Moment der Rolle dargestellt sehen möchten, wogegen ich mit meiner Arbeit dahinziele, in einem Bild möglichst den Charakter der Rolle überhaupt festzuhalten. Schwieriger gestaltet es sich, wenn ich den menschlichen Kern des Schauspielers – den Künstler der Verstellung – erfassen soll. Der große Schauspieler, dessen Beruf es ist, fremde Wesen mit seinem Selbst lebendig zu machen, wird vor der strengen Linse gehemmt, fast unbeholfen, weil er hier seinen eigentlichen Menschen offenbaren soll. Vielleicht sind die eben beschriebenen Schwierigkeiten dadurch zu erklären, daß der Schauspieler in seinem Beruf stets von seinen Mitmenschen durch einen gewissen Abstand, wie ihn die Bühne hinsichtlich des Zuschauerraums mit sich bringt, getrennt ist.

Anders verhält es sich bei geistigen Arbeitern und Kaufleuten, deren Beruf eine ständige Beziehung zur Mitwelt bedingt. Arzt und Jurist, die täglich sich mit menschlich-psychischen Dingen zu beschäftigen haben, bleiben auch hier in ihrem Beruf und versuchen, dem Photographen, ebenso psychisch nachzuspüren, wie er ihnen. Am leichtesten beizukommen ist dem Kaufmann, dessen Tätigkeit sich im »qui vive« des heutigen Lebens erfüllt, der ständig beobachtet und beobachtet wird, und dem es daher kein großes Opfer bedeutet, sich der Linse und dem dazugehörigen Photographen auszusetzen.

Frauen möchte ich in drei Kategorien einteilen: Die Weltdame, die tätige Frau und die Schauspielerin. Was aber nicht besagen soll, daß es unter den tätigen Frauen keine Weltdamen gibt, unter den Weltdamen keine Schauspielerinnen und unter den Schauspielerinnen keine tätigen Frauen. Alle Kategorien ähneln sich jedenfalls in dem Sinn, daß sie mit dem Wunsch ins Atelier kommen, von ihrer besten Seite dargestellt zu werden, was zur Folge hat, daß die Toilettenfrage in der Vorbesprechung die Hauptrolle spielt. Wenn nicht ganz große Aufmachung am Platze ist, rate ich zu einem recht einfachen Kleid, das dem Stil der Trägerin entspricht, in dem sie sich zu Hause wohlfühlt, so daß alle

Hemmungen durch eine vielleicht ungewohnte Kleidung vorweggenommen sind.

Gemeinsame Interessen von Frau zu Frau gibt es vielerlei, so daß der Kontakt verhältnismäßig schnell hergestellt ist und alle Befangenheit entsprechend schnell schwindet. Die Weltdame interessiert sich für die Künstler, die sie kurz vorher in der Mappe gesehen hat, die tätige Frau für den Aufbau meines Berufes und über was unterhalte ich mich mit der Schauspielerin — — ? Ueber die letzte Premiere. !!! Wenn aber alles das nicht einschlägt, muß das Grammophon herhalten, das, stets mit neuesten Tanzschlagern wohlversorgt, zu einem Tanz und damit zu guter Laune und angeregtem Aussehen verhilft. So endet oft eine in Befangenheit und unbewußtem Widerstand begonnene Sitzung mit lebhaftester Unterhaltung, und manche langjährige und dauernde Freundschaft nahm auf diese Weise ihren Anfang.

Bei Kindern gibt es keine Unterschiede. Es gibt nur Mädchen und Buben, und die sind alle gleich nett. Das Kind, das in einer fremden Umgebung zu Anfang immer etwas scheu ist, darf nie mit tausenderlei Dingen sofort überfallen werden. Es muß sich langsam akklimatisieren, sich mit vorhandenen Spielsachen eine Weile ungestört beschäftigen dürfen, und die ganze Aufnahme muß wie ein hübsches Spiel vonstatten gehen, so daß das Kind von dem »schrecklichen Photographieren« überhaupt nichts weiß. Deshalb rate ich immer den Müttern, dieses ominöse Wort den Kindern gegenüber zu vermeiden und die meisten meiner kleinen Freunde freuen sich, wenn sie zu den Tanten spielen gehen dürfen. Allzu ängstliche Mütter bieten oft einen ganzen »train«, bestehend aus Kinderwagen, dem dazugehörigen Fräulein, der Großmutter und wohlmöglich noch dem Papa auf, um mir die Aufnahme zu erleichtern, was aber meistens damit endigt, daß sich alle Anwesenden rücksichtsvoll in den Nebenraum verziehen, und ich, dann allein gelassen mit meinem kleinen Objekt am besten fertig werde. Es kommt nicht selten vor, dass die Kinder sich nur schwer zum Abschiedsknix bewegen lassen, und nur ein mitgenommenes Spielzeug kann ihnen über den Trennungsschmerz hinweghelfen.

Zum Schluß möchte ich sagen, daß die angeführten Dinge nur kleine Andeutungen sind aus den vielen Erfahrungen, die ich sammeln konnte. Daß es keine Regel ohne Ausnahme gibt, und daß sich manches sehr anders darstellt als wie es sich praktisch auswirkt. Ich liebe meinen Beruf, weil er mir ständig neue Anregung gibt, indem er mich täglich von neuem dem Problem »Mensch« in jeder Fasson gegenüberstellt. ■

Immer wieder kommen Tranceprozesse auch in der Literatur vor. Beispiele präsentieren wir in der FUNDGRUBE. Sollten Sie selbst solche Fundstücke finden, freuen wir uns, wenn Sie diese mit uns teilen.

Anzeige

DGZH Curriculum
Hypnoseassistenz
BERLIN 2022/23

»Hypnose im Team ist erfolgreich und effektiv.«

Kennenlernen des hypnotischen Praxisalltags
Dr. Jeannine Radmann
16./17. September 2022
Sie erlernen u.a. mit Rapport, Pacing und Leading die Grundkenntnisse der Hypnose bis zur „Drei-Worte-Induktion".

Kinderhypnose
Dr. Ute Stein
04./05. November 2022
Ein Schwerpunkt dieses Kurses wird u.a. das „interessante" Kind in Ihrer Praxis sein.

Sinnesschärfe und Flexibilität
Dr. Gerhard Schütz
20./21. Januar 2023
Vom Spezialisten für hypnotische Sprache erfahren Sie u.a. wie Sie mit der Macht der Worte den Patienten in Trance bringen.

Der Umgang mit schwierigen Patienten
Ute Neumann-Dahm
10./11. März 2023
Am Ende dieses Kurses beherrschen Sie u.a. Kommunikationstools, mit denen Sie anspruchsvolle Patienten einfangen.

Fortgeschrittene Methoden der Hypnose
Dr. Horst Freigang
und Dr. Jeannine Radmann
12./13. Mai 2023
Begeistern Sie Ihren Chef/in nach diesem Kurs u.a. mit Doppelinduktion, denn doppelt tranct besser.

»Lasst Hypnose zum Teamspirit werden.«

Für Ihre Sicherheit: 2G+

DGZH-Regionalstelle Berlin-Brandenburg

Dr. Jeannine Radmann
c/o Zahnärzte im Gesundbrunnen-Center
Dr. Radmann + Partner
Badstraße 4, 13357 Berlin
www.dgzh-berlin.de
info@dgzh-berlin.de
Tel. 030-4945040

SAVE THE DATE
10. September 2022
7. Hypnoseassistenz-Symposium Hypnose-Kongress Berlin

Mit Apps gegen Angst und Schmerz?

WISSENSCHAFT Ein Forschungsprojekt untersuchte die Wirksamkeit von Apps auf Basis der Comfort-Talk®-Methode fürs zahnärztliche Wartezimmer. Dabei zeigte sich auch: Die Tücke liegt im Detail.

Von Elvira V. Lang

Zahnärztliche Wartezimmer sind angstbesetzt. Eine britische Studie mit über 11.300 Patient:innen zeigte, dass 30 % sehr große oder extreme Angst vor dem Zahnbohren haben, 28 % gleicherweise die Lokalanästhesie fürchten, 15 % bereits der Gedanke an zahnärztliche Wartezimmer erschreckt und 10 % so furchtsam sind, dass sie Zahnarztbesuche gänzlich vermeiden (1). Eine andere Studie mit über 1.000 Patient:innen wies nach, dass der Grad der Angst mit dem Vermeidungsverhalten korreliert und aufgrund dieser Aversion wiederum der Zahnverfall fortschreitet (2). Eine holländische Studie offenbarte sogar, dass ausgeprägte Zahnarztaversion die Lebensqualität insgesamt negativ beeinflusst (3). Die Coronapandemie vergrößerte dieses Vermeidungsverhalten zusätzlich (13).

Angst an sich ist nicht nur ein unerwünschtes Gefühl, sie steigert auch die Schmerzintensität (1) und die Schmerzdauer bei einer zahnärztlichen Injektion (2). Der Patientenstress überträgt sich auch auf das Personal und beeinträchtigt die Kooperation. In einer Umfrage berichteten 91 % des zahnmedizinischen Personals von höherem Stress bei der Behandlung von Angstpatient:innen (3). Von 889 befragten schwedischen Zahnärzt:innen berichtete eine Mehrheit, dass Patientenangst die Arbeit nicht nur erschwere, sondern auch die finanziellen Einnahmen negativ beeinflusse (4).

Strategien gegen die Angst

Was kann man bei Angst tun? Lachgas und medikamentöse Sedierung haben ihren Platz, sind aber mit zusätzlichem Aufwand, Kosten und Risiken verbunden. Hypnose ist ein gut etabliertes zahnärztliches Hilfsmittel, aber nicht alle Behandelnde in einer Praxis sind darin erfahren. Zudem sind nicht immer Hypnosekundige verfügbar, wenn ängstliche Patient:innen die Praxis betreten, und erst recht nicht, wenn sich diese noch zu Hause überlegen, ob sie überhaupt in die Praxis kommen sollen. Angesichts dessen erscheint eine App als attraktive Lösung, denn sie ist orts- und personenunabhängig und erlaubt es Patient:innen, eine aktive Rolle in ihrer eigenen Behandlung zu spielen. Begünstigt durch die weltweite Verbreitung von Smartphones gibt es heute schon über 10.000 sogenannte E-Health-Apps (5). Allerdings unterliegen diese bisher keinem Standard und zum Großteil sind sie klinisch nicht und nur extrem selten doppelblind im Vergleich zu einem Placebo getestet (6). Wir untersuchten daher, wie eine App im zahnärztlichen Wartezimmer helfen könnte. Dabei konnten wir nicht nur zeigen, dass unsere selbst entwickelte App Comfort Talk® Angst und Schmerzen verringern kann, sondern auch, welche Elemente kritisch sind und was man bei der Beurteilung klinischer Studien mit Apps berücksichtigen sollte (7). Mit diesem Beitrag möchten wir unsere Erfahrungen mit Kolleg:innen teilen, die Apps oder selbst aufgenommene Tonträger in der Zahnarztpraxis anbieten möchten.

Die Comfort-Talk®-Apps

Für das Projekt konstruierten wir eine App, für die wir Sprachelemente von Skripten verwendeten, die wir bereits in früheren klinischen Untersuchungen in der interventionellen Radiologie validiert hatten. Diese Texte konnten Angst, Schmerzen und Medikamentenverbrauch während invasiver Eingriffe mindern (8–10). Weiterhin hatten wir Personal in der Kernspintomografie in Comfort-Talk®-Techniken trainiert und die Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen. Aus diesem Programm nahmen wir Sätze und Themen auf, die in Studien mit über 130.000 Patienten die Kooperation verbessert und klaustrophobe Tendenzen unterbunden hatten (11, 12).

Wir nahmen an, dass Patient:innen Wahlmöglichkeiten in ihren Appsegmenten wünschen, wollten diese aber nicht zur Qual werden lassen. Daher begrenzten wir unser Angebot auf vier Themen: Entspannung, Selbstvertrauen, Frieden (Angstbewältigung) und Komfort (Schmerzbekämpfung). Alle Optionen haben den gleichen Aufbau: Sie beginnen mit einer kurzen Erklärung, was Selbsthypnose ist und wie man gegenüber nicht hilfreichen Geräuschen und Bemerkungen immun wird. Dann bieten sie eine entspannende Tranceinduktion mit einer Augenrollübung an, leiten permissiv zu einer patientenbasierten Imagination über und enden mit einer Rückorientierung.

Neben kürzeren und längeren Versionen gab es vier Extras im Angebot: eines zum Equilibrieren des physiologischen Gleichgewichts, eines zur Heilung nach Eingriffen, eines zur Hilfe bei anstehenden Entscheidungen und eines zum Abschiednehmen. Letzteres erschien uns wichtig, weil wir über die Jahre gelernt haben, dass selbst das Entfernen eines faulen Zahns oder sogar eines Tumors bei Patient:innen eine Trauerreaktion hervorrufen kann, die verarbeitet werden muss (17). Die App (Comfort Talk® Pro) ist auf Englisch und frei im Apple- und Google-Store erhältlich. Auf Deutsch können die zugrunde liegenden Texte den Skripten in unserem Buch »Sedieren ohne Medikamente« entnommen werden (18). Mit vier Stimmen, zwei männlichen und zwei weiblichen, die mit unterschiedlicher Geschwindigkeit sprechen, dauern die Stücke zwischen 3 und 16 Minuten. Wir gingen davon aus, dass kurze Spielzeiten ausreichen, da wir bereits in prospektiven randomisierten Studien zu Comfort Talk® zeigen konnten, dass ein 3- bis 5-minütiges Skript, das am Anfang einer Behandlung vorgelesen wurde, fundamental verändert, wie Schmerz und Angst verarbeitet werden. Nehmen diese bei einem Standardeingriff normalerweise zu, kann dies schon durch eine kurzzeitige Intervention vermieden werden (19).

Für unsere Doppelblindstudie konstruierten wir Placebo-Apps für iOS und Android mit der gleichen Funktionalität und Segmentlänge. Der gesprochene Text wurde durch Umweltgeräusche ersetzt, die in drei Variationen durch ein offenes Fenster von der Außenwelt und in einem Fall in einem Raum mit einer Waschmaschine aufgenommen wurden.

Überraschende Ergebnisse

Die vier Apps (zwei verum Comfort Talk® und zwei Placebos) wurden in randomisierter Folge an 72 Patient:innen im Craniofazialen Schmerzzentrum der Tufts Universität (USA) für Zahnmedizin getestet (11). Angst und Schmerz wurden mit einer Skala von 0 bis 10 erfasst (0 = überhaupt kein Schmerz/keine Angst; 10 = schlimmster Schmerz/schlimmstmögliche Angst). Die Patient:innen hörten die App durchschnittlich 532 bis 582 Sekunden. Wir beobachteten eine signifikante Reduktion der Schmerzen und der Angst mit beiden Comfort-Talk®-Apps. Mit den Placebo-Apps sahen wir dagegen keine signifikante Schmerzminderung. Die Placebo-iOS-App reduzierte auch die Angst nicht, wie man es bei einer Placebo-App erwarten würde. Interessanterweise verminderte jedoch die Placebo-Android-App die Angst. Wir waren verblüfft und führten eine Nachanalyse des Verhaltens der Zuhörer:innen aus. Der Unterschied beruhte auf technischen Details der Androidkonfiguration, was man bei der Durchführung von klinischen Studien berücksichtigen sollte. Die Placebo-iOS-App überließ es neuen Patient:innen, eigene Themen zu wählen, während die Placebo-Android-App die letzte Wahl bei der vorherigen Nutzung beibehielt, wenn das Tablet nicht vollkommen heruntergefahren, sondern nur ausgeschaltet wurde. Zudem hatte die Placebo-Android-App als erste Wahl ein Außengeräusch, was wahrscheinlich fokussierende Imaginationen hervorrief, während die erste Wahl auf der Placebo-iOS-App der Hauptwaschgang einer deutschen Waschmaschine war, die den amerikanischen Patient:innen wahrscheinlich nicht vertraut war. Das Trickreiche beim Testen einer App ist also nicht nur der Inhalt, sondern auch, wann und wie dieser in einer App erscheint. Außerdem zeigte sich, wie komplex der Test einer App sein kann und welch unerwartet großen Einfluss technische Details haben können. Wir hatten den Vorteil, unsere Apps selber bauen und die Verum- und Placebo-Apps technisch so ähnlich wie möglich machen zu können.

Für eine wirksame Linderung von Angst und Schmerz scheinen verbale Suggestionen nötig zu sein.

Mit der Placebo-iOS-App konnten wir nachweisen, dass das schiere Verweilen im Wartezimmer Angst nicht vermindert. Im Gegenteil konnten wir in anderen Studien zeigen, dass unter Standardbedingungen die Angst mit der Zeit sogar zunimmt (12–14). Jedoch konnte die Placebo-Android-App die Angst verringern, ohne den Schmerz zu lindern. Dies spiegelt eine andere Beobachtung wider, die wir in einer Studie in der interventionellen Radiologie gemacht hatten: Ablenkungen, die Aufmerksamkeit erfordern, lindern die Angst, aber nicht den Schmerz; darüber hinaus destabilisieren sie die Patient:innen hämodynamisch (14). Auch eine Musik-App, mit der Patient:innen während einer Koronarangiografie eine standardisierte Melodiensequenz wählen konnten, reduzierte lediglich die Angst, aber nicht den Schmerz (20). Es scheint, dass für eine wirksame Linderung nicht nur von Angst, sondern auch von Schmerz verbale Suggestionen nötig sind. Andrerseits zeigt die Studie auch, dass eine geeignete Wortwahl auch per App sehr effektiv sein kann, und dies bei relativ kurzen Hörzeiten.

Fazit und Ausblick

Zurzeit arbeiten wir an Apps, die Patient:innen bereits bei der Terminvereinbarung praxisspezifische Angebote wie allgemeine Abläufe und Vorbereitungen näherbringen und Zugang zum Comfort Talk® gewähren. So können Patient:innen schon vor dem Termin zu Hause ihre Ängste überwinden. Auch finden sie im Voraus ihre Vorlieben heraus und können dem Personal bei der Ankunft mitteilen, welche Imaginationsprogramme sie sich bei der zahnärztlichen Behandlung wünschen. Nach unserer Erfahrung sind Apps im Zahnarztwartezimmer hilfreich. Um den Einfluss auf die Zahnbehandlung, Praxisoperationen und zukünftiges Patientenverhalten zu erforschen, sind weitere Studien empfehlenswert. ■

Dieser Artikel wurde zum Teil vom National Center for Complementary & Integrative Medicine (NCCIH) mit Forschungsmittels R43 AT009517 unterstützt. Der Inhalt ist ausschließlich in der Verantwortlichkeit der Autorin und entspricht nicht notwendigerweise der offiziellen Ansicht von NCCIH.

Dr. Elvira V. Lang arbeitete an der Universität Heidelberg, der Stanford Medical School und der University of Iowa. Außerdem war sie Direktorin und Associate Professor der Interventionellen Radiologie am Beth Israel Deaconess Medical Center der Harvard Medical School in Boston, bevor sie die Firma Comfort Talk® gründete. Dr. Lang hat klinische Studien zum Einsatz der Hypnose in der Medizin mit über 120.000 Patient:innen durchgeführt und mehr als 150 wissenschaftliche Beiträge und die Bücher veröffentlicht.
Kontakt: drevlang@ComfortTalk.com

Referenzen

1 Hill KB, Chadwick B, Freeman R, O'Sullivan I, Murray JJ. Adult Dental Health Survey 2009: relationships between dental attendance patterns, oral health behaviour and the current barriers to dental care. British dental journal. 2013;214(1):25-32. Epub 2013/01/12. doi: 10.1038/sj.bdj.2012.1176. PubMed PMID: 23306496.

2 Heyman RE, Slep AM, White-Ajmani M, Bulling L, Zickgraf HF, Franklin ME, Wolff MS. Dental Fear and Avoidance in Treatment Seekers at a Large, Urban Dental Clinic. Oral health & preventive dentistry. 2016;14(4):315-20. Epub 2016/06/29. doi: 10.3290/j.ohpd.a36468. PubMed PMID: 27351733.

3 Vermaire JH, van Houtem CM, Ross JN, Schuller AA. The burden of disease of dental anxiety: generic and disease-specific quality of life in patients with and without extreme levels of dental anxiety. Eur J Oral Sci. 2016;124(5):454-8. Epub 2016/08/11. doi: 10.1111/eos.12290. PubMed PMID: 27506593.

4 Agency for Healthcare Research and Quality. MEPS HC-168B: 2014 Dental Visits. 2016 June 2016. Report No.

5 Michaelides A, Zis P. Depression, anxiety and acute pain: links and management challenges. Postgrad Med. 2019;131(7):438-44. Epub 2019/09/05. doi: 10.1080/00325481.2019.1663705. PubMed PMID: 31482756.

6 van Wijk AJ, Hoogstraten J. Anxiety and pain during dental injections. Journal of dentistry. 2009;37(9):700-4. Epub 2009/06/27. doi: 10.1016/j.jdent.2009.05.023. PubMed PMID: 19556053.

7 Hill KB, Hainsworth JM, Burke FJ, Fairbrother KJ. Evaluation of dentists' perceived needs regarding treatment of the anxious patient. British dental journal. 2008;204(8):E13; discussion 442-3. Epub 2008/04/22. doi: 10.1038/sj.bdj.2008.318. PubMed PMID: 18425075.

8 Brahm CO, Lundgren J, Carlsson SG, Nilsson P, Corbeil J, Hagglin C. Dentists' views on fearful patients. Problems and promises. Swedish dental journal. 2012;36(2):79-89. Epub 2012/08/11. PubMed PMID: 22876395.

9 Margolin E. Why choosing a mental health app is harder than you think: NBC News; 2017 [updated 30 May 2018]. Available from: https://www.nbcnews.com/know-your-value/feature/why-choosing-mental-health-app-harder-you-think-ncna832051.

10 Lang EV, Jackson W, Senn P, Aroni DK, Finkelmann MD, Corino T, Conway G, Kulich RJ. Efficacy of a self-hypnotic relaxation app on pain and anxiety in a randomized clinical trial: Results and considerations on the design of active and control apps. IJCEH. 2021(April):in press.

11 Lang EV, Jackson W, Senn P, Aroni DKK, Finkelman MD, Corino TA, Conway G, Kulich RJ. Efficacy of a Self-Hypnotic Relaxation App on Pain and Anxiety in a Randomized Clinical Trial: Results and Considerations on the Design of Active and Control Apps. Int J Clin Exp Hypn. 2021;69(2):277-95. Epub 2021/03/17. doi: 10.1080/00207144.2021.1883988. PubMed PMID: 33724898.

12 Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS, Logan H, Spiegel D. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. Lancet. 2000;355(9214):1486-90. Epub 2000/05/09. doi: 10.1016/s0140-6736(00)02162-0. PubMed PMID: 10801169.

13 Lang EV, Berbaum KS, Faintuch S, Hatsiopoulou O, Halsey N, Li X, Berbaum ML, Laser E, Baum J. Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. Pain. 2006;126(1-3):155-64. Epub 2006/09/09. doi: 10.1016/j.pain.2006.06.035. PubMed PMID: 16959427; PMCID: PMC2656356.

14 Lang EV, Berbaum KS, Pauker SG, Faintuch S, Salazar GM, Lutgendorf S, Laser E, Logan H, Spiegel D. Beneficial effects of hypnosis and adverse effects of empathic attention during percutaneous tumor treatment: when being nice does not suffice. J Vasc Interv Radiol. 2008;19(6):897-905. Epub 2008/05/28. doi: 10.1016/j.jvir.2008.01.027. PubMed PMID: 18503905; PMCID: PMC2967354.

15 Norbash A, Yucel K, Yuh W, Doros G, Ajam A, Lang EV, Pauker S, Mayr N. Effect of team training on improving MRI study completion rates and no show rates. Journal of magnetic resonance imaging : JMRI. 2016;44(4):1040-7; PMCID: 27126735.

16 Ajam AA, Nguyen XV, Kelly RA, Ladapo JA, Lang EV. Effects of Interpersonal Skills Training on MRI Operations in a Saturated Market: A Randomized Trial. Journal of the American College of Radiology : JACR. 2017;14(7):963-70. Epub 2017/05/04. doi: 10.1016/j.jacr.2017.03.015. PubMed PMID: 28461168.

17 Lang EV. Managing your medical experience. The information you need plus self-hyonosis for finding comfort with your tests and treatments. Middletown, DE: Create Space; 2014.

18 Lang EV, Laser ED. Sedieren ohne Medikamente. Schnelle Hypnosetechniken für Klinik und Praxis. Heidelberg, Germany: Carl-Auer Verlag; 2022.

19 Lang EV, Tan G, Amihai I, Jensen MP. Analyzing acute procedural pain in clinical trials. Pain. 2014;155(7):1365-73. Epub 2014/04/16. doi: 10.1016/j.pain.2014.04.013. PubMed PMID: 24731852; PMCID: PMC4409872.

20 Guetin S, Brun L, Deniaud M, Clerc JM, Thayer JF, Koenig J. Smartphone-based Music Listening to Reduce Pain and Anxiety Before Coronarography: A Focus on Sex Differences. Alternative therapies in health and medicine. 2016;22(4):60-3. Epub 2016/08/23. PubMed PMID: 27548494.

Anzeige

hypnose.de

Fragen zu Hypnose und Hypnotherapie?

www.hypnose.de

Die Info-Webseite der seriösen, wissenschaftlich fundierten deutschsprachigen Hypnosegesellschaften

Laufend neue Interviews

M·E·G Blog

Kennst Du schon unseren Blog?

Dort findest Du Interviews und Artikel über Klinische Hypnose, Psychotherapie und gesellschaftlichen Wandel. Zudem teilen im Hypnose-Podcast erfahrene Hypnotherapeut*innen ihren Werdegang und bewährte Methoden mit Dir.

Neu im Podcast: Selbstfürsorge-Trancen

Melde Dich zum Newsletter an, um die neuen Beiträge direkt in Dein Postfach zu erhalten.

www.hypnose.de/blog/
www.hypnose.de/blog/podcast

Hypnose aus dem Smartphone?

PRAXIS Die Digitalisierung macht auch vor der Hypnose nicht halt. Über die Möglichkeiten und Grenzen appbasierter Audioprogramme in der klinischen Hypnose.

Von Sven Münker

Computertechnik – allein das Wort löst bei vielen Menschen Ratlosigkeit aus. Obwohl die Benutzung von Hard- und Software selbstverständlich geworden ist, stellt uns die fortschreitende Digitalisierung oft vor Herausforderungen. So begegnen wir der Anwendung von Smartphone und Co. einerseits distanziert oder gar ablehnend, andererseits ist sie unzweifelhaft sehr nützlich in unserem Alltag geworden. Schätzungsweise 63 Millionen Smartphones gibt es in Deutschland. Die tägliche Handynutzung liegt laut statista.de in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen bei 96 Prozent – Tendenz: steigend.

Die heutigen portablen Systeme ermöglichen durch berührungssensitive Oberflächen (Touchscreens) und eine anwenderfreundliche Software eine intuitive, sichere und reibungslose Bedienung. Auch in der medizinischen Umgebung sind computer- bzw. softwareunterstützte Verfahren nicht mehr wegzudenken. Blicken wir als Laien jedoch hinter die Bildschirme und in die Gehäuse, so zeigt sich eine komplexe Welt aus kryptischen Zeichen (Programmiersprachen) und unverständlichen Komponenten (Hardware). Bei Problemen sind wir froh, wenn die versierte IT-Technikerin oder einfach ein Geräteneustart die Angelegenheit behebt.

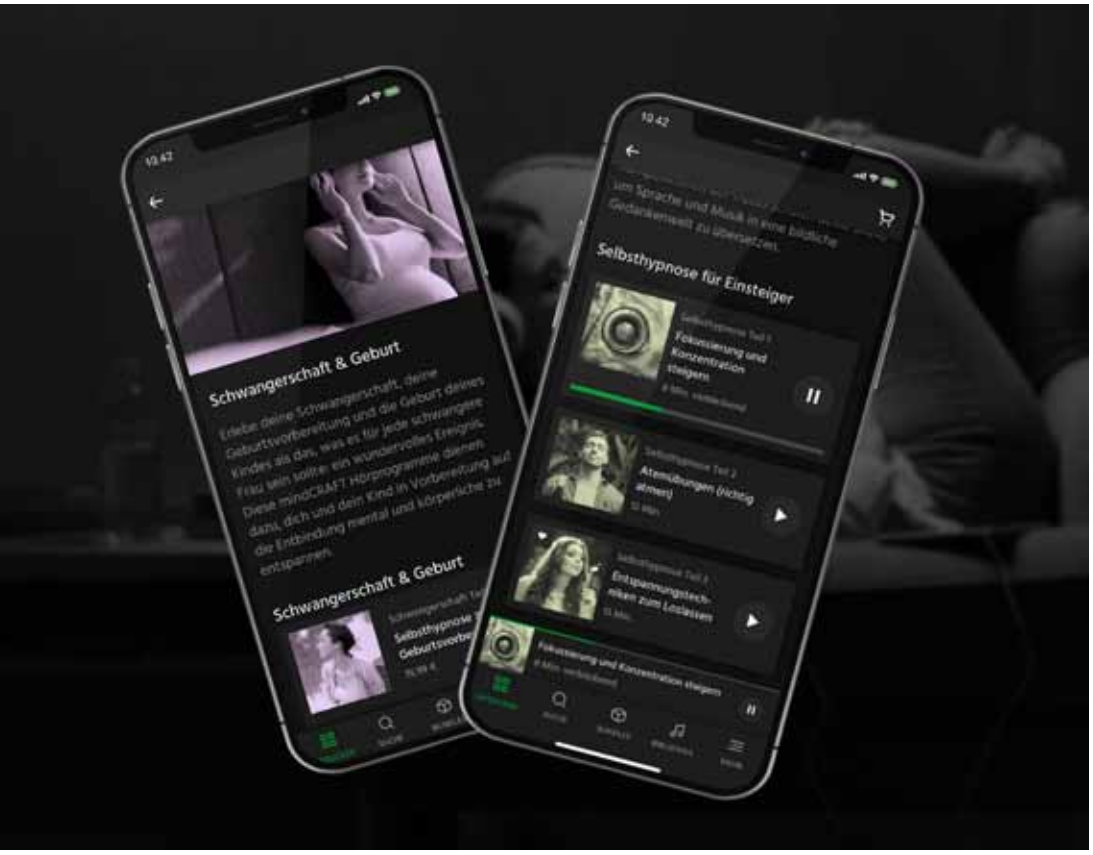
Hypnose wird digital

Während meiner Aus- und Fortbildung bei der DGZH und DGH empfahlen viele Referent:innen, Trancesitzungen nicht nur zur Dokumentation und Übung aufzuzeichnen, sondern auch in eine Diktierapp eines Smartphones einzusprechen, damit Patient:innen mit diesen Tonaufnahmen selbsthypnotische Übungen durchführen können. Die Qualität der Aufzeichnungen ließ sehr viel Raum für Weiterentwicklung, sodass ich mir als IT-interessierter Zahnarzt die Frage stellte, wie die Vorteile der digitalen und hypnotherapeutischen Welten optimal kombiniert werden können. Bekannte ältere Techniken wie Tonband, CD und MP3-Dateien werden bereits genutzt, um Hypnose stationär unabhängig zu machen, und stehen hypnoseinteressierten Menschen in großer Auswahl zur Verfügung. Der positive Effekt dieser mediengestützten Trancen konnte in wissenschaftlichen Studien belegt werden (1). Nachteil dieser Systeme ist einerseits die teilweise veraltete Technik und andererseits die unüberschaubare Anzahl von Diensten. Häufig ist für Anwender:innen nicht ersichtlich, ob es sich um seriöse Angebote handelt und ob die Methoden wissenschaftlichen Standards entsprechen.

In einem kleinen Team aus einem Musikproduzenten, einem auf App-Entwicklung spezialisierten IT-Unternehmen und mir als zertifiziertem Hypnosezahnarzt entwickelten wir ein Konzept zur Umsetzung der Idee appbasierter tranceunterstützender Hörprogramme. Die Programme sollen den Anwender:innen einen Leitfaden geben, sich mit hypnotherapeutischen Techniken, Selbsthypnose und Trancephänomenen strukturiert und sicher auseinanderzusetzen. Ziel der Audiofiles ist die spürbare mentale Entlastung und Entspannung der Nutzer:innen, die sich unter anderem in medizinischer oder therapeutischer Betreuung befinden. Doch weisen wir ausdrücklich darauf hin, dass die App kein Ersatz für eine möglicherweise erforderliche ärztliche Behandlung ist.

Anforderungen an appbasierte Hörprogramme

Eine für portable Systeme entwickelte App sollte technisch für die gängigen Betriebssysteme iOS und Android bereitstehen. Des Weiteren sollte sie professionell programmiert, logisch und ansprechend aufgebaut und als Streamingdienst sowohl online als auch offline verfügbar sein. Die App sollte informativ, intuitiv bedienbar und benutzerfreundlich gestaltet sein. Sie muss Datensicherheit garantieren sowie moderne technische Standards erfüllen. Die enthaltenen Dateien müssen verschlüsselt werden können, sodass der Kopierschutz gesichert und die Nutzerdaten geschützt sind.



Unsere App »Stockwerk A« gliedert sich in vier Kategorien. In der ersten Kategorie »Selbsthypnose für Einsteiger« werden drei Audioprogramme angeboten, welche die Imagination schulen und dreidimensional erfassbare auditive Signale einsetzen, sodass ein Klangraum entsteht. Die zweite Kategorie »Medizin und Therapie« beinhaltet fünf Audioprogramme, die im medizinischen und therapeutischen Bereich eingesetzt werden können. Sie unterstützen die Entspannung und aktivieren innere Ressourcen. Didaktisch und inhaltlich bauen die Hörprogramme aufeinander auf, sodass Anwender:innen bei regelmäßigem Hören ein Werkzeug bekommen, das sie in verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens hypnotherapeutisch unterstützt. Im Vordergrund steht jedoch der methodische Einsatz im Gesundheitsbereich und für Heilberufe.

Die App ist als offene Plattform konzipiert, sodass die Programme von Drittanbietern veröffentlicht werden können. Deshalb stehen in einer weiteren Kategorie »Schwangerschaft und Geburt« Audioprogramme zu diesem Thema zur Verfügung. Zwei Hebammen setzen sie in der Geburtshilfe ein und üben mit den von ihnen betreuten Schwangeren selbsthypnotische Techniken (2).

Kategorie vier »Körper und Geist« stellt Hörer:innen unterschiedliche Audiofiles zu allgemeinen Themen zur Verfügung, darunter reine Instrumentalstücke, die sich mit den Elementen Feuer, Wasser, Luft, Erde und Liebe auseinandersetzen. Diese Musikstücke eignen sich beispielsweise als Hintergrundmusik für die praktischen Übungen während der Hypnoseausbildung oder als Begleitung von Trancen während der Patientenbetreuung.

Alle Audioprogramme ermöglichen das sichere Durchlaufen einer leichten bis tiefen Trance. Bei der Gestaltung wurde auf bewährte Verfahren der klinischen Hypnose zurückgegriffen. Unter anderem sind das Imagination, Konfusion, Doppelinduktion, Metaphern sowie Einfach- und Mehrfachwiederholungen (3). Die Technik der Einfach- und Mehrfachwiederholungen wurde von Bongartz und Bongartz beschrieben und beruht auf der Annahme, dass es ein universelles, über alle Kulturen hinweg wirkendes Grundmuster der trancefördernden Sprache gibt. Studien weisen darauf hin, dass diese Ausdrucksweise im zentralen Nervensystem im Vergleich zu anderen Sprachmustern besonders effektiv verarbeitet wird (4).

Es besteht die Chance, das hypnotherapeutische Wissen in das digitale Zeitalter zu tragen.

Die für die Audioprogramme speziell entwickelte Musik wurde mit den eingesprochenen Texten verwoben, die verwendeten Instrumente auf 432 Hz gestimmt. Der natürliche Kammerton a' wirkt harmonisierend, angstlösend und blutdrucksenkend (5). Die beruhigende Wirkung von Musik, die in 432 Hz komponiert ist, konnte in einer randomisierten Doppelblindstudie während der Coronapandemie belegt werden (6). Klangtechnisch wurden alle Audioprogramme im Stereoverfahren produziert, sodass der beste Höreffekt mit Kopfhörern erzielt werden kann.

Open-Source-Apps sind zum Mitmachen gedacht und ermöglichen eine fachlich-wissenschaftliche Überprüfung und einen konstruktiven Austausch.

Anwendungsbeispiele und Erfahrungen

Wir können über die aktive Anwendung der App in unserer zahnärztlichen Praxis und einer Hebammenpraxis berichten. Interessierten Patient:innen wird neben der klassischen, analogen Hypnose die Anwendung der App für zu Hause oder in der Behandlung angeboten. Anwender:innen berichten unter anderem über eine sehr tiefe Entspannung, die vielfach in einen erholsamen Schlaf übergeht. Teile der abgespielten Audioprogramme werden dann nicht vollständig erinnert. Die App wird von uns als Assistenzsystem eingesetzt, wenn der hektische Praxisalltag zu wenig Raum für eine analoge Hypnose bietet oder Patient:innen Hypnose »einfach mal ausprobieren« wollen. Neben der Praxis und der privaten Umgebung bietet sich eine Anwendung in der Apparatemedizin, bei der Betreuung von Patient:innen mit chronischen Erkrankungen, in der Schmerztherapie und in der postoperativen Rekonvaleszenz an (7, 8, 9). Hypnotherapeutisch nicht ausgebildete Fachkolleg:innen bekommen mit der App ein einfaches Werkzeug zur Unterstützung ihrer Patient:innen und können sich auf einfachem Weg mit der klinischen Hypnose auseinandersetzen.

Quo vadis digitale Hypnose?

Die fortschreitende Digitalisierung, die insbesondere in der Pandemie an Fahrt aufgenommen hat, ist kein Buch mit sieben Siegeln. Als Therapeut:innen und Mediziner:innen, die Hypnose anwenden, ist es unsere Entscheidung, die Entwicklung positiv zu begleiten (9). Aus meiner Sicht besteht die Chance, das hypnotherapeutische Wissen in das digitale Zeitalter zu tragen. Gerade der aktuelle Diskurs des Transhumanismus und die vielen marktorientierten Unternehmen mit ähnlichen Ansätzen sollten von uns aufmerksam und kritisch begleitet werden. Die vorgestellte App »Stockwerk A« ist eine von vielen Werkzeugen, die für die hypnotherapeutisch interessierte Gemeinschaft und ausgebildeten Heilberufler:innen technisch hilfreich sein können. Als Open-Source-Software ist sie zum Mitmachen gedacht und ermöglicht eine fachlich-wissenschaftliche Überprüfung und einen konstruktiven Austausch. Professionelle Hypnose-Apps könnten in Zukunft für uns und unsere Patient:innen eine Bereicherung werden. ■

Dr. Sven Klas Münker ist seit 1999 in Lübeck als Zahnarzt tätig. Er interessiert sich seit 30 Jahren für Computertechnik. Aus den Begegnungen mit Patient:innen und den vielen positiven Erfahrungen mit Hypnose in seiner Praxis entstand die Idee für das App-Projekt »Stockwerk A«. Seine zertifizierten Tätigkeitsschwerpunkte sind zahnärztliche Hypnose, Parodontologie und Sportzahnmedizin.
Kontakt: s.muenker@praxis-muenker.de

Nachweise

1 Nowak H, Zech N, Asmussen S, et al., Effect of therapeutic suggestions during general anaesthesia on postoperative pain and opioid use: multicentre randomized controlled trial BMJ2020;371:m4284.
2 Gueguen J, Huas C, Orri M, Falissard B., Hypnosis for labour and childbirth: A meta-integration of qualitative and quantitative studies, Complement Ther Clin Pract. 2021 May;43:101380.
3 Bongartz W, Bongartz B, Hypnose ZHH, Trancesprache – die anthropologische Perspektive, 14 (1+2) 2019, 9–43.
4 Huang, Y., et. al. (2018). N400 amplitude does not recover from disappearance after repetitions despite reinitiated semantic integration difficulty. NeuroReport, 29, 1341–1348.
5 Calamassi D, Pomponi G P, Corrigendum to "Music tuned to 440hz versus 432hz and the health effects: a double-blind cross-over pilot study" Explore Journal Vol. 15 (2019) 283-290/ No. 4.
6 Calamassi, D. et. al., The Listening to music tuned to 440 Hz versus 432 Hz to reduce anxiety and stress in emergency nurses during the COVID-19 pandemic: a double-blind, randomized controlled pilot study, Acta Biomed. 2022 May 12;93(S2):e2022149.
7 Sandvik RK, Olsen BF, Rygh LJ, Moi AL, Pain relief from nonpharmacological interventions in the intensive care unit: A scoping review, J Clin Nurs. 2020 May;29(9–10):1488–1498.
8 Brugnoli MP, Pesce G, Pasin E, Basile MF, Tamburin S, Polati E., The role of clinical hypnosis and self-hypnosis to relief pain and anxiety in severe chronic diseases in palliative care: a 2-year long-term follow-up of treatment in a nonrandomized clinical trial, Palliat Med. 2018 Jan;7(1):17–31.
9 Revenstorf, D, Digitalisierung: Der Ausverkauf der Psychotherapie? Hypnose-ZHH 2018, 13 (1), 29–46.

Rückschau und Ausblick

Treibgut

Wolfgang Kuwatsch

Mit dem Treibgut begann ich 2009, dieses wird mein letztes sein. Meine erste Kolumne beschäftigte sich mit einem Containerschiff, dessen Ladung im Nordpazifik über Bord ging. Sie bestand aus 29.000 gelben Kunststoff-Entchen, grünen Fröschen und blauen Schildkröten. Über Jahre landeten viele dieser Tierchen an verschiedenen Küsten als Treibgut und legten dabei 27.000 km zurück.

Ähnlich trieb mich die moderne zahnärztliche Hypnose um, die nach 1990 auch die neuen deutschen Bundesländer erreichte. 1996 begann ich mit dieser hervorragenden Patientenkommunikation. Nach einigen Jahren wurde ich Trainer und Supervisor und lernte in den Kursen, in Regionalgruppentreffen und auf Tagungen sehr viele begeisterte Kolleginnen und Kollegen kennen. Als Mitglied des Vorstandes organisierte ich besonders unsere Außendarstellung auf Dentalkongressen am DGZH-Infostand.

Ein wichtiger Satz begleitet mich, seit ich ihn von Albrecht Schmierer 1996 gehört habe: »Leidensdruck schafft Motivation.« Das trifft natürlich auf Angstpatienten zu, passt aber auch in viele andere Lebenssituationen. Unser Auszubildender ZFA hat ihn sich auf seinen Unterarm tätowieren lassen. Wenn ich von der Chefredaktion die E-Mail mit dem Einreichungstermin bekam, begann ich zunächst etwas zu leiden, weil ich noch keine Idee hatte. Wurde der Druck größer, bat ich meine innere Kreativ- und Ideenwerkstatt um Hilfe, ging zwei bis drei Tage mit einem Thema schwanger und schrieb es dann wie in Trance in den PC. Zum Glück waren hier und da lediglich mal ein Komma oder ein Buchstabe falsch gesetzt …

2017 schrieb ich über das geheime Leben der Bäume, die mit ihren Wurzeln über das »Wood wide web« unsichtbar kommunizieren. Ich verglich es mit uns DGZH-Mitgliedern, die mit guten Gedanken und Ideen Hypnose verbreiten. Im Zusammenhang mit dem zunehmenden Gebrauch englischer Begriffe im Alltag zitierte ich 2011 meine Mutter: »Und ich sag noch …«, womit sie die Selffulfilling Prophecy meinte. Wie wäre es, wenn wir die finnische Übersetzung »itsena toteuttara ennuste« benutzen. Klingt doch auch gut, oder? 2014 waren wir Fußballweltmeister! Ich freute mich, dass wir stolz große und kleine schwarz-rot-goldene Flaggen schwenkten, und verglich Fußballmannschaften mit der DGZH: Präsident, Trainer, Co-Trainer, Kassenwart, Kapitän und Spieler. Ehrenpräsident Albrecht Schmierer und viele andere Sechzig-plus-Trainer sind nach wie vor auf dem Platz. Und das ist gut so! Alter sollte keine Angst machen, sondern genügend Platz für Lebensfreude, Mut und Lust am weiter Jungsein haben.

Albert Schweizer sagte: »Jugend ist nicht ein Lebensabschnitt – Jugend ist ein Geisteszustand. Sie ist Schwung des Willens, Regsamkeit der Fantasie, Stärke der Gefühle, Sieg des Mutes über die Feigheit, Triumph der Abenteuerlust über die Trägheit.« Woher kannte Schweitzer die DGZH, unsere Begeisterung, Regsamkeit und Abenteuerlust? Natürlich gibt es in der DGZH Junge und Alte, Dicke und Dünne, Männer mit viel oder wenig, Frauen mit natürlichen und gefärbten Haaren. Es gibt aber keine Hypnose für junge oder alte Hypnosespezialisten, sondern nur die moderne medizinische Hypnose.

»Wenn es am Schönsten ist, soll man aufhören.« Vielleicht erinnern sich noch einige an die Auftritte der »Best-i-en« bei den DGZH-Jahrestagungen. Zusammen mit meinem Freund und Kollegen Per Vogelsang gründete ich nach dem Abschluss des Hypnose Curriculums 1997 dieses musikalische Kabarett. Etwa acht Jahre lang sangen wir zu deutschen Schlagermelodien Texte zum Thema Hypnose mit viel Spaß und Erfolg. Dann sagte ich zu meinen Kollegen: »Wenn es am Schönsten ist …«

Nun ist es wieder soweit, diese Kolumne wird meine letzte sein. Trotz kurzzeitigem Leidensdruck hat es mir riesig Spaß gemacht und ich wünsche mir, dass – ganz egal in welchem Format – Ähnliches weitergeführt wird. Es gibt viel zu tun – warten wir nicht ab!

Treibt es also weiter, aber gut!
Euer Wolfgang Kuwatsch

FACHKRÄFTEMANGEL?
KENNEN WIR NICHT!

Als Zahnarzt, Kieferorthopäde, Oralchirurg oder Dentallabor qualifizierte Fachkräfte einstellen!

1. Qualifizierte Fachkräfte aus Deiner Region finden, die wirklich zu deiner Praxis passen.
2. Erreiche auch die Zahnärtze und ZFMA, die bereits in einem Arbeitsverhältnis stehen und die bereit sind für einen Wechsel.
3. Unabhängigkeit von Jobbörsen, Personalvermittlern & Co. - *kein Headhunting - keine Zeitarbeit - keine Personalvermittlung!*
4. Sicherheit & Personalplanung für die eigene Praxis mit **Garantie**.

Für Zahnärtze: Als attraktiver Arbeitgeber in Deiner Region wahrgenommen werden und planbar passende Fachkräfte einstellen.

Scanne den Code und **bewirb dich in 1 Minute** für deinen Experten-Termin **dein Personal Peroblem endlich zu lösen!**

~~*Könnte*~~
~~*Wollte*~~
~~*Sollte*~~
~~*Müsste*~~
Machen!

neckaralb.digital
RECRUTING WEB 2.0

deine neckaralb.online GmbH
Bahnhofstraße 3
72810 Gomaringen

t. +49 (0) 7072 890 990 9
hallo@neckaralb.digital
www.neckaralb.digital

Medizin in der Zeitenwende

ESSAY Bestrebungen zur »Optimierung« des Menschen nehmen zu, es drohen eine Entgrenzung der Medizin und eine Medikalisierung der Gesellschaft. Ein kritischer Blick auf den Transhumanismus.

Von Hartmut Schröder

Prozesse des Wandels und der Veränderung sind fast immer ambivalent. Einerseits sichern sie die Entwicklungsfähigkeit des natürlichen und sozialen Lebens: Ohne Wandel und Veränderung droht Leben zu erstarren. Andererseits können Wandel und Veränderung Menschen und Systeme überfordern, wenn sie zu schnell und mit einschneidenden Auswirkungen erfolgen. Sie führen dann zu Angst und Unsicherheit und lassen Einzelne oder ganze Systeme kollabieren. Wandel und Veränderung ergeben sich nicht nur in der Folge von Herausforderungen durch die natürliche Mitwelt des Menschen. Sie können vielmehr auch aus den durch Menschen entwickelten Technologien sowie aus den von Menschen geschaffenen Kulturen und Sozialordnungen resultieren. Menschen reagieren also nicht nur auf Wandel und Veränderung in ihrer äußeren Umgebung, sondern gestalten diese auch durch ihr eigenes Handeln. Dabei versuchen sie, die Natur mehr und mehr zu beherrschen und sich selbst zunehmend aus den Zwängen der Natur zu befreien.

Vor diesem Hintergrund sind auch die aktuellen Bestrebungen nach einer »Optimierung des Menschen« (engl.: human enhancement) zu sehen. Bei diesen Versuchen geht es darum, immer mehr Technologien nicht nur in der Außenwelt des Menschen zu verwenden, sondern auch im Körper des Menschen und auf emotive sowie kognitive Prozesse (Bewusstsein) anzuwenden. Der sich entwickelnde neue Mensch, der Mensch 2.0, nutzt dann – so die Anhänger:innen der »Optimierung des Menschen« – nicht mehr bloß Technologien im Außen zur besseren Daseinsbewältigung. Er wird vielmehr selbst Objekt sowie Teil von Technologien und »optimiert« sich vermeintlich nach eigenem Gutdünken. Verfechter:innen einer solchen Denkrichtung nennen sich selbst transhumanistisch. Einige ihrer grundlegenden Positionen sollen im vorliegenden Beitrag kritisch und insbesondere im Hinblick auf Medizin und Gesundheitswesen diskutiert werden.

Zeitenwende und Transhumanismus

In Deutschland spielte der Transhumanismus über einen längeren Zeitraum fast keine Rolle. Von der breiten Öffentlichkeit und auch in der Medizin wurde er kaum wahrgenommen. Dies änderte sich erst mit Beginn der Coronakrise. Ideen des Transhumanismus scheinen seitdem im politischen und medialen Diskurs zunehmend auf Resonanz zu stoßen und Eingang in Medizin und Gesundheitspolitik zu finden. Propagiert wird der Transhumanismus vor allem durch das World Economic Forum[1] als Allheilmittel der Probleme in Wirtschaft, Politik, Gesellschaft und Kultur. Begünstigt wird die rasche Verbreitung des Transhumanismus durch die Begriffe und Buchtitel »The Fourth Industrial Revolution«, »The Great Reset« sowie »The Great Narrativ« des Gründers und Vorsitzenden des Weltwirtschaftsforums, Klaus Schwab[2] sowie durch die von Politik und Medien ausgerufene »Zeitenwende«.

Aktuell scheinen Entscheidungstragende in Politik und Wirtschaft die im politischen Wortschatz neuen Begriffe »Zeitenwende« und »Alternativlosigkeit« zur Begründung und Rechtfertigung von teilweise einschneidenden Veränderungen im Leben der Menschen zu nutzen. Mit dem Wort »Zeitenwende« wird ein Umschwung im historischen Geschehen beziehungsweise der Beginn einer neuen Ära verbunden, was einige Fragen aufwirft: Ist mit Umschwung und neuer Ära der Transhumanismus gemeint? Was bringt eine solche Ära für die Medizin und unser Gesundheitssystem? Haben Erfahrungsmedizin, mentale Verfahren und traditionelle Heilkünste in dieser neuen Ära noch einen Platz? Werden sich die Einrichtungen des Gesundheitssystems sowie ärztlich oder therapeutisch Tätige am Wohl der Patient:innen orientieren oder sich eher als Gesundheitswirtschaft verstehen? Was bedeutet das Konzept Mensch 2.0? Hat der Mensch, so wie wir ihn bis jetzt kennen, damit noch erkennbare Gemeinsamkeiten?

Diese und weitere Fragen können im vorliegenden Artikel nicht beantwortet werden, und es ist auch nicht beabsichtigt, einen umfassenden Überblick über den Transhumanismus zu geben sowie eine grundlegende Kritik zu erarbeiten. Vielmehr soll auf Entwicklungen hingewiesen werden, die in der Öffentlichkeit kaum beachtet und nur von wenigen Akteuren beeinflusst werden, die sich durch eine Mentalität des »alles ist möglich« und »alles ist erlaubt« leiten lassen. Zukunftsrelevante Entscheidungen werden in diesem Zusammenhang nicht durch demokratisch legitimierte Instanzen getroffen, sondern durch mächtige ökonomische und technologische Eliten. Die grundlegende Frage nach einer Optimierung des Menschen – was immer Optimierung in dieser Hinsicht auch sein mag – erfordert jedoch kluge gesellschaftliche Entscheidungen, wenn wir uns nicht von einer Entwicklung überrollen lassen wollen, die

Es geht um die Zukunft des Menschen und um die Zukunft der Medizin.

schon jetzt mit einer unglaublichen Geschwindigkeit begonnen hat und fast ausschließlich einer Logik der technischen Machbarkeit und einem ökonomischen Gewinndenken verpflichtet ist. Es geht um die Zukunft des Menschen und um die Zukunft der Medizin.

Vorläufer des Transhumanismus: von Gilgamesch über Eos bis hin zum Jungbrunnen

Das, was im Transhumanismus »Optimierung des Menschen« genannt wird, hat in der Geschichte der Menschheit eine Vorgeschichte. Der US-amerikanische Kulturphilosoph Charles Eisenstein[3] hat den Prozess der Zivilisation als einen Versuch der Menschen beschrieben, immer mehr Kontrolle über die Natur zu gewinnen beziehungsweise aus dem Reich der Natur hervorzutreten und sich selbst zu Schöpfer:innen zu machen. In diesem Prozess haben sich die Menschen immer mehr von ihrer Mitwelt entfernt, die sie lediglich als Umwelt betrachten und zum Objekt ihrer Tätigkeit machen. Sie entwickeln für diesen Zweck Werkzeuge, Sprache und Wissenschaften sowie schließlich das Geldsystem, das zur beinahe vollständigen Objektivierung der Welt führt: Alles in der Mitwelt wird zum bloßen Objekt, der Mensch steht im Zentrum und wird zum wichtigsten Einflussfaktor fast aller Prozesse.

Das heutige Streben nach Optimierung des Menschen stellt also kein Novum dar. Die Befreiung von Krankheit und Leid sowie der Wunsch nach ewiger Jugend und nach Unsterblichkeit sind ein uralter Menschheitstraum. Der Medizinsemiotiker Sebastian Hilgart hat in einem Überblick »Anti-Aging-Medizin und Jungbrunnen-Lifestyle«[4] darauf hingewiesen, dass »Vorstellungen von einem Leben ohne Altern, also von einem Leben, das der Unsterblichkeit teilhaftig geworden ist, [...] lange dokumentiert« sind. Ein sehr frühes Beispiel dafür ist das Gilgamesch-Epos aus der sumerischen Mythologie: Gilgamesch, schreibt Hilgart, ist der »Name eines Helden und Königs des sumerischen Stadtstaates Uruk, der vermutlich nach 2750 v. Chr. regierte […] In dem […] Epos stürzt Gilgamesch nach dem Tod seines Freundes Enkidu in eine tiefe Krise. Sein Schrecken angesichts der Endlichkeit des Lebens und seine Furcht vor dem Tod quälen Gilgamesch so sehr, dass er sich auf den Weg zu dem als weise geltenden Utnapischtim macht, von dem er sich Ratschläge zur Erlangung des ewigen Lebens erhofft. Der unsterbliche Weise, der ähnlich Noah die Sintflut mit seiner Familie überlebte, enttäuscht den Sehnsüchtigen erst, indem er ihm von der Unausweichlichkeit des Todes erzählt. Doch schließlich berichtet Utnapischtim von einem heiligen Kraut, das ewiges Leben schenkt. Das Gewächs trägt den Namen ›Jung wird der Mensch als Greis‹.«

Musste Gilgamesch noch eine beschwerliche Reise antreten, um das heilige Kraut zu finden, so scheinen Menschen später etwas bequemer geworden zu sein. So z. B. in der griechischen Mythologie bei Eos. Klaus-Dieter Lehmann erzählt die Geschichte amüsant und mit Ironie: »Eos, die Göttin der Morgenröte hatte eine Vorliebe für gut aussehende Jünglinge. Als sie den schönen Tithonos kennenlernte, verliebte sie sich so sehr in ihn, dass sie Zeus bat, ihm das ewige Leben zu schenken. Zeus entsprach ihrer Bitte. Sie hatte jedoch vergessen, ihn auch um die ewige Jugend zu bitten. So kam es, wie es kommen musste. Der Unsterbliche wurde alt und grau und unansehnlich. Sie wollte nicht länger das Lager mit ihm teilen. Sie verbannte ihn deshalb in ein weit entferntes Zimmer, aus dem nur das dünne Stimmchen zu hören war. Schließlich verwandelte sie ihn in eine Grille, damit wenigstens das Zirpen ihrer Unterhaltung diente.«[5]

Diese Geschichte macht deutlich: Wenn uns das eine gelingt, können wir ein neues Problem erzeugen. Immer mehr zu wollen und am besten alles gleichzeitig zu erhalten, scheint in der Menschheitsgeschichte bislang nicht wirklich funktioniert zu haben. So ist der uralte Menschheitstraum eher eine Vision geblieben, die malerisch in dem Bild »Der Jungbrunnen« von Lucas Cranach dem Älteren (1472–1553) von 1546 ihren Ausdruck findet. In dieser Vorstellung vom Jungbrunnen kann man vielleicht schon eine Art Vorläufer des Transhumanismus sehen: Nicht durch seine Lebensführung und durch Selbstkultivierung erhält der Mensch Gesundheit, ewige Jugend und Unsterblichkeit, sondern durch das Baden in einer wundersamen Substanz, die wie ein Allheilmittel einfach alles kann und bewerkstelligt.

Ideen und Ziele des Transhumanismus

Zwar versprechen Transhumanist:innen kein Baden im Jungbrunnen als Lösung aller von ihnen als Schwächen erkannten Probleme des Menschen wie Krankheit, Altern und Tod; aber sie sehen eine »Erlösung« des Menschen durch Technologien, die die physischen und auch psychischen Möglichkeiten des Menschen steigern sollen und schließlich auch den Tod besiegen könnten. Etwas verkürzt, aber durchaus auf den Nenner gebracht, gehen Transhumanist:innen davon aus, dass der Mensch so, wie er ist, eine Art Auslaufmodell und nicht mehr zukunftsfähig ist. Sie wollen daher »den neuen Menschen schaffen«, wie es der Journalist Boris Hänßler in seinem Artikel »Verbesserte Menschen. Die vielleicht gefährlichste Idee der Welt« ausgedrückt hat.[6]

Mit dem Begriff Transhumanismus lässt sich allerdings keine klar abgrenzbare Richtung von Wissenschaftler:innen erfassen. Es handelt sich vielmehr um einen Sammelbegriff für verschiedene Strömungen in Medizin, Technik, Wissenschaft und Wirtschaft, die ihren Niederschlag auch in Film, Kunst, Literatur und Science-Fiction gefunden haben. Der Philosoph Christoph Quarch verwendet den Begriff Transhumanismus in seiner grundlegenden Kritik[7] als eine Zusammenfassung der »treibenden Kräfte einiger verstörender Dynamiken, die alle auf den gleichen Zielpunkt zulaufen: die Abschaffung des Menschen«. Nach Quarch unterscheidet sich der Transhumanismus vom traditionellen abendländischen Humanismus nicht nur dadurch, dass er die Optimierung des Menschen ausschließlich durch technische und wissenschaftliche Innovationen voranbringen will – nicht aber »durch pädagogische, moralische oder spirituelle Programme«. Vielmehr »bricht der Transhumanismus radikal mit allen Spielarten des traditionellen abendländischen Humanismus«.

Zugeschrieben wird der Begriff Transhumanismus dem britischen Biologen Julian Huxley (1887–1975), der diesen wie folgt prägte: »Die menschliche Spezies kann über sich selbst hinauswachsen, wenn sie es möchte. [...] Der Mensch bleibt Mensch, aber er transzendiert sich selbst durch die Verwirklichung neuer Möglichkeiten in und über seine menschliche Natur.«[8] Ein Bezug zur Eugenik klingt in dieser Äußerung von Huxley bereits durch, und Eugenik spielt im Transhumanismus in der Tat eine zentrale Rolle. Vermutlich fand das Gedankengut des Transhumanismus gerade durch die Nähe zur Eugenik im deutschsprachigen Raum zunächst

Eugenik spielt im Transhumanismus eine zentrale Rolle.

nur wenige Anhänger und fast keine Verbreitung in Medien, Politik und Wissenschaft. Der Begriff Eugenik wird in Deutschland mit den damit verbundenen Verbrechen im Nationalsozialismus in Verbindung gebracht und ist entsprechend kontaminiert. Es ist allerdings nicht angemessen, den Transhumanismus und Julian Huxley in die Nähe der nationalsozialistischen Eugenik zu bringen. Huxley spielte als Person und Wissenschaftler eine wichtige Rolle bei der Gründung der UNESCO und war als deren erster Generaldirektor maßgeblich an der Verfassung der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte beteiligt. Das Ziel der Eugenik im Transhumanismus ist es auch nicht, »durch Sterilisation eine Geburt zu verhindern, sondern durch Genmanipulation für die Geburt eines gesunden Kindes zu sorgen. Dabei soll die menschliche Evolution künftig, an vom Menschen gewählten Zielen orientiert, gesteuert werden. Diese Züchtung von Menschen soll nicht in staatlicher Hand liegen (wie etwa von der nationalsozialistischen Eugenik angestrebt), sondern in die Hände der einzelnen Eltern gelegt werden.«[9]

Eine Optimierung bzw. eine Transformation des Menschen kann für Transhumanisten nur durch eine konsequente Orientierung an Wissenschaft und Technologie erfolgen. Genannt werden dabei als Bezugsdisziplinen neben der Pharmakologie vor allem die Neurowissenschaften, Nanotechnologie, Digitalisierung und Informatik, Prothetik sowie Kryonik (Einfrieren des Körpers). Im »Reader zum Transhumanismus« der Deutschen Gesellschaft für Transhumanismus[10] werden als Säulen des Transhumanismus a) das »Streben nach Transzendenz«, b) ein »humanistisches Weltbild« und c) »Technik als Mittel der Veränderung des Menschen« genannt:

»Jede einzelne ist für das transhumanistische Weltbild unverzichtbar. Die Nutzung der Technik zur Veränderung des menschlichen Wesens grenzt den Transhumanismus von der Religion und vom klassischen Humanismus ab. Das humanistische Weltbild betont die zentrale Bedeutung des Menschen, ohne die eine technologische Gesellschaft zur Technokratie werden kann. Das Streben nach Transzendenz schließlich stellt den revolutionären Kern des Transhumanismus dar, der die momentane Gesellschaft und die Bedingungen menschlichen Daseins grundsätzlich in Frage stellt. Erst in ihrer Kombination entfalten diese drei Fundamente ihre volle Kraft in einem Weltbild, dessen Ziel nicht weniger ist als die selbstbestimmte Befreiung des Menschen aus den Fesseln der Natur.«[11]

Das Ziel, die »selbstbestimmte Befreiung des Menschen aus den Fesseln der Natur« bedeutet für Transhumanisten, dass Menschen künftig sowohl ihr Aussehen (Body by Design) als auch ihre physischen und psychischen Möglichkeiten sowie ihre emotionalen Stimmungen nach eigenem Ermessen so verändern und auch steigern können, dass schließlich Altern, Tod und Krankheit Schritt für Schritt überwunden werden können.

Diese ehrgeizigen Ziele lesen sich vielleicht wie Science-Fiction, aber es handelt sich durchweg nicht nur um Ideen, sondern um konkrete Projekte zur Zukunftsfähigkeit des Menschen und um praktische Versuche seiner Optimierung in Richtung Mensch 2.0. In den USA gibt es bereits seit 2014 eine Transhumanist Party und auch in Deutschland hat sich 2015 die Transhumane Partei Deutschland gegründet. Für einen Teil ihrer Vorhaben nennen Transhumanisten bereits ein Datum, bis wann sie mit der Realisierung rechnen. Da fast alle Projekte der Transhumanisten finanziell sehr gut abgesichert sind, scheint es um mehr als bloße Wunschvorstellungen zu gehen.

Gefördert und unterstützt werden transhumane Projekte vor allem durch die IT-Branche, d. h. Google, Apple und Co. Der Spiegel-Redakteur Thomas Schulz[12] hat in einem Artikel über Forschungsaktivitäten von Google bereits 2014 darauf hingewiesen, »dass die Suche nach dem großen Wurf, irgendwo zwischen gewagter Vision und wilder Phantasie« sogar einen eigenen Namen bei Google hat: Moonshot. Bereits 2013 verfügte der Konzern über ein Forschungsbudget in Höhe von acht Milliarden Dollar und konnte »führende Wissenschaftler aus allen Forschungsbereichen: Genetiker, Hirnforscher, Elektrotechniker, Maschinenbauingenieure, Chemiker« umwerben. Thomas Schulz zog 2014 folgendes Fazit: »In keinem anderen Unternehmen der Welt konzentrieren sich derzeit so viel Intellekt, Geld, Macht und Daten.«

Der Welt-Redakteur Benedikt Fuest[13] stellt 2021 fest, dass Google 2019 in der Zeitschrift »Nature« einen Artikel zum Thema Quantencomputer publizierte und damit für eine Sensation sorgte: »Die Angestellten des Forschungsarms ›Research‹ hatten als erste weltweit einen funktionierenden Quantencomputer gebaut, der ein mathematisches Problem einige 10.000 Male schneller lösen konnte als ein herkömmlicher Supercomputer. ›Quantum supremacy‹, der Beweis dafür, dass Quantencomputer funktionieren, war erbracht – durch einen Konzern, nicht durch Forscher eines Universitätsinstitutes oder einer staatlichen Forschungseinrichtung.«

Benedikt Fuest weist darauf hin, dass Google im Jahr 2020 bereits 27,5 Milliarden Dollar in die Forschung investierte. Andere US-amerikanische Konzerne der IT-Branche wie Apple, Microsoft und Facebook sind Google dicht auf den Fersen. Investiert wird nicht nur in die Entwicklung von Quantencomputern, sondern auch in künstliche Intelligenz, Bioinformatik, Robotik u. Ä. – unabhängig von staatlichen Forschungseinrichtungen und diese hinter sich lassend.

Transhumanismus in Medizin und Gesundheitswesen

Bestimmte Vorhaben der Transhumanisten zielen nicht nur auf Anwendungen in der Medizin und im Gesundheitswesen, sondern setzen ein medizinisches Engagement und die Transformation des Gesundheitswesens geradezu voraus. Angesichts zunehmender Digitalisierung, Algorithmisierung, Ökonomisierung und Technisierung des Gesundheitswesens sollten sich Mediziner:innen auch kritisch mit der Thematik möglicher Grenzen transhumaner Technologie beschäftigen – bevor sie von Entwicklungen überrollt werden.

Grundsätzlich gilt, dass fast jede technische Innovation im Kontext des Transhumanismus auch in der Medizin und im Gesundheitswesen angewendet werden kann. Die »großen Entwürfe« kommen, so Harari[14], aus dem Silicon Valley und sind mit »grandiosen Begriffen« des Transhumanismus verbunden: künstliche Intelligenz, Big Data, Virtual Reality, Algorithmen.

In den aktuellen Transformationsprozessen in Wirtschaft, Gesellschaft, Kultur und Politik spielen diese Begriffe bereits eine wichtige Rolle – in der Medizin und im Gesundheitswesen lassen sie sich nicht mehr übersehen. Zahlreiche Publikationen reflektieren laufende und zu erwartende Entwicklungen in Richtung digitale Medizin. So beschäftigt sich Thomas Schulz, langjähriger Silicon-Valley-Korrespondent des Spiegels, in seinem Buch »Zukunfts-Medizin«[15] aus einer erkennbaren Begeisterung heraus mit den neuen Herausforderungen für Diagnostik, Therapie und Prävention – ohne aber die Begriffe Transhumanismus und Optimierung des Menschen zu erwähnen. Er sieht das Zeitalter der digitalen Medizin

kommen und beschreibt die Möglichkeiten der modernen Genetik, der synthetischen Biologie und der künstlichen Intelligenz sowie die Bedeutung von Algorithmen und Big Data.

Mit der konkreten Umsetzung, d. h. mit einer Analyse der Chancen und Risiken technischer Innovationen sowie der Zukunft der Medizin in einer digitalisierten Welt beschäftigte sich in Deutschland 2016 ein interdisziplinärer Kongress der Charité Berlin in Zusammenarbeit mit der Hanns-Martin-Schleyer-Stiftung. Veröffentlicht wurden die Vorträge, Statements und Podiumsdiskussionen in einem Sammelband von Karl Max Einhäupel.[16] In seinem Schlusswort beklagt Einhäupel einen Rückstand Deutschlands bei der IT-Infrastruktur im Gesundheitswesen und macht »Bedenkenträger«, »Ängstliche« und »Horrorszenarienverbreiter« dafür verantwortlich. Ein kritischer Diskurs über Chancen und Risiken ist so nur eingeschränkt möglich.[17]

Mit ethischen Aspekten der Digitalisierung beschäftigt hat sich allerdings Axel Ekkernkamp[18], ärztlicher Direktor und Geschäftsführer des Unfallkrankenhauses Berlin. Er geht davon aus: »Alles, was digitalisiert werden kann, wird digitalisiert«, und stellt die Frage, ob in einer Welt 4.0 dieses Paradigma auch für die Medizin gelten darf – »gerade vor dem Kontext ethischer Verantwortung« und »insbesondere angesichts der Entwicklungen im Bereich künstlicher Intelligenz (KI)«. Seine weiteren Fragen lauten: Was kann und was darf die Medizin der Zukunft leisten? Wo sind Grenzen? Ist technischer Fortschritt verpflichtend und in allen Bereichen unseres Lebens erforderlich?

Ekkernkamp postuliert, dass im Kontext von Medizin und Gesundheit immer wieder diskutiert werden muss, »welche Technologien wir im Interesse der Wissenschaft und des Patienten tatsächlich einsetzen wollen«. Seine Antwort ist einfach: »solche, die für den Menschen am besten sind«. Etwas weitergeführt könnte das bedeuten, dass Medizin von den Patient:innen aus, das heißt vom Menschen her, gedacht werden soll. Nicht technische Machbarkeit oder ökonomisches Kalkül darf ausschlaggebend sein, sondern ein ethisches Prinzip, Menschen in Not zu helfen und Leid zu lindern.

Dass ethische Überlegungen zu den Grenzen der Digitalisierung in der Medizin und im Gesundheitswesen erforderlich sind, machen bereits diese Schlagworte deutlich: Bioengenieering und Gentechnik, RFID-Chips und Implantate, Prothektik und Cyborgisierung des Menschen sowie Designer-Babys und Human Body by Design.

Sie zeigen, dass geradezu eine Entgrenzung der Medizin und eine Medikalisierung der Gesellschaft droht, wenn Medizin sich nicht auf ihre traditionelle kurative, palliative und präventive Funktion begrenzt, sondern ein vermeintliches Optimieren bzw. Korrigieren und Normieren des Menschen anstrebt oder sich dafür missbrauchen lässt. Am Ende könnte eine solche Entgrenzung vielleicht sogar dazu führen, dass sich Medizin im traditionellen Verständnis einer Heilkunst auflöst und Ärzt:innen durch Dr. Google ersetzt werden. ■

Der zweite Teil dieses Essays erscheint in der nächsten Ausgabe.

Prof. Dr. Hartmut Schröder war bis zu seiner Pensionierung Lehrstuhlinhaber für Sprachgebrauch und Therapeutische Kommunikation an der Europa-Universität in Frankfurt (Oder). Seit 2022 ist er Professor für Gesundheitsförderung und Gesundheitskommunikation an der University for Digital Technologies in Medicine and Dentistry in Luxembourg. In Berlin leitet er das interdisziplinäre Therapiezentrum Therapeium. Kontakt: h.schroeder@therapeium.de

Anmerkungen

1 Siehe dazu die Webseite des WEF: https://www.weforum.org.

2 Die Bücher von Klaus Schwab liegen in deutscher und englischer Sprache vor.

3 Charles Eisenstein: Die Renaissance der Menschheit. Über die große Krise unserer Zivilisation und die Geburt eines neuen Zeitalters. München 2012.

4 Sebastian Hilgart: Anti-Aging-Medizin und Jungbrunnen-Lifestyle. In: Stil als Zeichen. Funktionen – Brüche – Inszenierungen. Frankfurt (Oder) 2006. (= Universitätsschriften – Schriftenreihe der Europa-Universität Viadrina, Band 24).

5 Klaus-Dieter Lehmann: Bricks and Bytes. The Future of Books and Libraries in a Changing Society. Online: https://www.goethe.de/de/uun/prs/int/pra/alt/12241518.html. 01.10.2014.

6 Boris Hänßler: Verbesserte Menschen. Die vielleicht gefährlichste Idee der Welt. In: Süddeutsche Zeitung, 08.06.2013.

7 Christoph Quarch: »Menschendämmerung …«. Transhumanismus, Human Enhancement und das drohende Ende einer antiquierten Spezies. Fulda 2016.

8 Zitiert nach De:Trans Deutsche Gesellschaft für Transhumanismus, Reader zum Transhumanismus, 2005.

9 Artikel Transhumanismus in Wikipedia: https://de.wikipedia.org/wiki/Transhumanismus.

10 Die Deutsche Gesellschaft für Transhumanismus, ein eingetragener Verein, scheint ihre Tätigkeit eingestellt zu haben. Es gibt jedenfalls keine aktive Website mehr und auch keine Hinweise auf eine Vereinstätigkeit. Allerdings gibt es in Deutschland eine transhumane Partei mit einer umfangreichen Website: https://transhumane-partei.de/was-ist-transhumanismus/.

11 De:Trans: Deutsche Gesellschaft für Transhumanismus, Reader zum Transhumanismus, 2005.

12 Thomas Schulz: Larry und die Mondfahrer. Der Spiegel 10/2014, 28.02.2014.

13 Benedikt Fuest: Die Milliarden-Wette der US-Giganten offenbart Deutschlands historisches Versäumnis. Die Welt, 01.04.2021.

14 Interview Yuval Noah Harari: Zukunft des Menschen. »Wir werden Götter sein«. In: Der Spiegel, 23.03.2017.

15 Thomas Schulz: Zukunfts-Medizin. Wie das Silicon Valley Krankheiten besiegen und unser Leben verlängern will. München 2018.

16 Karl Max Einhäupel (Hrsg.): Medizin 4.0 – Die Zukunft der Medizin in der digitalisierten Welt. Hanns Martin Schleyer-Stiftung 2017.

17 Als Beiträge für einen kritischen Diskurs seien hier drei Sammelbände genannt, die sich insbesondere auch mit ethischen Aspekten beschäftigen: Transhuman. Von der Prothetik zum Cyborg. Museum Ulm 2020. – Baustelle Mensch. Der Homo sapiens optimiert sich selbst. Herausgegeben in Zusammenarbeit mit bild der wissenschaft. Darmstadt 2019. – Dieter Korczak (Hrsg.): Digitale Heilversprechen. Zur Ambivalenz von Gesundheit, Algorithmen und Big Data. Frankfurt am Main 2020.

18 Axel Ekkernkamp: Die medizinischen Aspekte der digitalen Dimension. Gastbeitrag in: Christoph Brüssel, Volker Kronenberg, Lenno Götze: Digitale Zukunft und neue Kultur. Wirkung auf Politik, Wirtschaft und Gesellschaft. Baden-Baden 2019, S. 153–158.

WIRKSAM ZUFRIEDEN GESUND

Das sagen unsere Kursteilnehmer – Live auf Youtube:

Hypnose und NLP das Dreamteam für optimale Kommunikation!

Sie möchten mehr wissen ? Rufen Sie mich einfach an: 030-364 30 590

Anke Handrock und Team

Dr. Anke Handrock ist Zahnärztin und seit über 20 Jahren Trainerin für wirksame Kommunikation in der Medizin. Sie leitet Ausbildungen für Positive Psychologie, Medical NLP und Systemische Praxisführung und coacht MVZs, Praxisteams, Ärzte**, Zahnärztinnen und Therapeuten...

In unserer Seminaretage trainieren Sie in kleinen Gruppen (maximal 15 Teilnehmerinnen). Sie erleben alle Methoden in Life-Demonstrationen und wenden das Gelernte danach direkt in Kleingruppen an.

Weitere Kurse (Systemisch Führen, Positive Psychologie,..) und Infos:

**Aus Gründen der Geschlechtergerechtigkeit verwenden wir im lockeren Wechsel die weibliche und die männliche Form. Dabei sind immer alle Geschlechter gleichermaßen mitgemeint.

Die Hauptstadtkurse …
… tagsüber Kurs und abends Berlin

NLP MEDICAL PRACTICE – incl.

NLP Practitioner (DVNLP)

NLP-P 1: 24.02. – 26.02.2023
NLP-P 2: 26.05. – 28.05.2023
NLP-P 3: 30.06. – 02.07.2023
NLP-P 4: 15.09. – 17.09.2023
NLP-P 5: 08.12. – 10.12.2023
NLP-P 6: 09.02. – 11.02.2023

180 Punkte (BZÄK, DGZMK), Investition EUR 4200,00 Bildungsurlaub möglich

Aufbaukurs: NLP MEDICAL MASTERING – incl.

NLP Master (DVNLP)

NLP-P 1: 28.04. – 30.04.2023
NLP-P 2: 22.09. – 24.09.2023
NLP-P 3: 17.11. – 19.11.2023
NLP-P 4: 12.01 – 14.01.2024
NLP-P 5: 19.04. – 21.04.2024
NLP-P 6: 14.06. – 16.06.2024

176 Punkte (BZÄK, DGZMK), Investition EUR 4200,00 Bildungsurlaub möglich

Dr. Anke Handrock Coaching & Training – Boumannstraße 32, 13467 Berlin; www.handrock.de Kontakt: info@handrock.de

Jetzt NEU!

Handrock Online

weil DU die Wirkung bist

Das gebündelte Wissen
*für **Beratung** und **Führung***
jederzeit zugänglich!
Life-Online-Kurse** und **Videobibliothek
www.handrock-online.de

Life-Online-Kurs: Wirksam BERATEN mit der theko®–Beratungsstrategie – in 6 Blöcken bauen Sie Ihre optimale Beratungsstrategie auf! Start: 05.09.2022 – 19:00 Uhr

Life-Online-Kurs: Wirksam FÜHREN mit der proprax®–Führungsstrategie – in 6 Blöcken die Grundgeheimnisse erfolgreicher Führung meistern! Start: 09.01.2023 – 19:00 Uhr

Investition pro Kurs Einführungspreis: 1499,00 (zzgl. USt.), 18 Punkte (BZÄK, DGZMK) (nur nach MC-Test)

Beide Life-Online-Kurse & die zugehörige Videobibliothek im Abonnement
Einmaliges Einführungsangebot bis Kursbeginn der Life-Online-Kurse! Ihre Vorteile:

- Beide Life-Online-Kurs sind im Abonnement enthalten – Sie sparen fast 3000,00 €!
- Zusätzlich erhalten Sie alle zwei Wochen ein neues Video zum gewählten Thema.
- Sie können regelmäßig Fortbildungspunkte erwerben.
- Ihre Videos können Sie im Rahmen des Abonnements jederzeit abrufen - z. B. zur Vorbereitung auf Verhandlungen und zur Schulung Ihrer AssistentInnen.
- Sie haben jeden Monat Zugriff auf eine exclusive Online-Life-Fragerunde
- Sie erhalten 2023 den Bonus-Videokurs 6 x 2 Stunden "Praxiskommunikation für MitarbeiterInnen" - damit alle im Team eine Sprache sprechen!

Im dreijährigen Abonnement: 1. Jahr 299,00 €/Monat – 2. Jahr 199,00 €/Monat – 3. Jahr 99,00€/Monat - beliebig verlängerbar

---

Handrock Online GmbH – Boumannstraße 32, 13467 Berlin; www.handrock-online.de
Kontakt: info@handrock-online.de

Die digitale Kreativwerkstatt

AUSBILDUNG Die DGZH stellt sich den digitalen Herausforderungen und hat mit ihrem diesjährigen Trainertraining neue Wege eingeschlagen.

Von Carla Benz

Gefühlt folgte in der Pandemie lange ein Lockdown dem nächsten. Für einen unerwartet großen Zeitraum waren persönliche Zusammenkünfte ab einer gewissen Gruppengröße ausgeschlossen. Im März 2020 schien die Welt stillzustehen. Seitdem ist jedoch zunehmend deutlich geworden, dass sie sich auch ohne Präsenzveranstaltungen weiterdreht. Digitale Kommunikationsplattformen wie Zoom oder Teams wurden schnell ausgiebig genutzt. Was viele Jahre nicht vorankam, vollzog sich nun in einem atemberaubenden Tempo und unsere Welt begann, zunehmend digital zu funktionieren. Das Lernen und Arbeiten im Homeoffice wurden Alltag, was uns individuell vor neue Herausforderungen stellte. Auch berufliche Fortbildungen passten sich den neuen Anforderungen an.

Freud und Leid digitaler Treffen

Spätestens jetzt diskutierten wir in der DGZH, wie zahnärztliche Hypnose und Kommunikation digital vermittelt werden können. Das mag zunächst schwierig erscheinen. Schließlich geht es bei unseren Inhalten um zwischenmenschliche Beziehungen und Interaktionen, die Atmung, Berührungen und körperliche Nähe spielen eine große Rolle. Wie gleicht man aus, dass all dies im virtuellen Raum fehlt? Hinzu kommen die völlig unterschiedlichen Kenntnisse im Umgang mit digitalen Medien. Hier zeigen sich unter Trainer:innen wie Kursteilnehmenden oft große Unterschiede. Die einen haben schon längst ein eigenes kleines Sendestudio, andere können nur mit fremder Hilfe ins Netz gehen.

Doch digitale Veranstaltungen haben auch Vorteile: Für eine Teilnahme muss keine lange Anreise in Kauf genommen und kein Hotelzimmer gebucht werden. Insbesondere Zahnärzt:innen mit Kindern können an Onlineveranstaltung familienfreundlich teilnehmen. Darüber hinaus können sich Interessierte auch später leicht vernetzen und ihre Erfahrungen rege austauschen.

Kreativ am virtuellen Tisch

Für die DGZH ist klar, dass sie die sich bietenden Chancen nutzen und den digitalen Weg mitgehen will, wo dies sinnvoll erscheint. Deshalb widmete sich das Trainertraining 2022 dem Thema Digitalisierung. Da es im Frühjahr 2022 schwierig war, eine Präsenzveranstaltung zu realisieren, fand das Training als TrainerKreativWerkstatt passenderweise online statt. Nach der Methode des World Cafés konnten die Teilnehmenden an verschiedenen virtuellen Tischen Platz nehmen und über diverse Themen diskutieren. Die Tische wurden von den Organisator:innen Gisela Zeh-

Zahnärzt:innen mit Kindern können an Online-veranstaltung familienfreundlich teilnehmen.

ner, Ute Stein, Clemens Esser und mir zu spezifischen Themen vorbereitet und moderiert. Dazu wurde im Vorfeld erarbeitet, welche Themen für die Teilnehmer:innen von besonderem Interesse sein könnten.

▶ Gisela Zehner widmete sich intensiv der Recherche von im Netz verfügbaren Audio-, Video- und Textbeiträgen zu den vielfältigsten Themen innerhalb der Hypnose. Sie moderierte einen Tisch zum Thema: »Werkzeugkasten für zahnärztliche Hypnose – verschiedene Onlineangebote von Mitgliedern für Mitglieder und Interessenten«. Die Inhalte des Werkzeugkastens sollen später über unsere Internetseite frei verfügbar sein.

▶ An Ute Steins virtuellem Tisch konnten sich die Teilnehmenden besonders über das nötige technische Equipment und die verschiedenen interaktiven digitalen Foren austauschen.

▶ Ich beschäftigte mich mit der Frage, wie Referent:innen den eigenen Onlineauftritt möglichst professionell gestaltet können.

▶ Clemens Esser beschäftigte sich intensiv mit digitalen Onlinetools und Arbeitsplattformen, weil Kooperation im Netz eine zunehmende Bedeutung bekommt.

Die Organisator:innen waren auch daran interessiert, welche Erfahrungen die Trainer:innen mit der Onlinevermittlung von Hypnose und hypnotischer Kommunikation bereits mitbrachten. Gemeinsam wurde eruiert, welche Position die Teilnehmenden zum Thema einnehmen und was sie von zukünftigen Trainings erwarten.

Aber bitte professionell

Der Psychologe und NLP-Lehrcoach Sascha Neumann supervidierte den Ablauf und führte die verschiedenen thematischen Stränge zusammen. So wurde die TrainerKreativWerkstatt zu einem inspirierenden und ideenreichen Austausch. Die Teilnehmenden waren sich einig, dass DGZH-Trainer:innen ihre digitalen Fähigkeiten professionalisieren wollen. Inwieweit Teile des Z-Curriculums virtualisiert werden können, bleibt eine herausfordernde Aufgabe für alle Trainer:innen und betrifft insbesondere die Kooperation mit den Regionalstellen. Wichtige Inhalte lassen sich auch weiterhin nur persönlich erfahren, doch es gibt Themen, die sehr gut virtuell vermittelbar sind. Außerdem will der Verein, der sich inzwischen einen brandneuen Onlineauftritt zugelegt hat, auf seiner Homepage einen Werkzeugkasten für Mitglieder und Hypnoseinteressierte anbieten. Hier sollen downloadbare Tranceanleitungen, Videos und Texte zur Verfügung gestellt werden.

Onlineauftritte sollten einem gewissen Qualitätsmaßstab entsprechen. DGZH-Trainer:innen sollen in Onlinevorträgen und -workshops professionell auftreten können. Sie brauchen das notwenige technische Equipment sowie den geschulten und sicheren Umgang mit den diversen Onlinetools. Daher wird es 2023 wie gewohnt am zweiten Märzwochenende ein Trainertraining mit dem Titel »Digital Presentation Skills« geben. Hier wollen wir die Kenntnisse und Fertigkeiten für online Vorträge, Seminare und Supervisionen schulen und auf einen soliden, professionellen Stand bringen. Wir werden mehrere Experten zu Themen des professionellen Onlineauftritts und der Nutzung virtueller Plattformen und Programme einladen. Weil die bisherige Zusammenarbeit fruchtbar war, wird Sascha Neumann erneut die Moderation übernehmen.

Dranbleiben!

Obwohl gerade vieles wieder in Präsenz möglich ist, wird sich die DGZH den Herausforderungen des digitalen Zeitalters noch intensiver stellen. Die pandemische Lage hat viele Entwicklungen beschleunigt, die schon längst hätten stattfinden können. Studierende, die ihre Vorlesungen während der Pandemie ausschließlich online besuchten, werden in wenigen Jahren diejenigen sein, die sich zu unseren Curricula anmelden. Für sie ist die fachliche Onlinebegegnung keine Abnormität, sondern die Regel. Die DGZH will hier ein angemessenes Angebot vorweisen. Das Rüstzeug dafür soll das nächste Trainertraining bereitstellen. Die diesjährige TrainerKreativ-Werkstatt hat gezeigt, dass eine gute Motivation vorhanden ist. Darüber freuen wir uns sehr und erwarten mit großer Vorfreude das Wiedersehen im März 2023 – egal ob analog, digital oder hybrid! ■

Dr. Carla Benz ist Zahnärztin sowie Wissenschaftsreferentin und Vorstandsmitglied der DGZH e. V.
Kontakt:
c.benz@dgzh.de

Ein ganz Großer

Bernhard Trenkle wurde mit der renommierten Benjamin Franklin Medal in Gold der ISH ausgezeichnet.

Von Gunther Schmidt

Wenn man in der heutigen Zeiten endlich mal wieder richtig erfreuliche Nachrichten mitteilen kann, macht dies das Leben schöner. Am 11. Juni wurde mein bester Freund Bernhard Trenkle von der International Society of Hypnosis (ISH) in Krakau mit dem höchsten Preis, der Benjamin Franklin Medal in Gold, geehrt. Die ISH ist die sehr wichtig gewordene Dachgesellschaft aller seriösen Hypnosegesellschaften weltweit, zu der auch die MEG, die DGZH und die DGH gehören. Bernhard Trenkle ist der aktuellste Preisträger einer Medaille, die nur an wenige Menschen verliehen wurde, darunter als einer der Ersten der große Milton H. Erickson. In dieser Reihe herausragender Persönlichkeiten der Hypnotherapie kann sich Bernhard gut aufgehoben fühlen. Ich finde, wenn jemand diese große Ehrung verdient hat, dann ist es sicher er. Wir sind jetzt seit 47 Jahren befreundet, arbeiten seitdem zusammen und haben viele Projekte gemeinsam gestemmt, zum Beispiel die ersten deutschen Milton-Erickson-Institute in Heidelberg und Rottweil gegründet und viele Tagungen zusammen organisiert. Deshalb kann ich sehr gut überblicken, was Bernhard alles für die MEG geleistet hat, aber auch generell für die Entwicklung der klinischen Hypnose und der Hypnotherapie im deutschsprachigen Raum und weit darüber hinaus.

Viele Kolleg:innen kennen die herausragenden Leistungen von Bernhard wahrscheinlich nicht. Deshalb möchte ich hier einige wichtige Stationen und Felder seines Wirkens aufzählen, die sicher eine Rolle dabei spielten, dass er diesen seltenen und herausragenden Preis bekommen hat. In der MEG war Bernhard seit 1984 wie ich im Vorstand, lange Jahre war er erster Vorsitzender und hat enorm viel für das Wachstum der MEG getan. Er war Mitgründer, als wir, die Heidelberger Gruppe um Helm Stierlin, den Carl Auer Verlag ins Leben riefen, heute der führende deutschsprachige Verlag im Bereich der Hypno- und systemischen Therapie. Die vielseitigen Veröffentlichungen in der Sparte »Hypnotherapie« wären ohne Bernhards intensive Unterstützung und Anregung undenkbar.

Seit fast 40 Jahren bereichert sein organisatorischer und kreativer Sachverstand nicht nur die genannten Organisationen und zahlreiche Kolleg:innen. Mit seiner Trenkle Organisation GmbH wurde Bernhard in der gesamten Psychotherapie zu dem Impresario bedeutsamer Kongresse. Außer vielleicht Jeffrey Zeig, der viele Kongresse der Milton-Erickson-Foundation durchführte, verfügt in diesem Bereich niemand nur annähernd über so viel Kompetenz wie Bernhard. Ich muss hier nicht ausführlich aufzählen, wie viele enorm wertvolle, anregende und kulturell wunderbare Kongresse er über die vielen Jahre gestaltet hat, etwa die »Teile-Tagungen« und die Tagungen zur Kinder-Hypnotherapie, zum Thema »Mentales Stärken« und zur medizinischen Hypnose. Herausragend in der europäischen Geschichte war das einmalige Riesenprojekt »Evolution of Psychotherapy« in Hamburg mit mehr als 6.000 Teilnehmer:innen – eine Größenordnung, die sogar Bernhard an den Rand seiner Möglichkeiten brachte.

Für die ISH wiederum war und ist Bernhards Wirken ein wahrer Segen. Obwohl die ISH über Jahrzehnte offiziell eine internationale Gesellschaft war, kamen die Mitglieder und Vorstände lange vor allem aus den USA und Australien, selten spielte ein Europäer eine Rolle. Vornehmlich durch Bernhards intensive weltweite Aktivitäten sind in der ISH heute alle Kontinente aktiv vertreten, wodurch sie erst zu einem tatsächlichen Weltverband geworden ist.

Bernhard begann seine uneigennützigen, wertvollen internationalen Aktivitäten in den Zeiten des Kalten Krieges und des Eisernen Vorhangs. Oft auf eigene Kosten unterstützte er intensiv Kolleg:innen etwa in der DDR, in Ungarn und in Polen. Ich erinnere mich gut, dass ich und viele andere damals zögerten und erst viel später in diese Richtung aktiv wurden, während Bernhard schon ein ermutigender Leuchtturm aus dem Westen für Kolleg:innen war, die es in ihren Systemen sehr schwer hatten.

Ende der 1990er-Jahre war China quasi ein ziemliches Ödland der Hypnotherapie. Ich kann das gut beurteilen, weil wir ab 1996 erstmalig in der chinesischen Geschichte durch die Deutsch-Chinesische Akademie für Psychotherapie (DCAP) westliche Psychotherapiekonzepte sowie systemische Konzepte in China einführten. Als Hauptgestalter hat Bernhard eine eigenständige Hypnotherapie-Ausbildung initiiert und konzipiert. Inzwischen haben viele Hundert Kolleg:innen in China das MEG-Zertifikat erworben und arbeiten intensiv hypnotherapeutisch. Die chinesische Gesellschaft hat inzwischen über 600 Mitglieder, viele haben Professuren, sind Chefärzte oder sind in anderen maßgeblichen Positionen, sodass Hypnotherapie einen beeindruckenden Einfluss im chinesischen Gesundheitssystem gewonnen hat. Weiter hat Bernhard nicht nur in Nepal zwei wichtige Kongresse organisiert, sondern war auch im Iran an mehreren Kongressen beteiligt, darunter der 1. Asiatische Kongress für

Hypnotherapie mit über 1.000 Teilnehmenden aus 24 Ländern. Solche Veranstaltungen haben eine intensive Breitenwirkung und sind kraftvolle Multiplikatoren für die heutige Hypnotherapie. Hierdurch hat die ISH viele neue Mitglieder gewonnen, die motiviert in der ISH mitwirken.

2012 war die ISH in einer schwierigen Lage, weil ihr Weltkongress in Melbourne kurzfristig abgesagt werden musste. Der wie immer verlässliche Bernhard sprang ein und organisierte mit seinem Team in atemberaubend kurzer Zeit in Bremen diesen Weltkongress, der zum bis dahin größten Hypnose-Kongress der Geschichte wurde. Der in Frankreich stattfindende Folgekongress 2015 hat mit 2.500 Teilnehmern enorm davon profitiert. Auch die Organisationsstrukturen in der ISH wurden unter seiner Präsidentschaft in den letzten Jahren höchst effektiv umstrukturiert, sodass die Gesellschaft heute eine wohltuend tatkräftige Organisation ist. Vor Bernhards sehr systematischem Mitwirken war das über viele Jahre keineswegs so.

Dass Ego-State-Konzepte heute so bekannt und einflussreich sind, insbesondere im deutschsprachigen Bereich, geht klar auf seine starke Unterstützung zurück. Bernhard rief in Ergänzung der damaligen MEG-Jahrestagung in Bad Orb den ersten Weltkongress für Ego-State-Therapie ins Leben. Erst dadurch wurden diese Konzepte in Europa überhaupt bekannt – die Basis ihres Erfolgs und weiterer Ego-State-Kongresse, die mit seiner Hilfe folgten.

Zusammen mit Kris Klajs organisiert Bernhard seit über 30 Jahren die wunderbaren Wochen in Wigry »UtiliSeaSation«. Jahr für Jahr schaffen international führende Referent:innen in herrlicher landschaftlicher Umgebung eine sehr schöne eigene Kultur, die viele Teilnehmer:innen aus der Hypnoszene schon genossen haben.

Sicher gäbe es noch viel mehr verdienstvolle Tätigkeiten von Bernhard aufzuzählen, doch möchte ich mich hier begrenzen. Sehr beruhigend finde ich, dass dies kein würdigender Nachruf ist. Ich kenne Bernhard so gut, dass ich weiß, dass durch ihn und sein Team noch viele spannende und sehr bereichernde Projekte auf uns warten, etwa das hochinteressante Angebot von therapie.tv, wo es viele wertvolle Dokumentationen von herausragenden Therapiedemonstrationen zu sehen gibt.

Auch die MEG kann sich glücklich schätzen, eine solche kompetente und engagierte Persönlichkeit in ihren Reihen zu haben, die für die nächsten Strategien zukunftsorientiert die neuesten Entwicklungen mit einbezieht. Ich weiß, welches Glück es für mich ist, unsere Freundschaft und Zusammenarbeit über so viele Jahre genießen zu dürfen. ■

Hypnotisiert

Das erste universitäre Hypnose-Curriculum in Greifswald zog Studierende in den Bann.

Von Elena Blankenburg

Dreißig Leute, die mit geschlossenen Augen im Hörsaal sitzen, Bleistifte durchschlagen oder starr einen Arm in die Luft halten – dieser Anblick hätte bei einer regulären Vorlesung vermutlich verständnisloses Kopfschütteln hervorgerufen. Doch was da im November 2021 im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Greifswald vor sich ging, hatte nichts mit dem regulären Universitätsalltag zu tun. Vielmehr hatten sich die Türen der Zahnklinik erstmals für ein studentisches Hypnose-Curriculum geöffnet.

Bereits im Jahr 2020 war es auf studentische Initiative zu Gesprächen über ein solches Curriculum in der Universitätsstadt Greifswald gekommen, doch die pandemiebedingten Beschränkungen machten den Initiator:innen einen Strich durch die Rechnung. Ein Präsenz-Curriculum unter Coronabedingungen schien zunächst riskant, aber das monatelange Absprechen, Ausarbeiten von Hygienekonzepten und Verhandeln mit der Universität zahlte sich schließlich aus: Mit rund dreißig Anmeldungen, darunter nicht nur Studierende, sondern auch Assistenzärzt:innen der Kinderzahnheilkunde sowie Helfer:innen, war der Hörsaal ausgelastet.

Nun, rund acht Monate nach dem ersten Modul, schauen die Teilnehmenden auf eine abenteuerliche Reise voll neuer Impulse und Erfahrungen zurück. Wie zu erwarten wurden im Curriculum nicht nur Inhalte vermittelt, die für die spätere Praxis relevant sind. Zur guten Balance wurden auch Ressourcen für das eigene Wohlbefinden gestärkt. Zu den besprochenen Themen gehörten außerdem die Bewältigung von Prüfungsangst, Akupressur und Akupunktur in Stresssituationen sowie Selbsthypnose für alle Lebenslagen.

Für das Curriculum reisten Referierende aus ganz Deutschland an. Von diesem geballten Wissen konnten die Teilnehmenden profitieren und schon während ihres Studiums transformierende Hypnose-Erfahrungen machen. Alle hatten großen Spaß und haben viel gelernt und dabei die wohl entspanntesten und unterhaltsamsten Momente in einem Hörsaal erlebt. Ein besonderer Dank geht an Sabine und Jan Rienhoff, welche dafür sorgten, dass die Teilnehmenden von so vielen Menschen lernen konnten.

In Greifswald gibt es schon im ersten Semester eine Einführungsvorlesung zum Thema hypnotische Kommunikation – aus studentischer Sicht eine tolle Möglichkeit, einen Samen zu säen und Berührungsängste mit der Hypnose zu überwinden. Eine solche Veranstaltung sollte es an jeder Hochschule geben! Als ich das erste Mal beim Berliner Hypnose-Kongress war, sagte ein Referierender zu mir: »Ich wünschte, ich hätte Hypnose schon während meines Studiums gekannt, das hätte mir viele schlaflose Nächte erspart.« Es ist toll, dass dies jetzt so vielen Studierenden ermöglicht wurde. Auch wenn das Curriculum vorerst eine Ausnahme war, bleibt zu hoffen, dass in Zukunft mehr Angebote dieser Art an Hochschulen geschaffen werden können, um die Welt der Hypnose zukünftigen Behandler:innen nahezubringen. Auch in der nachfolgenden Generation von Zahnärzt:innen besteht reges Interesse! Mit dem Schnuppertag für Studierende beim Kongress in Berlin hat die DGZH bereits einen Schritt in Richtung Nachwuchsarbeit getan. Es bleibt also spannend, was in Zukunft noch möglich ist. ■

»Das Curriculum hat mir geholfen, meine Patienten und mich selbst besser kennenzulernen. Was wir gelernt haben, kann ich im Alltag jederzeit anwenden. Und es hilft mir, mehr auf die innere Stimme zu hören.«

Eine Teilnehmerin

Tiefgründiger denken

Bereits das Cover dieses Buches verweist auf eine neugierige kleine Maus, die sich mit gespitzten Ohren auf den Weg begibt, um ihr persönliches »Rauschen« zu erkunden. In einer wunderbaren Tiergeschichte über einen Waschbären, eine Maus und einen Frosch zeigen die Autorinnen dem Leser eine wunderbare Reise zum eigenen inneren Weg auf und ermutigen zu neuen Gedanken und Träumen im Leben. Mit »Wohlwollen, Würdigung und Wertschätzung« dürfen sich die Leser:innen selbst begegnen und abseits von den Mäusedingen des Lebens zu höheren Bergen, den Zielen des Lebens, aufschauen. Das einmalige Lesen des Buches reicht gar nicht aus, um den wertvollen Schatz der Zeilen komplett zu erfassen. Ganz im Gegenteil, es ist ein Werk der Selbsterfahrung, das immer wieder neu faszinieren kann. In unterschiedlichen Herangehensweisen werden hypnosystemische Konzepte erläutert und anhand anschaulicher Beispiele vor Augen geführt. Die Methodik dahinter ist vielseitig einsetzbar. Manchmal kann es hilfreich sein, die Übungen mit einer weiteren Person durchzuführen, um sich ganz auf die Inhalte der Gedankenreisen konzentrieren zu können. Ergänzt wird das Buch durch wiederkehrende Querverweise, die das Gelernte festigen und Ausblick auf vertiefende Information geben können. Außerdem berichten die Autorinnen von Patientenfällen, die konkrete Problemstellungen und Therapieansätze demonstrieren. Sie sind bewusst gewählt und geben den Leser:innen das Gefühl, dass sehr viele Menschen vor Problemen und Herausforderungen stehen, auch wenn auf den ersten Blick alles eine heile Welt zu sein scheint. Selbst das Thema Tränen wird sehr ernst genommen und kontrovers diskutiert. Soll man ein Taschentuch reichen oder besser nicht? Wird die gegenübersitzende Person in ihrer Trauer bestätigt oder versucht man, einen Weg zu finden, dem Gefühl aus dem Weg zu gehen? Jede Aktion von Therapeut:innen kann eine unterschiedliche Reaktion der Patient:innen zur Folge haben. Sich dessen bewusst zu sein und zu werden, ist eines der Hauptziele des Buches. Am wichtigsten ist jedoch, wie das individuelle Erleben überhaupt ins Bewusstsein gerufen werden kann und mit welchen Mitteln es gefördert werden sollte. Mit innerer Ruhe, positiver Zusprache, Angeboten an Fragestellungen und einer Sensibilität für die individuellen Bedürfnisse der Patient:innen kann ein Weg gefunden werden, der auch aus einer vermeintlich aussichtslosen Situation herausführen kann. Es muss unterschieden werden, was zur eigenen inneren Welt gehört und was den eigenen Körper betrifft, und dem gegenübergestellt werden, was die äußere Welt betrifft. Die Autorinnen gehen sogar noch weiter und nehmen auf eine universelle Welt Bezug. Von hier ausgehend soll eine Integration versucht werden, das Außen in das Innere einzuordnen. Um das Innen und das Außen überhaupt erkennen und beschreiben zu können, bedarf es einer Aufmerksamkeitsfokussierung. Vieles im Alltag wird einfach unbewusst wahrgenommen. Doch wird die Aufmerksamkeit bewusst gelenkt, können ganz neue Interpretationsspielräume entstehen. So vielschichtig und großartig das Buch ist, manchmal drohte beim Lesen ein bisschen der Überblick verloren zu gehen. Weil zahlreiche Details aneinandergereiht sind, fragte ich mich hin und wieder, in welchen Kontext das eben Gesagte einzuordnen ist. Hilfreich sind hierfür die kurzen Kommentare am Seitenrand, die Querverweise schaffen und einen gewissen Rahmen des Buches bilden. Nichtsdestotrotz eine großartige Lektüre, die viel Potenzial bietet, sich selbst zu hinterfragen, den Umgang mit Patienten einfühlsamer zu gestalten und sich anregen zu lassen, tiefgründiger zu denken und präziser die Umwelt wahrzunehmen.

Dr. Veronika Raab

Martina Gross, Vera Popper: Und die Maus hört ein Rauschen
Hypnosystemisches Erleben in Therapie, Coaching und Beratung
Heidelberg: Carl-Auer-Verlag, 2022
ISBN 978-3-8497-0350-9

Entspannung mit Geschichte

Zweimal hat Björn Husmann für die DZzH über das autogene Training (AT) geschrieben. 2020, in dem Jahr, als die konzentrative Entspannung 100 Jahre alt wurde, hatten wir die Ehre, seinen Eröffnungsvortrag zu einem Kongress zu veröffentlichen, der pandemiebedingt nicht stattfinden konnte. 2022 erklärte er uns, was beim Wechselspiel von Psyche und Soma geschieht, wenn sich der Praktizierende aufmerksam dem eigenen Körper zuwendet. Daher freute ich mich sehr, als ich den Katalog zur Ausstellung »Über 100 Jahre Autogenes Training« zur Besprechung zugesandt bekam. Die Ausstellung konnte bisher nur am 13.11.2021 im Rahmen der Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Entspannungsverfahren (DG-E) in Nörten-Hardenberg bei Göttingen gezeigt werden.

Das Geleitwort des inzwischen verstorbenen Heinrich Wallnöfer, der die Oberstufe des AT entwickelte und das Verfahren auch psychoanalytisch nutzte, beginnt mit den berührenden Worten: »Ich bin so alt wie das autogene Training, denn ich wurde 1920 geboren.« Hundert Jahre sind eine lange Spanne, und so ist die Methode heute einerseits eines der am besten erforschten Entspannungsverfahren, anderseits aber auch mit düsteren Zeiten der deutschen Geschichte verbunden. Der Begründer Johannes Heinrich Schultz, in erster Ehe mit einer Jüdin verheiratet, war in der ab 1930 zunehmend diffamierten Psychoanalyse ausgebildet; 1936 gründete er die Deutsche Allgemeine Gesellschaft für Psychotherapie. Die Organisation gewährleistete zwar die Erhaltung psychoanalytischer Lehrinhalte in der Zeit des Nationalsozialismus, stand jedoch unter Führung des Psychotherapeuten und NS-Funktionärs Matthias Heinrich Göring, einem Vetter von Reichsmarschall Herman Göring. Schultz war kein Mitglied der NSDAP und wurde in der Nachkriegszeit entnazifiziert, jedoch befürwortete er in bestimmten Fällen die nationalsozialistische Euthanasie.

Björn Husmann hat mehr als acht Jahren lang viele verschiedenartige Dokumente zu AT zusammengetragen. Der Katalog bildet viele dieser Originaldokumente ab, sodass Leser:innen sich ein eigenes Bild machen können. Darunter finden sich beispielsweise Artikel aus dem »Spiegel« und der »Tageszeitung« (TAZ), die Schultz kritisch rezeptieren, aber auch der Bericht einer Frau, die während der Bombenangriffe in ihrem Versteck ausharren musste und sich mit AT beruhigen konnte. Das Buch zeichnet nach, auf welchen Wegen sich das autogene Training weltweit verbreitete und wie es sich dabei weiterentwickelte.

Angesichts der Fülle dieses bemerkenswerten Materials hätte ich Husmann allerdings einen Verlag gewünscht, der dieses Material mit professioneller Sorgfalt behandelt hätte. Die Schrift mancher Texte ist so winzig, dass meine Gleitsichtbrille zum Lesen nicht mehr reichte – erst als ich sie abnahm, konnten meine kurzsichtigen Augen die kleingedruckten Dokumente entziffern. Normalsichtigen steht diese vierfache Vergrößerung nicht zur Verfügung. Auch ist das Buch so nachlässig gebunden, dass ganze Wörter in der Mitte verschwinden. Es ist sehr schade, wenn solche formalen Faktoren dazu führen, dass der Inhalt seine Leser:innen nicht findet.

Wallnöfers Geleitwort endet mit den Worten: »Ich wünsche dem Buch buchstäblich eine weltweite Verbreitung. Wer sich ernsthaft mit dem autogenen Training befassen will, wird um dieses Werk nicht herumkommen. Hoffentlich wird es bald ins Englische übersetzt.« Dem schließe ich mich gerne an. Zuvor wünsche ich dem Herausgeber allerdings einen Verlag, der das Buch in einer Form erneut auf den Markt bringt, die dieser bemerkenswerten Materialsammlung würdig ist, denn sie ist für psycho- und hypnotherapeutische Fachkreise relevant.

Dorothea Thomaßen

Björn Husmann: Über 100 Jahre Autogenes Training
Exponate einer Ausstellung zur Geschichte der »konzentrativen Selbstentspannung«
Lengerich: Pabst Science Publishers, 2021
ISBN 978-3-95853-745-3

Führen Frauen besser?

Da ich als Zahnärztin selber eine berufstätige Frau in Führungsposition bin, sprach mich der Titel »Frauen führen besser« spontan an. Ich erhoffte mir ein Buch, das mir helfen würde, meine konkrete Situation besser einzuschätzen und zu bewältigen, ich wünschte mir neue Perspektiven und Lösungsansätze.

Was fand ich vor: Die Autorin Ute Clement legt dar, wie sich die Situation von berufstätigen Frauen historisch bis heute entwickelt hat. Sie kontrastiert die Lage der berufstätigen Frau im Allgemeinen mit der Position von Frauen in Führungspositionen im Besonderen, denn bevor Frauen in Führungspositionen kommen konnten, musste es ihnen erlaubt sein, überhaupt berufstätig zu werden. Ute Clement analysiert, wie im Laufe der Zeit das eine aus dem anderen erwuchs, sich bedingt und wechselseitig beeinflusst.

Dazu thematisiert die Autorin verschieden Facetten. Sie zeigt auf, wie unsere Alltagssprache schon dadurch benachteiligt, dass die weibliche Form der Berufsbezeichnung in der Regel nicht erwähnt wird. Sie beschreibt, wie unterschiedlich eine männliche Heldenreise gegenüber der weiblichen Heldinnenreise rezipiert wird. Sie betrachtet soziopolitische Themen wie die Frauenquote, den Gender-Pay-Gap und den Feminismus. Und sie analysiert Differenzen in der Wahrnehmung von berufstätigen Frauen in Führungspositionen durch Männer, aber auch durch andere Frauen. Es handelt sich also durchaus um eine differenzierte Beschreibung der gegenwärtigen Situation.

Trotzdem hat mich dieses Buch unbefriedigt zurückgelassen. Als Betroffene bin ich mir der Benachteiligung durch geschlechtsspezifische Diskriminierung am Arbeitsplatz bewusst und ich kenne die Vorurteile gegenüber beruflich erfolgreichen Frauen aus eigener Erfahrung. Da das Buch über eine reine Betrachtung dessen nicht hinausgeht, trägt es lediglich Eulen nach Athen. Auch erfüllt es für mich nicht die Erwartungen, die der Titel in mir ausgelöst hat. Das Buch verrät wenig darüber, was ein guter Führungsstil sein könnte oder wie sich der Führungsstil von Männern und Frauen konkret unterscheidet. Ute Clement begründet auch an keiner Stelle, warum Frauen besser führen. Für diese Titelthese konnte ich im ganzen Buch kein stichhaltiges Argument finden. Ich hätte mir darüber hinaus Anregungen und Lösungsansätze gewünscht.

So mache ich als Frau in einer Führungsposition die interessante Erfahrung, dass ich mich nicht zur Zielgruppe dieses Buches zählen kann. Wie bei einem Vertrag das Kleingedruckte gibt der Untertitel »Wahrnehmungshilfen für Männer (und Frauen)« den Hinweis auf das, was man erwarten darf: Angesprochen werden in erster Linie Männer, vielleicht in zweiter Linie auch Frauen in Nicht-Führungspositionen, die eine Wahrnehmungshilfe für berufstätige Frauen (in Führungspositionen) benötigen. Ein pädagogisches Buch – doch wer lässt sich schon gerne belehren?

Sharon Riewe

Ute Clement: Frauen führen besser
Wahrnehmungshilfen für Männer (und Frauen)
Heidelberg: Carl-Auer-Verlag, 2022
ISBN 978-3-8497-0431-5

Anzeige

DGZH Masterkurse
Kinderhypnose
BERLIN 2022

»Kinderhypnose als Zahnarzt natürlich und leicht zu beherrschen, ist faszinierend.«

Dr. Ute Stein
DGZH-Trainer und Supervisor
SMSH-Trainer und Supervisor

Für Ihre Sicherheit: 2G+

- Kinderhypnose live erleben
- Begrenzte Teilnehmerzahl - hoher Lerneffekt
- intensives Training, kollegialer Austausch
- sofort anwendbare Tools und Techniken

29./30. April 2022
Wie wir kleine Tiger zähmen
Kinderhypnose bei 3 – 7 – Jährigen

07./08. Oktober 2022
Das Pubertier beim Zahnarzt
Kinderhypnose bei 8 – 16 – Jährigen

DGZH-Regionalstelle Berlin-Brandenburg
c/o Zahnärzte im Gesundbrunnen-Center
Dr. Jeannine Radmann
Dr. Radmann + Partner
Badstraße 4, 13357 Berlin
Tel. 030 - 494 50 40
www.dgzh-berlin.de
info@dgzh-berlin.de

Fortbildung aktuell

NLP-Curriculum in München

Am 7. Oktober 2022 startet das neue NLP-Curriculum der DGZH-Regionalstelle München. Die neunteilige Ausbildung ist speziell auf Angehörige der Heilberufe ausgerichtet.

Hypnosezahnärzt:innen wissen es aus ihrer täglichen Arbeit: Vor der Hypnose schafft vor allem die patientenzentrierte Kommunikation den richtigen Zugang zu den Patient:innen. NLP ist hier der Schlüssel zum Erfolg. Das neue NLP-Curriculum der DGZH-Regionalstelle München ist speziell auf Zahnärzt:innen und andere Heilberufe ausgerichtet und damit die perfekte Ergänzung zum Z-Curriculum. Die Teilnehmenden erkennen Denkmuster und lernen, diese für sich zu nutzen. Sie stoppen erfolgreich vorhandene Automatismen und können situativ kompetent handeln. Sie optimieren Ihre beruflichen und privaten Beziehungen. Und sie steigern ihre Flexibilität, Kreativität und Verhaltenskompetenz.

► Mehr Infos und Anmeldeformular unter muenchen.dgzh.org/kurse/nlp-curriculum/

Impacttechniken

»Mit allen Sinnen: Impacttechniken« – so lautet der Titel des DGZH-Spezials 2023 mit der Psychotherapeutin Frauke Niehues (Foto oben). Der Workshop findet am 7. September 2023 wie jedes Jahr im Rahmen des Hypnose-Kongresses in Berlin statt.

Impacttechniken aktivieren auf schnellem Weg umfassende Konzepte. Sie können z. B. zur Emotionsaktivierung, Verdeutlichung von komplexen Zusammenhängen, Motivationssteigerung oder Memorierung und Verankerung von Inhalten genutzt werden. Alle Impacttechniken sind ressourcen- und lösungsorientiert angelegt. In dem Workshop lernen die Teilnehmenden Impacttechniken für verschiedene Fragestellungen und Konzepte kennen. Sie lernen außerdem, eigenständig Impacttechniken zu kreieren.

Digital präsentieren für Trainer:innen

Unter dem Titel »Digital Presentation Skills« wird Sascha Neumann im nächsten Trainertraining der DGZH »Schlagfertigkeit und Infotainment im Trainerbusiness« lehren. Die Präsenzveranstaltung findet am 11./12. März 2023 in Mainz statt.

Auch wenn Onlinemeetings Live-Begegnungen nicht vollständig ersetzen können, will die DGZH ihre Trainer:innen weiter in digitalen Fertigkeiten schulen und fit für neue, digitale Ausbildungsformate machen. Dazu wird das Trainertraining erneut als TrainerKreativWerkstattfinden, die sich an der World-Café-Methode orientiert.

► Einen Bericht zur letzten TrainerKreativWerkstatt finden Sie ab Seite 52.

Alle aktuellen Aus- und Fortbildungstermine bundesweit finden Sie im Ausbildungsportal der DGZH unter dgzh.org

DGZH-Regionalstellen

Die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose (DGZH) e. V. ist eine der größten Hypnose-Fachgesellschaften im deutschsprachigen Raum. Die selbstständigen Regionalstellen der DGZH bieten hochwertige Aus- und Fortbildung in den Bereichen Hypnose und therapeutische Kommunikation – insbesondere für Zahnärzt:innen, Ärzt:innen, Psycholog:innen und andere in Heilberufen Tätige. Angebote im Detail:

Z-Curriculum

Zahnärztliche Hypnose und Kommunikation Die Grundausbildung in Hypnose und therapeutischer Kommunikation über sechs Wochenenden – besonders für Zahnärzt:innen, aber auch für Ärzt:innen, Psycholog:innen und Heilpraktiker:innen. Die Ausbildung erstreckt sich. Nach zusätzlicher Supervision ist eine Zertifizierung durch die DGZH e. V. möglich.

ZK-Curriculum

Grundausbildung in Kinderhypnose Schwerpunkte sind die Basics der Hypnose sowie Induktionsmöglichkeiten und Verhaltensführung. Dabei werden auch Kinder mit Autismus und Behinderungen berücksichtigt. Weitere Inhalte sind der Umgang mit Krisensituationen, das Abgewöhnen von aggressiven Reaktionen und der Umgang mit Eltern.

H-Curriculum

Hypnoseassistenz in der Zahnarztpraxis Die bewährte, strukturierte Ausbildung für zahnmedizinische Mitarbeiter:innen. Geschulte Hypnoseassistentinnen kommunizieren perfekt, geben den Patient:innen und dem Team ein sicheres Gefühl, und sichern eine entspannte Hypnosebehandlung. Die Kurse finden praxisnah in der Zahnarztpraxis statt.

ZS-Curriculum

Zahnärztliche Hypnose für Studierende Im Zahnmedizinstudium finden kommunikative Aspekte kaum Beachtung. Hypnotische Kommunikation sorgt für entspannte Patient:innen und eine reibungslose Behandlung, ressourcenorientiertes Selbsthypnosetraining steigert die Resilienz – für mehr Ruhe und weniger Angst in Stresssituationen, z. B. bei Prüfungen.

Spezialkurse

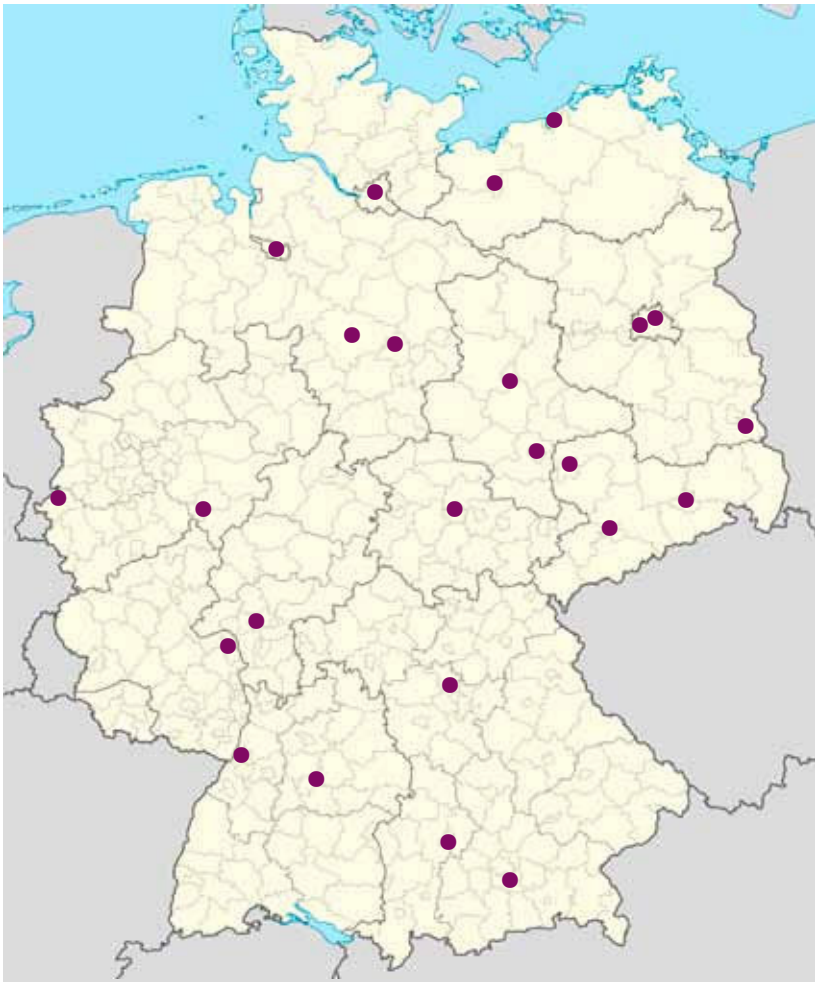
Über die klassische Hypnose hinaus Egal ob Vertiefung erworbenen Wissens oder Kennenlernen neuer Denkweisen und Ansätze – Spezialkurse inspirieren und geben neue Impulse für die Praxis. Und das auch und gerade dann, wenn sie einmal den Blick über den Tellerrand der Zahnmedizin wagen und sich mit scheinbar ganz anderen Gebieten beschäftigen.

Masterkurse

Vertiefung und Spezialisierung Unter der Leitung erfahrener Trainer:innen und Therapeut:innen wird ein konkretes Thema wie Angst, Schmerz oder Kinderhypnose weiterführend behandelt – interessant vor allem für diejenigen, die in ihrer Praxis viel mit einer bestimmten Klientel zu tun haben. Teilnahmevoraussetzung ist der Besuch von Z1 des Z-Curriculums.

Neurolinguistisches Programmieren (NLP)

Berufliche Fortbildung mit Schwerpunkt Patienten- und Praxiskommunikation NLP ist sehr nützlich, um wirksam kommunizieren, beraten und behandeln zu können. Das NLP-Practitioner-Curriculum zeichnet sich durch lebendige Vermittlung und hohen Praxisbezug aus. Die 9-teilige Ausbildung wird nach den Vorgaben des DVNLP zertifiziert. Das NLP-Master-Curriculum vermittelt fortgeschrittene Kenntnisse und dient dem Trainieren und Vertiefen von NLP-Fertigkeiten auf hohem Niveau.



Aus- und Fortbildung bundesweit:

Augsburg
Dr. Josefine Nagy
Tel. 0821 44847730
info@dgzh-augsburg.de
www.dgzh-augsburg.de

Hannover
Dr. Sabine Rienhoff
Tel. 0511 628197
info@dgzh-hannover.de
www.dgzh-hannover.de

Nordrhein
Uwe Rudol
Tel. 02761 838150
info@dgzh-nordrhein.de
www.dgzh-nordrhein.de

Berlin/Brandenburg
Dr. Jeannine Radmann
Tel. 030 4945040
info@dgzh-berlin.de
www.dgzh-berlin.de

Mainz
Dr. Thomas Pranschke
Tel. 06131 2108610
mail@dgzh-mainz.de
www.dgzh-mainz.de

Niedersachsen/Hamburg
Ute Neumann-Dahm
Tel. 0391 6209962
info@dgzh-niedersachsen.de
www.dgzh-niedersachsen.de

Chemnitz
Dr. Solveig Becker
Tel. 037293 259
info@dgzh-chemnitz.de
www.dgzh-chemnitz.de

München
Dr. Hans-Christian May
Tel. 0157 58254614
info@dgzh-muenchen.de
www.dgzh-muenchen.de

Bericht des Vorstands

Von Gisela Zehner, Schriftführerin

Liebe Mitglieder der DGZH, als neuer Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose e.V. sahen wir uns im ersten Jahr unserer Amtszeit vor eine Reihe anspruchsvoller Aufgaben gestellt, die unverzüglich und zeitgleich bewältigt werden mussten. Mit viel Elan, großem Engagement und hohem zeitlichen Aufwand konnten diese Projekte inzwischen erfolgreich umgesetzt werden.

Anfangs noch unter Federführung von Marion Jacob erfolgte der Projektstart zur Ablösung des Datenbankmanagementsystems P4 von SLB Datasystems sowie die Neuentwicklung der Website des Vereins unter www.dgzh.de und der neuen Kongresswebsite unter www.hypnose-kongress-berlin. Auf dem Weg zu einer neuen Internetpräsenz stand uns mit der neckaralb.online GmbH ein kompetenter Partner zur Seite. Dieser Weg verlief allerdings zwischenzeitlich etwas holprig, denn die noch von Marion Jacob eingearbeitete Mitarbeiterin in der Geschäftsstelle ist bereits nach einem halben Jahr wieder ausgeschieden. Daher waren wir als Vorstand spontan gefordert, mit neckaralb.online die Erstellung der beiden Homepages weiter voranzubringen, den Content und die Darstellung der Inhalte zu überprüfen und mitzugestalten. Inzwischen erstrahlt unsere DGZH-Website in neuem Design, und auch der Kongressauftritt im Internet konnte rechtzeitig vor Anmeldebeginn zum diesjährigen Kongress fertiggestellt werden. Mit gutem Recht dürfen wir stolz darauf sein, trotz aller widrigen Umstände diese umfangreichen Projekte termingerecht abgeschlossen zu haben!

Die Vorbereitung des DGZH-Jahreskongresses 2022 war die nächste große Herausforderung, die insbesondere durch den Einsatz von Ursula Lirk bravourös gemeistert wurde. Claudia Winkhardt und ihr Team standen leider für die Organisation und Durchführung des Kongresses nicht mehr zur Verfügung und das Hotel Steigenberger, unser langjähriges Kongresshotel, wurde geschlossen. So mussten wir uns gleich nach den Vorstandswahlen um ein neues Organisationsteam und ein adäquates Hotel für diese wichtige Veranstaltung kümmern. Wir haben die Eventagentur die schrittmacher engagiert und freuen uns nun auf eine gute Zusammenarbeit mit dem neuen Organisationsteam sowie einen interessanten und gut besuchten Jahreskongress im ansprechenden Ambiente des AMERON Hotel ABION Spreebogen Waterside in Berlin. Weitere sinnvolle Neuerungen für den Kongress 2022 sind die Neuentwicklung des Call for Abstracts und die Umstellung auf eine Onlinebewertung der einzelnen Seminare mittels QR-Code.

Eine weitere wichtige Aufgabe des neuen Vorstandes war die Überarbeitung der Satzung der DGZH. Diese war seinerzeit mit der Implementierung der Regionalstellenleiterkonferenz (RSLK) an die Satzung der MEG angelehnt worden. Von der Anwaltskanzlei Lennartz in Bonn wurde die Satzung nun auf Rechtssicherheit geprüft, um unter anderem Anpassungen an geänderte Gesetze und Verordnungen vorzunehmen. Dabei stellte sich heraus, dass die RSLK als Organ der DGZH juristisch ein Problem darstellt, weil die Regionalstellen selbstständig und gewinnorientiert arbeiten. Das könnte die Gemeinnützigkeit der DGZH e.V. gefährden, weshalb dieser Part wieder gestrichen wurde. Die überarbeitete Satzung wird nun zur Mitgliederversammlung am 9. September in Berlin allen Mitgliedern vorgelegt. In der aktuellen Fassung ist allerdings der Vorschlag von Albrecht Schmierer noch nicht enthalten, in Anlehnung an das Modell der ISH auch für die DGZH eine ähnliche Form der Präsidentschaft (President Elect, President, Past President) zu etablieren. Der Vorstand wird diesen Vorschlag in eine justiziable Form bringen, über die zur Mitgliederversammlung diskutiert werden soll.

In Zusammenarbeit mit der Anwaltskanzlei Lennartz hat der Vorstand auch die Gültigkeit der aktuellen Regionalstellenverträge geprüft. Einige Passagen wurden geändert, um auch hier weiterhin Rechtssicherheit herzustellen.

Unser jährliches Trainertraining planten wir pandemiebedingt als Onlineveranstaltung am 11. März 2022 mit dem Titel »TrainerKreativ-Werkstatt«. Unter Moderation von Sascha Neumann wurden viele kreative Ideen zusammengetragen, die den DGZH-Trainer:innen und auch unseren Mitgliedern zugutekommen werden. Beispielhaft soll hier die Anregung von Albrecht Schmierer erwähnt werden, einen Arbeitskreis zum Thema »Digitales Curriculum« zu bilden. Wir wollen damit alle Trainer:innen unterstützen, die Curricula zukünftig mit Live-Elementen und Onlinebausteinen durchführen zu können. Dafür soll sich das nächste Präsenz-Trainertraining im März 2023 mit Sascha Neumann als Moderator dem Thema »Digitale Präsentation« widmen. Interessant für alle Mitglieder ist auch die Idee, im internen Mitgliederbereich einen »Werkzeugkasten zahnärztliche Hypnose« zu etablieren. Wir stellen uns vor, hier eine Sammlung von Themen und Ideen zur zahnärztlichen Hypnose in Form von PDFs, Audios und Videos anzulegen. Alle Mitglieder, allen voran natürlich die Trainer:innen und Regionalstellenleiter:innen der DGZH, sind hier gefragt, ihre speziellen Methoden zu präsentieren und anderen Mitgliedern zur Verfügung zu stellen.

Zur weiteren Verbreitung der zahnärztlichen Hypnose in medizinischen Fachgesellschaften und zur Akquise neuer Mitglieder hat der Vorstand beschlossen, Kooperationen mit der Internationalen Gesellschaft für ganzheitliche ZahnMedizin e.V. (GZM), dem Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin e.V. (ZAEN), dem Verband Deutscher Dentalhygieniker (VDDH) und dem Verband medizinischer Fachberufe e.V. (VmF) einzugehen. Die Mitglieder dieser Vereine erhalten vergünstigte Konditionen bei der Teilnahme an unserem Jahreskongress, außerdem werden Constance Nolting, Geschäftsführerin der GZM und des ZAEN, Sabrina Dogan, Vorstandsmitglied des VDDH, und Sylvia Gabel, Referatsleiterin Zahnmedizinische Fachangestellte des VmF, zum Hypnose-Kongress und zum Gesellschaftsabend eingeladen.

Sind Sie, seid Ihr auch bei unserem Jahreskongress 2022 in neuer Umgebung am Spreebogen in Berlin dabei? Wir freuen uns sehr auf ein Wiedersehen, auf konstruktive Diskussionen zur Mitgliederversammlung und auf ein fröhliches Beisammensein zum Festabend! ■

6 Block
Ausbildungsreihe

Alle Blöcke in sich abgeschlossen und einzeln buchbar!

Curriculum

Systemische ZahnMedizin

117 Fortbildungspunkte

Beginn: Januar 2023

Block 1 - Biologische UmweltZahnMedizin - Dr. Uwe Drews

Block 2 - Systemische Parodontologie - Dr. Heinz-Peter Olbertz,
Dr. Andreas Rüffer, Prof. Dr. Johan Wölber, Dr. Max Gärtner

Block 3 - Moderne Prothetik im Kontext mit CMD und kraniofazialer Orthopädie
CMD Diagnose und Therapie im Netzwerk
Dr. Thomas Weidenbeck, Dr. Jens Heerklotz , Olcay Iscitürk

Block 4 - Marketing, neue Medien, externe und interne Kommunikation, Networking
Psychosomatische Aspekte in der ganzheitlichen Zahnmedizin
Dr. Sebastian Schulz, Dr. Martina Obermeyer

Block 5 - Implantologie in der Ganzheitlichen Zahnmedizin, Einführung in die ganzheitliche Schmerztherapie - Dr.Thomas Rosner, Hardy Gaus

Block 6 - Praxiskurs - Regulation im Kontext Systemischer Medizin
Dr. Jürgen Ludolph, Dr. Dierk Remberg

Ausführliches Programm :

Gesellschaft für Ganzheitliche ZahnMedizin (GZM)
Kloppenheimer Str. 10, 68239 Mannheim,
Tel. 0621 4824300, Fax: 0621 473949,
E-Mail: info@gzm-org.de, www.gzm.org

DGZH-Nachrichten kompakt

DGZH-Wissenschaftspreis

Der mit 2.500 Euro dotierte Wissenschaftspreis der DGZH wird in diesem Jahr gleich zweimal vergeben. Sabine Rienhoff wird rückwirkend für 2021 und Björn Riegel für 2022 ausgezeichnet. Die vielversprechenden Arbeiten der beiden Prämierten wurden von den Gutachtern, Thomas Wolf und Albrecht Schmierer, positiv empfohlen.

Interessent:innen, die sich für 2023 bewerben möchten, können sich per E-Mail wenden an Dr. Carla Benz (c.benz@dgzh.de).

Björn Riegel

Sabine Rienhoff

Studentisches Curriculum an der Universität Greifswald

Mit der Fachschaft Zahnmedizin der Uni Greifswald haben Jan und Sabine Rienhoff, DGZH-Regionalstelle Hannover, ein ZK-Curriculum für Studierende und Assistent:innen der Universität organisiert, das sich eines regen Zuspruchs erfreute. Die DGZH-Trainer Jan und Sabine Rienhoff, Wolfgang Kuwatsch, Wolfgang Nespital, Ute Stein, Gisela Zehner sowie Gudrun und Albrecht Schmierer hielten die Seminare unentgeltlich ab.

► *Einen ausführlichen Bericht finden Sie auf Seite 55.*

Veränderungen in der DGZH-Geschäftsstelle

Gülümser Packschies ist seit 1. Juni alleinige Officemanagerin in der DGZH-Geschäftsstelle in Stuttgart und erste Ansprechpartnerin für Mitglieder und Nichtmitglieder in allen Angelegenheiten rund um den Verein. Sie ist während der Bürozeiten von Montag bis Freitag von 9:00 bis 13:00 Uhr zu erreichen. Die gelernte Kauffrau für Bürokommunikation und Geschäftsführerin des Hypnos-Verlags ist der DGZH e.V. seit vielen Jahren verbunden und bereits seit März in der Geschäftsstelle tätig.

Gülümser Packschies

Lust auf Schreiben?

Wir möchten alle Leser:innen anregen, sich inhaltlich an der Zeitschrift zu beteiligen. Der Schwerpunkt der Ausgabe 1/2023 lautet: »Orientierung«. Sie haben eine Idee zu einem Beitrag? Dann wenden Sie sich bitte an die Redaktion. Wir freuen uns auf Ihre E-Mail!

Öffentlichkeitsarbeit

In diesem Jahr war die DGZH auf den **A.S.I.-Sponsorentagen** auch in Präsenz wieder aktiv. Die Sponsorentage führen die Examensabsolvent:innen verschiedener deutscher zahnmedizinischer Universitäten durch, um finanzielle Unterstützung für die geplanten Examensfeierlichkeiten zu erhalten. Dieses Jahr hielten Wolfgang Kuwatsch, Uwe Rudol und Albrecht Schmierer Vorträge und Workshops. Ein herzliches Dankeschön für dieses ehrenamtliche Engagement!

Der Infostand der DGZH wartet auf seinen nächsten Einsatz beim **Deutschen Zahnärztetag in Frankfurt**, der aktuell nur online am 11. und 12. November 2022 geplant ist. Wer zusammen mit dem Organisator Thomas Bongard interessierte Kolleg:innen zum Thema zahnärztliche Hypnose informieren und beraten möchte, kann sich gerne an die DGZH-Geschäftsstelle in Stuttgart wenden.

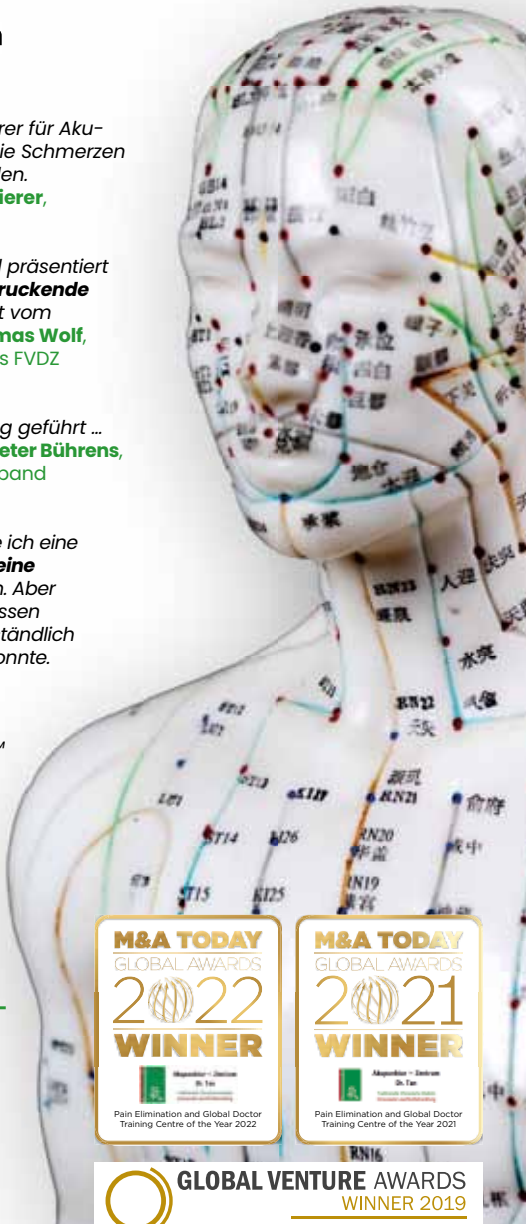
Die DGZH ist eine **Kooperation** mit der Internationalen Gesellschaft für ganzheitliche ZahnMedizin e.V. (GZM), dem Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin e.V. (ZAEN), dem Verband Deutscher Dentalhygieniker (VDDH) und dem Verband medizinischen Fachberufe e.V. (VMF) eingegangen. Mitglieder der DGZH können an Veranstaltungen der Gesellschaften zum Mitgliedspreis teilnehmen. Auch werden immer wieder Referent:innen gesucht, die Vorträge oder Workshops zum Thema Hypnose anbieten möchten.

***Turbo*Akupunktur™**
Akademie
Dr. Tan

Ideal auch, um eigene Schmerzen und Verspannungen **am ganzen Körper** loszuwerden

*Turbo*Akupunktur™ – der „Turbo“ zur Hypnose

Mit nur 12 *Turbo*Akupunktur™-Punkten den ganzen Körper kontrollieren



*Turbo*Akupunktur™-Meisterkurs

- Schnell erlernbar – Sofort einsetzbar
- Einfach anwendbar – Zuverlässige Wirkung
- **Schnelle Analgesie** (z.B. bei Dolor post, Schleiftrauma, CMD, Spritzenversagern, Allergikern)
- **Maximale Relaxation** bei Stress, Bruxismus, Verspannungen, CMD. **Obligat** vor jeder Bissnahme für eine unverfälschte Kieferrelationsbestimmung und ein optimales Behandlungsergebnis und damit Minimierung zeitraubender Nachkorrekturen
- **Angenehm entspanntes Behandlungserlebnis** sowohl für Patient als auch Behandlerteam für kürzere Behandlungszeiten, zufriedene Patienten und mehr Weiterempfehlungen
- Nach GOZ/GOÄ abrechenbar mit **ca. 20-100 € pro Sitzung** (je nach Indikation)

Exklusive Premium-Akupunkturausbildung:

- **Geballtes Expertenwissen** aus über 25 Jahren Erfahrung in Klinik und Praxis
- **Maximale Behandlerkompetenz und therapeutische Souveränität** auf dem Gebiet der Schmerz- und Kiefergelenksakupunktur, ohne jahrelang Hunderte von Punkte zu lernen
- **Onboarding Session** für Quick Wins (z.B. um eigene Schmerzen i.d.R. sofort loszuwerden + die 2 wichtigsten *Turbo*Akupunktur™-Punkte für Zahnärzte)
- **1 Wochenende** Knowhow-/Kompetenz-Transfer mit Hands on-Training
- **12 Monate** persönliche Umsetzungsbegleitung zur Erfolgssicherung (inkl. Video-Mentoring)
- **Zertifizierung** zum *Turbo*Acupuncturist™
- **Bonus: Erfolgsgarantie**

*“**Thay Joe** ist ein großes Vorbild und toller Lehrer für Akupunktur für mich. Es ist sehr beeindruckend, wie Schmerzen meistens mit einer einzigen Nadel verschwinden. **Sehr empfehlenswert!**”* **ZA Dr. Albrecht Schmierer**, Gründungspräsident der DGZH

*“Eine sehr interessante Technik … Überzeugend präsentiert … **Verblüffend einfache Anwendung** … **Beeindruckende Effekte** … Die Teilnehmer waren sehr begeistert vom Wissensschatz des Referenten.”* **ZA PD Dr. Thomas Wolf**, Präsident der DGZH und Vorstandsmitglied des FVDZ (Freier Verband Dt. Zahnärzte)

*“Es hat sehr schnell zur absoluten Entspannung geführt … **Schmerzfreiheit und Entspannung** …”* **ZA Dr. Peter Bührens**, 1. Stv. Bundesvorsitzender des FVDZ (Freier Verband Dt. Zahnärzte)

*“Der Ausbildung in TurboAkupunktur™ verdanke ich eine **völlig neue Sichtweise auf den Schmerz und seine Entstehung,** auf Krankheiten und ihre Ursachen. Aber das Beste ist, Thay Joe Tan vermittelt dieses Wissen und die Behandlungsstrategien so logisch, verständlich und praktikabel, dass ich sie sofort umsetzen konnte. **Die TurboAkupunktur™ ist seit der ersten Ausbildungsstunde fester Bestandteil meines Praxisalltags und aus meinem Leben nicht mehr wegzudenken!** Da die TurboAkupunktur™ tatsächlich, wie der Name schon sagt, innerhalb von Sekunden wirken kann, fühlt es sich manchmal an wie Zauberei, und der Blick in die überraschten, fassungslosen & glücklichen Augen der Patienten ist einfach unglaublich.”* **ZÄ Claudia Puls**

Infogespräch für den *Turbo*Akupunktur™-Meisterkurs sichern:
WhatsApp oder Telegram 0176 / 477 196 47
office@turboakupunktur-meisterkurs.de
(Für 2022 noch wenige Plätze verfügbar)

AI 2020 Global Excellence Awards WINNER

Dr. Thay Joe Tan
Most Influential
Pain Elimination Expert - 2020

Simply different.

Dr. Thay Joe Tan, Arzt und Zahnarzt

Ehem. Oberarzt der TCM-Klinik Bad Kötzting, Erste Deutsche Klinik für Traditionelle Chinesische Medizin, Universitätskrankenhaus der Beijing Universität für Chinesische Medizin • **Begründer der *Turbo*Akupunktur™ für sofortige Schmerzelimination** • Gründer und Leiter der *Turbo*Akupunktur™-Akademie Dr. Tan sowie einer der größten ärztlich geführten Praxen für Akupunktur in Europa • International mehrfach ausgezeichneter Akupunkturexperte für sofortige Schmerzelimination • Veranstalter und Gastgeber des jährlich stattfindenden „Weltgipfels für *Turbo*Akupunktur™ zur sofortigen Schmerzelimination“

*Turbo*Akupunktur™-Akademie Dr. Tan | Königstr. 70 | 70173 Stuttgart | **office@turboakupunktur-meisterkurs.de**

Tranceperlen

Hypnose und Hypnotherapie bei Carl-Auer

ca. 400 Seiten, Kt, 2022
ca. € 54,– • ISBN 978-3-8497-0440-7

Susy Signer-Fischer vermittelt in diesem Buch ausführlich Grundlagen und Praxis für die Beratung und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Es umfasst die typischen Herausforderungen, Schwierigkeiten und Störungen in diesem Lebensabschnitt. Beginnend bei Abklärung und Diagnostik wird für jedes Thema die Arbeitsweise dargestellt, dann werden anhand von Fallbeispielen mögliche Vorgehensweisen und Interventionen beschrieben.

203 Seiten, Kt, 2022
€ 34,95 • ISBN 978-3-8497-0392-9

„Der neue Standard für die Kommunikation mit Patienten während, vor und nach medizinischen Eingriffen. Wissenschaftlich fundiert und direkt anwendbar. Sehr empfehlenswert!“

Jörgen Bruhn, MD, PhD,
Professor für Anästhesiologie

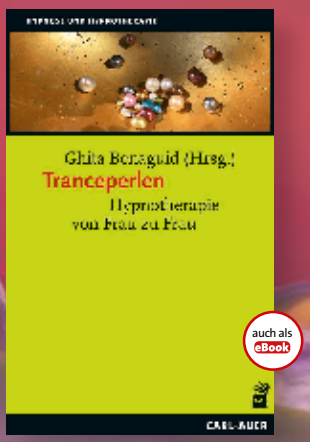
212 Seiten, Kt, 2022
€ 34,– • ISBN 978-3-8497-0416-2

Stefan Steinert gibt anhand von Fallbeispielen zunächst eine leicht verständliche Einführung in die Wandlungsphasen der Traditionellen Chinesischen Medizin und erklärt deren Bedeutung für hypnotherapeutische Interventionen. In detaillierten Schritten stellt er wirksame Techniken zur Vorbereitung einer Trance vor. Schließlich wird gezeigt, wie aus den vorgestellten Grundlagen ableitbare Assoziationen in Texte für die Trance-Induktion einfließen.

303 Seiten, Kt, 2021
€ 34,95 • ISBN 978-3-8497-0375-2

*„Imaginäre Körperreisen ist eine individuelle therapeutische Methode, die Sabine Fruth in ihrer Praxis entwickelt hat. Imaginäre Körperreisen führen Patient*innen über Trance-Induktionen in den eigenen Körper. Dabei entstehende Bilder passen einzigartig zur Klient*in. Schulmedizinische Therapien können durch Imaginäre Körperreisen unterstützt und Nebenwirkungen reduziert werden.“*

Ghita Benaguid



213 Seiten, Kt, 2. Aufl. 2021
€ 29,95 • ISBN 978-3-8497-0270-0

Renommierte Hypnotherapeutinnen präsentieren ihre 30 besten Tranceinduktionen für Frauen. Das Themenspektrum ist breit: Beziehungen gestalten, Selbstwert steigern, Ressourcen erschließen, weibliche Identität stärken, Mutter werden und Wechseljahre.

Carl-Auer Verlag

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