

SUGGESTIONEN

Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V.

Ausgabe
2016
€ 8.50, CHF 10.-

● DIE STRUKTURELLEN DIMENSIONEN DER HYPNOTHERAPIE

Ein Modell für die Planung,
Gestaltung und Reflexion des
hypnotherapeutischen Prozesses

● EINSATZ DER HYPNOSE IM SPORT

- Hypnose in der Sportpsychologie
- Mentaltraining im Laufsport
- Coaching eines Kickboxers

● FORENSISCHE HYPNOSE

Grenzen und Chancen der
Hypnose im Rahmen
polizeilicher Ermittlungen

DGH-Kongress 2016
17.-20.11.2016

DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR HYPNOSE UND HYPNOTHERAPIE E.V.



HYPNOSE
Aufbruch ins Leben

BAD LIPPSPRINGE
17.11. – 20.11.2016

Vorträge und Seminare zur Anwendung von Hypnose und Hypnotherapie in Medizin, Psychotherapie und Zahnmedizin
Information und Anmeldung: Geschäftsstelle der DGH,
Daruper Str. 14 | 48653 Coesfeld
Tel. 0 25 41-88 07 60 | Fax 0 25 41-7 00 08
DGH-Geschäftsstelle@t-online.de | www.hypnose-dgh.de

REDAKTIONSTEAM DER SUGGESTIONEN:

Dr.med. Cornelia Berning, Dortmund,
dr.berning@arcor.de;
Dipl.-Psych. Silvia Fisch, Daruper Str.14, 48653
Coesfeld, fisch@psychotherapie-praxis-coesfeld.de;
Sebastian Knop, Jungesellenstraße 3, 44135
Dortmund, sebastian.knop@cityweb.de;
Dipl.-Psych. Ute Kreuzahler, Simonwiese 24,
51427 Bergisch Gladbach, u.kreuzahler@t-online.de;
Andreas Kruse, Schorndorfer weg 26, andreas_
kruse@freenet.de;

Dr. med. Renate Lechner, Neumarkt 7, 59821
Arnsberg, dr.med.renate.lechner@t-online.de;
Dipl.-Psych. Anke Precht, Steinstraße 28, 77652
Offenburg, anke@ankeprecht.de;
Dipl.Psych. Irina Schlicht, Devrientweg 31,
12207 Berlin, irinaschlicht@hypnoseundtherapie.de
Dr. rer. biol. hum. Agnes Kaiser Rekkas, Chorherr-
str. 4, 81667 München, agnes.kaiser.rekkas@gmail.com
Maria Zarkadas, Im Westfeld 18, 87740 Bux-
heim, m_zakadas@yahoo.de

Die „Suggestionen“ sind das offizielle Organ der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V. (DGH). Manuskripte senden Sie bitte entsprechend dem Autorenleitfaden an die o.g. E-Mail-Adressen der Chefredakteure. Auflage: 2000 Stück. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeber wieder, noch sind sie offizielle Verlautbarungen der DGH. Das Copyright verbleibt bei den Autoren.

Impressum

IMPRESSUM

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V.-DGH
Daruper Straße 14, 48653 Coesfeld
Tel: 02541-880760, Fax: 02541-70008
E-Mail: DGH-Geschäftsstelle@t-online.de
www.hypnose-dgh.de

VORSTAND DER DGH

PRÄSIDENT

Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Klaus Hönig
Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm
Tel.: 0731-500-61881
E-Mail: Klaus.Hoenig@uni-ulm.de

VIZEPRÄSIDENTIN + GESCHÄFTSFÜHRERIN

Dipl.-Psych. Dr. Helga Hüskén-Janßen
Daruper Straße 14, 48653 Coesfeld
Tel.: 02541-880760
E-Mail: DGH-Geschäftsstelle@t-online.de

VIZEPRÄSIDENTIN

Dr. rer. biol. hum. Agnes Kaiser Rekkas
Chorherrstr. 4, 81667 München
Tel.: 089-4484025
E-Mail: agnes.kaiser.rekkas@gmail.com
www.kaiser-rekkas.de

SCHRIFTFÜHRERIN

Dr. med. Nikola Aufmkolk
Fachärztin für Neurologie,
Psychiatrie und Psychotherapie
Wüllener Straße 97, 48683 Ahaus
Tel: 02561-4296444
E-Mail: info@pt-ahaus.de,
www.pt-ahaus.de

SCHATZMEISTER

Dr. med.Christoph Müller
Lange Str. 37a, 31592 Stolzenau
Tel.: 05761-7345
E-Mail: dr.christoph.mueller@t-online.de

CHEFREDAKTION:

Dr. med. Nikola Aufmkolk,
Wüllener Straße 97, 48683 Ahaus,
E-Mail: info@pt-ahaus.de

Dr.med. dent. Peter Dünninger,
Kuhnbacher Straße 53, 95213 Münchberg,
E-Mail: peduenn@aol.com



Dr. med. dent. Peter Dünninger



Dr. med. Nikola Aufmkolk

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Freunde und Mitglieder der DGH!

Wir freuen uns sehr, Ihnen wieder eine neue Ausgabe der Suggestionen mit vielen unterschiedlichen Themen präsentieren zu können.

So finden Sie in dieser Ausgabe Artikel zum Einsatz der Hypnose im Mentaltraining bei Sportlern (Frau Dipl.-Psych. Anke Precht, Seite 16 und 17, Dr. med. dent. Sylvio Chiamulera, Seite 11-13), bei polizeilichen Ermittlungen (Dipl.-Psych. Dr. Andrea Beetz, Seite 30-31) und in der Schmerztherapie (Dipl.-Psych. Andreas Kruse, Seite 20-21, Dr. Dipl.-Psych. Claus Derra, Seite 64, Professor Berndt O. Scholz, Seite 41-43).

Dr. Matthias Mende hat einen Artikel über die Planung, Gestaltung und Reflexion des hypnotherapeutischen Prozesses geschrieben, der Neulingen und Erfahrenen in der Hypnotherapie hilfreiche Orientierung in der Therapie bietet.

Besonders freut uns, dass die Ausschreibung des Forschungsstipendiums der DGH in den letzten Suggestionen schon zu einem ersten Zwischenbericht der Stipendiatin geführt hat (Marie-Sophie Worsack, Seite 26-27).

Hinweisen möchten wir natürlich noch auf unseren Jahreskongress 2016 mit vielen spannenden Themen und Referenten. Einen Vorgeschmack dazu bieten die Interviews von Dr. med. Michael Bohne, Seite 70-71, PhD Jeffrey K. Zeig, Seite 59 und Brant Secunda, Seite 63). Zusätzlich finden vom 5.-6. Mai 2017 die Projektstage der DGH zu dem Thema „Trauma – wie Hypnotherapie hilft“ in Bad Lippspringe statt. Es haben namhafte Therapeuten zugesagt, Genaueres können Sie auf der Seite 49 nachlesen.

Nun wünschen wir Ihnen viel Vergnügen bei der Lektüre der „Suggestionen“ und hoffen auf eine Vielzahl von Wünschen, Anregungen und Rückmeldungen für die nächste Ausgabe.

Dr. Nikola Aufmkolk und Dr. med. dent. Peter Dünninger

Schmerztherapie oder
Atem-Selbsthypnose?



Inhalt

54-57 Fallbericht:
Hypnotherapeutische
Behandlung bei Neurodermitis



6-10 Die strukturelle Dimension der Hypnotherapie

2 Impressum

3 Editorial

Dr. med. dent. Peter Dünninger
Dr. med. Nikola Aufmkolk

4 - 5 Inhalt

6-10 Die strukturellen
Dimensionen der
Hypnotherapie

Dr. Matthias Mende

11-13 So läuft es sich leichter

Mentaltraining im Laufsport
Dr. med. dent. Sylvio Chiamulera

14-15 Vom Nobody zum
Bruce Lee

Falldarstellung des Coachings
eines Kickboxers mit Hypnose
Dipl.-Psych. Anke Precht

16-17 Hypnose im Mental-
training für Sportler
eine Übersicht

Dipl.-Psych. Anke Precht

18-19 Anker in der
Zahnarztpraxis
ungewollt oder bewusst
herbeigeführt

Zahnarzt Sebastian Knop



16-17 Hypnose im Mentaltraining für Sportler

64-65
Kopfkino
in der Schmerztherapie

20-21
Die Atem-Selbsthypnose
(nach Brian Alman)



20-21 Die Atem-
Selbsthypnose
(nach Brian Alman)

Dipl.-Psych. Andreas Kruse

22-23 Buchbesprechung

mit Dr. Agnes Kaiser Rekkas

24-25 Computer statt Couch

die wirksame Hilfe aus dem Netz
Dr. phil. Christian Lüdke

26-27 Die Vermessung der
Hypnose im
Kaltwassertest

das experimentelle Design
Marie-Sophie Worsec

28 Neue Mitglieder der DGH,
Vorschau der
Kongresstermine

29 Neue Zertifikatsinhaber
Einladung zur Mitglieder-
versammlung
der Deutschen Gesellschaft für
Hypnose und Hypnotherapie e.V.

30-31 Forensische Hypnose

Grenzen und Chancen der
Hypnose im Rahmen
polizeilicher Ermittlungen
PD Dr. Andrea Beetz

32-33 Lösungsbasierte Inter-
ferenz-Hypnose-Therapie

einer von früher Kindheit an
bestehenden „Spritzenphobie“/
„Posttraumatischen Belastungs-
störung“ in 3 Sitzungen
Dipl.-Psych. Karl-Josef Sittig

34-36 Förderung der
Lebensqualität durch
hypnosystemische
Ressourcenaktivierung

erste Erfahrungen mit einem
neuen niederschweligen Kurz-
zeitprogramm in der Onkologie
Norbert Gelse

1 - 4 Regionale
Weiterbildung
der DGH

zum Heraustrennen

41-43 Überlegungen zur
Hypnosegestaltung

bei chronischen Schmerzpatienten
Prof. O. Berndt Scholz

44-45 Hypnose trifft
bilaterale Stimulation

Erfahrungen und Experimente
aus der Praxis
Dr. phil. Sigrun Kurz

46-48 Mass Psychogenic
Illness:

Psychogene Krankheit als
Massenphänomen
Ph. D. Gary Bruno Schmid

49 Projekttag 2017

Trauma – wie Hypnotherapie hilft
Dr. med. Nikola Aufmkolk
Dr. Klaus Hönig

50-51 Das Seepferdchen:

beim Zahnarzt
entspannt am Strand
Dr. Agnes Kaiser Rekkas

52-53 Wie vermarkte ich
meine Praxis?

Machen Sie, was Sie
am besten können!
Andreas Precht M.A.

54-57 Fallbericht

hypnotherapeutische
Behandlung bei Neurodermitis
Dr. med. Nikola Aufmkolk

58 S3-Leitlinie zur Therapie
der Zahnbehandlungs-
angst

mit Krankheitswert bei
Erwachsenen
Dr. med. dent. Peter Dünninger

59 Interview mit PhD
Jeffrey K. Zeig

Dr. med. dent. Peter Dünninger

60-62 Protokoll: Mitglieder-
versammlung

der Deutschen Gesellschaft für
Hypnose und Hypnotherapie e.V.

63 Interview
mit Brant Secunda

Dr. med. dent. Peter Dünninger

64-65 Kopfkino

in der Schmerztherapie
Dr. med. Dipl. Psych. Claus Derra

66-69 Erlernen eines profes-
sionellen Umgangs

mit Menschen in Extrem-
situationen
Dr. med. Colin Schmidt

70-71 Interview mit
Dr. med. Michael Bohne

Dr. med. dent. Peter Dünninger

72-73 Im MRT auf Reisen

Hypnose für eine entspannte
Untersuchung in der „Röhre“
Dipl.-Psych. Irina Schlicht

74 Literaturübersicht

Dr. med. dent. Peter Dünninger

Die strukturellen Dimensionen der Hypnotherapie

Ein Modell für die Planung, Gestaltung und Reflexion des hypnotherapeutischen Prozesses

Autor: Dr. Matthias Mende / Fotos: DGH, shutterstock

Abstract

In der oft chaotischen Welt unserer Patienten ist es unsere Aufgabe als Hypnotherapeuten, die Strukturen bereitzustellen, entlang derer sich die Patienten bei der Bearbeitung und Lösung ihrer psychischen Problematik orientieren können. In diesem Beitrag habe ich es mir zur Aufgabe gemacht, die Hypnotherapie selbst strukturell zu untersuchen und ein Modell zu entwickeln, das uns Hypnotherapeuten Kriterien liefert, um den hypnotherapeutischen Prozess zu planen, zu gestalten

und zu reflektieren - z.B. zu Ausbildungszwecken in der Supervision. Gerade bei der Gestaltung des therapeutischen Prozesses ist es hilfreich, sich die verschiedenen Behandlungsoptionen bewusst zu machen und die therapeutisch sinnvollste reflektiert auszuwählen. Das Modell der strukturellen Dimensionen der Hypnotherapie resultiert in einer Pyramidenstruktur, die von einem allgemeinen anthropologischen Wirklichkeitsmodell ins Spezifische der Trance-Arbeit reicht.



DIE WIRKLICHKEITSEBENEN:

WAHRNEHMUNG, KOMMUNIKATION, HANDLUNG, BEDEUTUNG

Damit eine Therapie vollständig ist, muss sie alle wesentlichen Wirklichkeitsebenen des menschlichen Erlebens abdecken (Peter, 2001). Verschiedene Therapierichtungen unterscheiden sich vor allem dahingehend, auf welche dieser Wirklichkeitsebenen sie sich vorwiegend beziehen. Die ursprüngliche Domäne der Hypnose ist die Wahrnehmung. Die Plastizität von Sinneswahrnehmungen und die Möglichkeiten ihrer Modifikation zählen zu den faszinierendsten Phänomenen der Hypnose und werden bekanntlich auch für Showeffekte verwendet. Im therapeutischen Kontext schaffen Trancephänomene, die auf der Veränderung von Wahrnehmung beruhen, grundlegende neue Erlebnismöglichkeiten. Diese können zu der Erfahrung generalisieren, dass die Dinge anders sein könnten, als wir bisher geglaubt haben. So werden starre Wahrnehmungs- und in der Folge auch Denkgewohnheiten aufgelockert.

Die systemische Familientherapie bezieht sich vorwiegend auf die Phänomene der Kommunikation zwischen Beziehungs-

partnern. Die kognitive Verhaltenstherapie berücksichtigt vorwiegend die Handlungsebene, während psychodynamische Therapierichtungen die tiefenpsychologische Bedeutung von psychosomatischen Symptomen untersucht.

Damit eine Therapie zum Erfolg führt, muss sie jedoch letztlich alle diese Wirklichkeitsebenen berücksichtigen: Die hypnotische Modifikation von Sinneswahrnehmungen allein wird keine überdauernden therapeutischen Veränderungen im seelischen Haushalt bewirken. Ebenso wenig wird die Verhaltensmodifikation allein nachhaltige Änderungen im Sinne der Auflösung intrapsychischer Konflikte oder der strukturellen Nachreifung bringen. Umgekehrt reicht ein Verständnis für die psychodynamischen Ursprünge eines Symptoms noch nicht für markante Veränderungen auf der Verhaltensebene.

Ich bin der Überzeugung, dass die Überwindung des Schulenstreits unter den Kollegen, die hypnotherapeutisch arbeiten, vorwiegend deshalb möglich war, weil ein intuitives gemeinsames Verständnis darüber besteht, dass für ein Gelingen der Therapie alle 4 Wirklichkeitsebenen berücksichtigt werden müssen.

DIE THERAPIEZIELE:

AUTONOMIE, BINDUNG, KOMPETENZ, ORIENTIERUNG

Aufbauend auf den 4 Wirklichkeitsebenen der Hypnotherapie, lassen sich alle formulierbaren Therapieziele einem oder mehreren emotionalen Grundbedürfnissen zuordnen (Mende, 2010). In vielen Fällen geht es um eine Stärkung der Autonomie, die Erfüllung des Wunsches, sich als selbstbestimmt, unabhängig zu erleben. Das Gemeinsame an vielen Psychopathologien ist, dass sie die Autonomie einschränken, ihrerseits aber vollkommen autonom auftreten. Das gilt zum Beispiel für Ängste wie Agoraphobien oder soziale Phobien, die Bewegungs- und Handlungsspielräume einschränken oder auch für Depressionen, die durch Motivationsverlust und Entkräftung eine Ruhigstellung erzwingen. Andere Therapieziele beziehen sich auf den Wunsch, sich in tragfähigen Beziehungen geborgen zu fühlen und sich in ihnen auch zu behaupten. D.h. es geht um eine Versorgung des Bindungsbedürfnisses bzw. die Lösung des Konflikts zwischen den Bedürfnissen nach Autonomie und Bindung. In anderen Fällen aus den Bereichen Angst, Psychosomatik und Trauma geht es vorwiegend um das Bedürfnis, sich als kompetent und selbstwirksam zu erleben und Erfahrungen von Kontrollverlust zu überwinden. Im Trauma, bei Zwangsstörungen oder bei Depressionen ist häufig das Bedürfnis nach Gefühlen von Orientierung und Sinn stark verletzt und soll gestärkt werden. Bei der Aufstellung von Therapiezielen sind stets mögliche Wechselwirkungen zwischen den emotionalen Grundbedürfnissen zu berücksichtigen: So könnte die Auflösung einer generalisierten Angststörung das Kompetenzgefühl und die Autonomie der Betroffenen stärken. Auf der anderen Seite könnte das Bindungsbedürfnis durch diese Stärkung gefährdet sein, zum Beispiel weil die symptombedingte Angewiesenheit auf den Beziehungspartner nicht mehr besteht. Die Fokussierung auf die emotionalen Grundbedürfnisse bei der Aufstellung von Therapiezielen ist in der Hypnotherapie besonders naheliegend, da die Versorgung dieser emotionalen Grundbedürfnisse in dieser therapeutischen Methode bereits immanent enthalten ist: Das Autonomiebedürfnis wird durch die Arbeit mit dem Unbewussten genährt. Dem Bindungsbedürfnis wird durch die individuelle Gestaltung des Rapports in »

der hypnotherapeutischen Beziehung entsprochen. Das Kompetenzbedürfnis wird versorgt durch die Arbeit mit Ressourcen und Trancephänomenen, die paradigmatisch auf die Existenz bisher unbekannter Fähigkeiten hinweisen.

DER THERAPEUTISCHE ANSATZ:

LÖSUNGSORIENTIERT, KONFLIKT-ORIENTIERT, BEZIEHUNGSORIENTIERT/STÜTZEND

In Abhängigkeit von Schwere und Umfang der Symptomatik und der strukturellen Reife der Patienten eignen sich unterschiedliche hypnotherapeutische Ansätze, um die Therapieziele zu erreichen (Kanitschar, 2009): Im einfachsten Fall wird es ausreichen, lösungsorientiert vorzugehen und vorwiegend auf das Verfügbarmachen von ver-

Patienten mit mittlerem Strukturniveau profitieren jedoch oft erst nachhaltig, wenn der zu Grunde liegende psychodynamische Konflikt gelöst wird. So könnte sich zum Beispiel herausstellen, dass der Anspruch, es allen recht zu machen - in Verbindung mit der Überzeugung, sich nur über Leistung Liebe und Zuwendung sichern zu können - die psychodynamische Grundlage für chronische Selbstüberforderung war, die symptomatisch in eine Erschöpfungsdepression gemündet ist. In diesem Fall wird es sinnvoll sein, in der biografischen Regression in die Zeit zu gehen, in der es vielleicht notwendig war, es den belasteten Eltern recht zu machen, damit diese nicht dekompensieren, oder „gut“ zu sein, um endlich als Kind angenommen und geliebt zu werden. In der konfliktorientierten Hypnotherapie werden diese kindlichen Bewältigungsstrategien re-

um das strukturelle Nachreifen im Rahmen der hypnotherapeutischen Beziehung. So profitieren Patienten mit schwerwiegenden Persönlichkeitsstörungen von der Fähigkeit der Therapeuten, stabilen Rapport zu halten und Gegenübertragungsgefühle therapeutisch zu nutzen, ungeachtet möglicher Feindseligkeiten, Affektlabilität oder unreifer Abwehrmechanismen wie projektiver Identifizierung.

DIE THERAPIEPHASE:

STABILISIERUNG, KONFRONTATION, INTEGRATION, TRANSFER

Die Stabilisierungsphase steht am Anfang jeder Hypnotherapie. Im einfachsten Fall geht es darum, die hypnotische Trance als ressourcenvollen Zustand zu erfahren, in dem es gelingt, die Aufmerksamkeit auf das wirklich Wichtige zu fokussieren, Nebensächliches auszublenden und dabei sicher und wohligh entspannt zu sein. Ein einfaches Indiz gelungener Stabilisierung ist die leichte Verfügbarkeit eines imaginierten sicheren Ortes.

Besonders bei der Behandlung von Traumafolgestörungen ist es von fundamentaler Wichtigkeit, eine absolut hinreichende emotionale und psychophysiologische Stabilisierung erreicht zu haben, bevor mit der Konfrontation von Traumainhalten begonnen werden kann (Phillips & Frederick 2007). In etlichen Fällen genügt jedoch bereits eine gute Stabilisierungsarbeit zur Überwindung eines Traumas. Als generelle Leitlinie für die hypnotherapeutische Arbeit, egal mit welchem Störungsbild, kann jedoch gelten: Stabilisierung hat immer Vorrang vor Konfrontation, und Konfrontation macht nur Sinn, wenn sie innerhalb eines akzeptablen Stressniveaus erfolgt, weil übermäßiger Stress neues Lernen blockiert.

In der Konfrontationsphase ist das entscheidende hypnotherapeutische Moment die korrigierende emotionale Erfahrung: Es wird in der Trance erlebbar, dass die befürchteten negativen Folgen der Konfrontation mit Angst- oder Traumainhalten ausbleiben und stattdessen Gefühle von Freude oder Stolz zugänglich werden, die mit der Bewältigungserfahrung verbunden sind. In diesen Momenten wird die Kraft der Hypnotherapie als erlebnisorientierte Therapiemethode deutlich.

In der Integrationsphase geht es darum, deutlich zu machen, dass die Autorenschaft

für die Erreichung eines Therapiezieles bei dem Patienten selbst liegt und letztlich auf der Integration von bewussten und unbewussten Impulsen beruht. In dieser Phase lässt es sich durch geeignete Trancearbeit auch leicht überprüfen, inwieweit eine Integration der emotionalen Grundbedürfnisse im Sinne der Therapieziele stattgefunden hat: Ist es gelungen, unterversorgte oder vernachlässigte Autonomie-, Bindungs-, Kompetenz- oder Orientierungsbedürfnisse zu stillen, überbetonte Bedürfnisse zu beruhigen oder Konflikte und Interdependenzen zwischen den Bedürfnissen aufzulösen? In der Beantwortung dieser Fragen können Therapeut und Patient sich leicht auf den geeigneten Zeitpunkt zur Beendigung der Therapie einigen.

Die Transferphase dient der abschließenden Validierung des Therapieerfolges: Inwieweit bringen die erreichten Ziele eine Verbesserung im Alltag der Patienten auf den vier Wirklichkeitsebenen: Wird die Veränderung spürbar, indem er sich und andere anders wahrnimmt? Ist er vielleicht freier oder achtsamer in der Art, wie er mit sich und anderen kommuniziert? Hat er auf der Handlungsebene einengende Vermeidungsimpulse überwunden und freien Zugang zu seinen Potenzialen? Welche Bedeutung ordnet er den überwundenen psychischen Schwierigkeiten zu und der Tatsache, dass er diese im Rahmen der Therapie überwunden hat?

DIE THERAPIESITZUNG:

THERAPEUTISCHER FOKUS: KRISENINTERVENTION, THERAPEUTISCHES THEMA, THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

In jeder therapeutischen Sitzung gilt es zu Beginn, die Entscheidung zu treffen, wofür diese Sitzung verwendet werden soll. Je nach aktueller körperlicher/seelischer Befindlichkeit und aktuellem Problemdruck kann es notwendig sein, im Sinne einer Krisenintervention hypnotherapeutisch zu arbeiten. In diesem Fall tritt das übergeordnete Therapieziel zugunsten einer akut notwendigen Stabilisierung in den Hintergrund. Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene und Abwehrmechanismen spielen häufig eine Rolle, wenn die Therapie in der Fokussierung auf Tagesaktualitäten verharret, anstatt das eigentliche therapeutische Thema aufzugreifen. Die meisten Patienten profitieren davon, wenn sie auch

angesichts von aktuellen Problemen sanft auf die Kontinuität des therapeutischen Themas hingewiesen werden, den roten Faden der Therapie. Wenn die Therapie stockt oder der Rapport abreißt, kann es unausweichlich sein, dass die therapeutische Beziehung selbst zum Thema der Therapie wird.

ZEITLICHE ORIENTIERUNG:

VERGANGENHEIT, GEGENWART, ZUKUNFT

In jedem therapeutischen Ansatz und jeder Therapiephase besteht die Möglichkeit auf verschiedenen Zeitebenen zu arbeiten: In der Gegenwart, der Vergangenheit oder der Zukunft. Die Entscheidung für die Wahl der Zeitebene sollte immer therapeutisch begründbar sein. Sie kann sich aber im Sinne des Utilisationsprinzips auch so weit wie möglich am Wirklichkeitsmodell der Patienten orientieren und seinen subjektiven Vermutungen über die Ursachen der Problematik und den Bedingungen für seine Lösung.

DIE TRANCE-ARBEIT:

MONOLOGISCH, DIALOGISCH, IDEOMOTORISCH

Für die Trancearbeit selbst, die während der Therapiesitzung erfolgt, gibt es eine ganze Reihe von Gestaltungsmöglichkeiten: Die hypnotische Kommunikation kann monologisch, dialogisch oder ideomotorisch erfolgen. Am Anfang fällt es vielen Patienten leichter in Trance zu gehen, wenn die Trance monologisch geführt wird. Bei Trancen zur Ressourcenaktivierung oder einer Reihe von indirekten Techniken wie der Stellvertretertechnik genügt es auch, monologisch zu arbeiten.

Den meisten Patienten gelingt es aber leicht, in der Trance zu sprechen, ohne dass das Trance-Erleben subjektiv gestört würde. Im Dialog eröffnen sich weitreichende hypnotische Arbeitsmöglichkeiten, besonders in der Konfliktarbeit. Im Dialog ist auch der therapeutische Rapport intensiver und stabiler. Dies ist besonders in der Traumarbeit wichtig, wenn es darum geht, die Patienten vor einer malignen Regression und Dissoziation zu schützen, indem die Konfrontation im Dialog dosiert wird und es leichter erkennbar wird, wenn Stabilisierungsschritte notwendig werden.

Oft zu ihrer eigenen Überraschung finden die meisten Patienten leicht Zugang zur Ver-

wendung ideomotorischer Signale, die unbewusst gegeben werden. Ideomotorische Signale eignen sich hervorragend zur Kommunikation mit dem „Unbewussten“, wenn es darum geht, eine Problematik oder einen möglichen Lösungsweg zu explorieren, den Anfang oder das Ende eines therapeutischen Prozesses anzuzeigen oder das Vertrauen in die Intuition und die Ressourcen des Unbewussten aufzubauen.

EXPLIZIT, IMPLIZIT: TRANCEINDUKTION, KONVERSATIONSTRANCE, HYPNOTISCHE KOMMUNIKATION

Für die Entscheidung, ob mit expliziten oder impliziten Trancen gearbeitet werden soll, gibt es mehrere Kriterien: Explizite Trancen, die als solche kenntlich gemacht werden und ein Induktionsritual beinhalten, entsprechen den klassischen Erwartungen von Patienten an Hypnose. Eine explizite Tranceinduktion versetzt die Patienten in einen nach innen fokussierten, konzentrierten und entspannten Zustand, in dem durch eine Regression im Dienste des Ichs und eine neurobiologische Aktivierung des Spiegelneuronensystems eine erhöhte Aufnahmebereitschaft für neue hilfreiche Erfahrungen und das Verlassen gewohnter Denk-, Wahrnehmung- und Handlungsmuster besteht. Manchmal ist es nützlich oder auch notwendig, aus der therapeutischen Konversation heraus eine Trance zu entwickeln, ohne dass dies offen angekündigt würde. Bei manchen Störungsbildern - wie zum Beispiel Zwängen, gewissen Traumafolgestörungen, bei überkontrollierten Patienten oder Kindern empfiehlt es sich häufig, mit Konversations-Trancen zu arbeiten. Die resultierenden Trancezustände werden von den Patienten oft gar nicht als solche registriert, reichen jedoch aus, um therapierelevante unbewusste Suchprozesse zu stimulieren.

Die Arbeit mit hypnotischen Trancezuständen ist nicht mit allen Patienten möglich: einige lehnen es grundsätzlich ab, in eine hypnotische Trance zu gehen, andere sind aufgrund der Natur und Schwere ihrer psychischen Erkrankung dazu nicht in der Lage oder es besteht eine Kontraindikation zur hypnotischen Arbeit, weil Kontakt- und Kommunikationsmuster labil und inkonsistent sind. In solchen Fällen kann dennoch hypnotherapeutisch gearbeitet werden, sofern sich die Therapie auf die Verwendung hypnotischer Kommunikation beschränkt, ohne dadurch einen hypnotisch veränder- »



Abbildung: Die strukturellen Dimensionen der Hypnotherapie

nachlässigten oder unbewussten Ressourcen zu bauen. Der lösungsorientierte Ansatz eignet sich unter anderem für die Behandlung von Phobien (z.B. agoraphobische Flugangst oder Prüfungsangst) bei Patienten mit einem höheren Strukturniveau: Durch eine Regression auf der Zeitachse werden Ressourcen zugänglich, die vor der Entstehung der Angst bereits bestanden haben und hypnotherapeutisch in die Gegenwart transferiert. Alternativ kann in der Progression auf der Zeitachse ein Zeitpunkt aufgesucht werden, an dem die Angst bereits gut bewältigt ist. Die dann in der Zukunft zugänglich gemachten Ressourcen werden wie eine erinnerte Erfahrung durch die Zeit rückwärts bis in die Gegenwart mitgenommen.

vidiert und unter Nutzung der Ressourcen des gegenwärtigen Erwachsenen-Ichs modifiziert. Unter diesen Voraussetzungen können anschließend Stressbewältigungs- und Abgrenzungsstrategien lösungsorientiert erarbeitet werden. Bei Patienten mit niedrigerem Strukturniveau, die strukturelle Entwicklungsdefizite mitbringen, ist es oft wenig sinnvoll, mit hypnotherapeutischen Interventionen im engeren Sinne zu arbeiten, um Therapieziele zu erreichen. Das Scheitern von gut gemeinten hypnotischen Anläufen kann nur solchen Patienten zu tieferen Frustrationen führen und Therapieabbrüche wahrscheinlich machen. In solchen Fällen geht es im beziehungsorientierten/stützenden Ansatz



ten Bewusstseinszustand herzustellen. Die hypnotische Kommunikation besteht dann aus Pacing- und Leading-Strukturen, die darauf abzielen, im Rapport eine therapeutisch hilfreiche Stelle auf der Nähe-Distanz-Achse einzunehmen. Hypnotische Kommunikationstechniken dienen dann auch dem Auffinden von nutzablem Material z.B. zur Stärkung des Realitäts- und Körperbezuges und zur Unterscheidung von Innen- und Außenwelt.

KONKRET, SYMBOLISCH, METAPHORISCH

Die Trance Arbeit kann sich konkret auf das Erleben von bestimmten vergangenen, gegenwärtigen oder künftigen Erfahrungen beziehen, in denen z.B. neue Wahrnehmungs- und Handlungsweisen erprobt und verankert werden. Ein typisches Beispiel dieser Art der Arbeit ist die Therapie von einfachen Phobien, bei denen zum Beispiel die angstbesetzte Prüfungssituation mit neuen Ressourcen bewältigt werden kann.

Eine besondere Kraft entwickelt Hypnotherapie, wenn mit Symbolisierungen gearbeitet wird. Durch die Symbolisierung eines Symptoms wird eine therapeutisch

nutzbare Distanz zwischen dem Bewussten und dem Unbewussten geschaffen – vor allem in Bezug auf die emotionale Haltung, die die Patienten dem Symptom gegenüber einnehmen. Ist einem Reizdarm-Patienten die Symptomatik selbst einfach nur störend, einschränkend und unangenehm, kann die Symbolisierung des Anteils, der für das Symptom verantwortlich ist, durchaus sympathische Züge aufweisen (z.B. ein Salamander, der sich in einem schwer zugänglichen Sumpf einfach nur wohl fühlt). Im Laufe des therapeutischen Prozesses wird dann ein Verständnis für die Ressourcen des Symptoms möglich. Die Trance Arbeit mit Metaphern eröffnet ungeahnte Räume für Kreativität im therapeutischen Prozess, vor allem in der generalisierten Definition des Begriffes, die Redewendungen, Analogien und Anekdoten bis hin zu Märchen mit einbezieht. Der Kern der Verwendung von Metaphern liegt in der Auslösung von bewussten, aber besonders auch von unbewussten Suchprozessen, die mit der neugierigen, impliziten Frage der Patienten einhergehen, was diese bedeutungsvoll vorgebrachte Geschichte nun mit der eigenen Problematik zu tun haben könnte. Mögliche Widerstände, die eine direkt ausgesprochene therapeutische Botschaft erzeugen könnte, werden minimiert. Trifft die indirekte Botschaft der Metapher auf Widerstand, dann war es eben einfach nur eine Geschichte.

SCHLUSS

Die Beschreibung der strukturellen Dimension der Hypnotherapie soll eine Landkarte liefern, anhand derer der Therapeut stets erkennen kann, an welcher Stelle im therapeutischen Prozess er gerade steht und welche Optionen verfügbar sind. Dies kann Neulingen in der Hypnotherapie helfen, unterschiedliche Behandlungswege zu erkennen und abzuwägen, welche dieser Optionen im konkreten Fall zielführend sein könnte. Routiniers in der Hypnotherapie neigen vielleicht dazu, die oft erprobten und gut bewährten Behandlungswege immer wieder zu beschreiten. Für diese könnte das Modell eine Anregung sein, die Strukturen hinter intuitiven therapeutischen Entscheidungen zu sehen, sich an die bestehenden hypnotherapeutischen Alternativen zu erinnern und so etwas Abwechslung in den therapeutischen Alltag zu bringen.

Literatur des Verfassers:

- Kanitschar, H. (2009). Hypnosepsychotherapie, ein integratives, tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren. In: *Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnosetherapie*. 4/2009, 153–176
- Mende, M. (2006). The special effects of hypnosis and hypnotherapy: A contribution to an ecological model of therapeutic change. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(2), 167–185
- Mende, M. (2010). The integrative power of hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 27(3), 172–176
- Peter, B. (2001). Hypnose und die Konstruktion von Wirklichkeit. In: D. Revenstorff & B. Peter (2001). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Springer, Berlin, 33 – 52
- Phillips, M., Frederick, C. (2007). *Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen*. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg «



Dr. Matthias Mende

Klinischer Psychologe, Gesundheits- und Notfallpsychologe, Psychotherapeut und Lehrtherapeut für Hypnosepsychotherapie der Österreichischen Gesellschaft für Angewandte Tiefenpsychologie und Allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP). Vormalig Präsident der europäischen Gesellschaft für Hypnose (ESH) und Vorstandsmitglied der Internationalen Gesellschaft für Hypnose (ISH). Vorstandsmitglied der Ego-State-International (ESTI). Praxis in Salzburg mit den Schwerpunkten Trauma, Psychosomatik, Angst- und Panikstörungen, Stress und Burnout.

www.hypnose.co.at



So läuft es sich leichter – Mentaltraining im Laufsport

Autor: Dr. med. dent. Sylvio Chiamulera / Fotos: DGH, shutterstock

Die folgende Situation kennt wohl jeder Läufer: die Landschaft gleitet sanft vorbei, der eigene Körper bewegt sich mit Eleganz und Leichtigkeit und schwebt fast berührungsfrei über die Laufstrecke. Der Atem fließt locker und leicht und das intensive Gefühl purer Freude am Laufen durchströmt den eigenen Körper von Kopf bis Fuß, während sich das subjektive Zeiterleben stark relativiert. Man könnte einfach so weiter laufen und laufen und...

Leider ist die weniger gute Nachricht, dass die meisten Läufer dieses herrliche Gefühl nicht allzu oft und auch meist nicht über längere Strecken erleben können. Es kommt eher spontan und für unbestimmte Zeitspannen, insbesondere an „guten Laftagen“. Allerdings - und jetzt kommt die erfreuliche Nachricht - kann man mit Mentaltraining lernen, dieses positive Gefühl und den Spaß am Laufen kontrollieren und steuern zu können und nach eigenem Gusto erleben.

Seit vielen Jahren beschäftige ich mich mit genau diesem Thema: Dem „Mentaltraining“ und dem Einsatz von Techniken der Hypnose speziell im Bereich des Sports. Dabei konnte ich sowohl eigene Erfahrungen in meiner sportlichen Performance, z.B. beim Laufen, Squash, Tennis und Golf machen, als auch mit vielen Breiten- und Profisportlern verschiedenster Sportarten zusammenarbeiten. Gerade die Erfahrungen am „eigenen Nervensystem“ sind dabei für den Trainer von unschätzbarem Wert, denn nur wer selbst bestimmte Erfahrungen in sportlichen Grenzbereichen hautnah erlebt hat und weiß, wie es sich anfühlt, in besonders herausfordernden Situationen mental und physisch kontrolliert und ange-

Der Autor
Dr. med. dent. Sylvio Chiamulera



Dr. med. dent. Sylvio Chiamulera

Dr. med. dent. Sylvio Chiamulera arbeitet neben seiner zahnärztlichen Praxis als Mentaltrainer für Sportler in Bremen. Er ist Dozent und Supervisor der DGH (Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V.) sowie Leiter des Ausbildungszentrums Bremen der DGH. Workshops zum Thema „Mentaltraining im Sport“ und „Mental Running“ bietet er regelmässig zum Beispiel bei der Jahrestagung der DGH in Bad Lippspringe an.

E-Mail: hypnoseinstitut-bremen@t-online.de

messen agieren zu können, hat die richtigen Voraussetzungen, eben diese Techniken anderen Menschen glaubwürdig und authentisch vermitteln zu können.

Insbesondere in den letzten Jahren hat sich immer mehr herauskristallisiert, von welcher Bedeutung neben dem obligatorischen physischen Training gerade die mentalen Komponenten im Sport an sich und im Laufsport im Speziellen sind, und diese Erkenntnis gilt für Hobbyläufer ebenso wie für professionelle Spitzenathleten, wobei gerade bei der letzteren Gruppe die Möglichkeiten des physischen Trainings in der Regel schon weitgehend ausgeschöpft sind, da ohnehin in körperlichen Grenzbereichen trainiert wird. Unter den Top-Läufern der Welt fällt die Entscheidung über Sieg oder Niederlage daher meist „im Kopf“.

Was genau versteht man unter „Mentaltraining“ im Kontext des Laufsports? Es geht um das Erlernen und „Automatisieren“, also auf das Level der unbewussten Kompetenz bringen, von zielgerichteten imaginativen Strategien, welche auf eine ressourcenreiche Weise das Laufen unterstützen und erleichtern und in entscheidenden Momenten bei der Ausübung des Sports vom Läufer abgerufen und genutzt werden können. Diese Imaginationen können zum Beispiel Vorstellungen bestimmter Bewegungsabläufe sein, visuelle Inhalte, wie das dissoziierte Beobachten des eigenen Laufs aus der „Hubschrauberperspektive“, das Assoziieren mit einer geeigneten Gestalt, wie der einer Gazelle, oder viele andere Arten von mentalen Hilfskonstrukten, die dem Läufer individuell nützlich und unterstützend erscheinen.

Beinhalten können mentale Trainingsprogramme für Läufer sowohl Entspannungstechniken und Achtsamkeitsübungen, wie auch Visualisierungen, das Feintuning des internen Dialogs (analog und digital, also

Wortwahl und Tonalität). Auch andere relevante auditiv-interne Inhalte (z.B. bestimmte begleitende Sounds wie imaginierte „Anfeuerungsrufe“, „Applaus“ oder ein imaginierter „Laufsong“ können erarbeitet, internalisiert und beim Laufen kontrolliert reaktiviert und in angemessenen Situationen gezielt eingesetzt werden.

Das Erlernen und Einüben dieser mentalen Techniken erfolgt in der Regel in einer leichten Entspannungstrance und kann posthypnotisch so verankert werden, dass der Sportler gezielt die Möglichkeit hat, bei Bedarf den bestgeeigneten imaginativen Support abzurufen und zu erleben.

Ein Läufer, der mentale Techniken auf einem angemessenen Level für sich nutzbar gemacht hat, verfügt über die besten Chancen, beim Laufen den sogenannten „Flow“ - also den Zustand des psychischen und physischen Optimums beim Laufen, den Zustand des „es läuft ganz leicht und elegant...ich fühle mich total locker und frei als schwebte ich fast ohne Widerstand über die Laufstrecke“ - leichter erleben zu können, also im Zustand innerer Balance mit Leichtigkeit, Spaß und Freude zu laufen. Auch hat er verbesserte Chancen, unter Wettkampfbedingungen sein optimales Potential ausschöpfen zu können und seine volle Leistungsfähigkeit eben gerade auch unter psychisch anspruchsvollen und fordernden Situationen erreichen zu können.

Meine erste eigene Erfahrung mit dem Mentaltraining im Laufsport konnte ich 1999 sammeln, nachdem ich verwegenerweise beschlossen hatte, mit einigen Freunden das Laufevent die „25 km von Berlin“ - heute bekannt als „Big 25 Berlin“ - zu bestreiten, das jährlich im Mai in unserer Hauptstadt stattfindet. „Verwegen“ deshalb, weil ich zu jenem Zeitpunkt weder regelmäßig noch längere Strecken lief und nur noch wenige

Wochen zur Vorbereitung verblieben. Im Training kam ich nie über Strecken von ca. 6-8 Kilometern hinaus, und meine Vorbereitungsläufe waren zahlenmäßig so gering, dass ich beschloss, „voll auf die mentale Karte zu setzen“. Im Folgenden möchte ich skizzieren, wie genau ich das damals durchgeführt habe, und gleichzeitig davor warnen, diesen „Selbstversuch“ zu wiederholen, da es natürlich nicht ohne Risiken ist, über die Grenzen der eigenen Physis hinauszugehen. Also bitte immer erst vorher den Sportmediziner um Rat fragen.

Ich erarbeitete mir mehrere Formen des „mentalen Run-Supports“, wobei insbesondere eine visuelle Imagination sich später als die für mich hilfreichste herausstellte: Während des Rennens in Berlin stellte ich mir immer wieder ganz plastisch vor, mich selbst beim Laufen wie aus einem Hubschrauber von oben, also aus der Vogelperspektive, zu beobachten und quasi wie ein Marionettenspieler zu lenken, indem ich die kleine, unter mir laufende Person, die ich ja selbst war, wie an imaginären Fäden über den Asphalt lenkte. Dadurch „schwebte“ der Läufer quasi ohne Berührung und Belastung ganz elegant und schwerelos über die Straßen und Plätze von Berlin. Ich nutzte also die Möglichkeit einer dissoziierten Imagination, welche bekanntlicherweise eine von den aktuellen eigenen Körpergefühlen distanzierende und schützende Wirkung hat. Genau das war es, was ich hier brauchte, denn meine tatsächlichen Körpersensationen während des Laufs waren alles andere als angenehm. So schaffte ich es tatsächlich, die volle Distanz ganz ohne Gehpause und in einer für meine Verhältnisse ausgezeichneten Zeit zu absolvieren. Ohne mentale Unterstützung hätte ich das Rennen etwa nach Kilometer 12 abbrechen müssen, da ich an die Grenzen meines damaligen rein körperlichen Trainingszustandes gestoßen wäre.



Das ist nur ein praktisches Beispiel von unzähligen Varianten mit mentalen Techniken ganz individuell zielorientiert zu arbeiten. Entscheidend ist, dass der Sportler selbst die beste Möglichkeit aus seinen Erfahrungen, Vorlieben, Ressourcen und Stärken heraus entwickelt. Der Coach führt ihn dabei durch diesen Prozess und begleitet das Vorgehen.

Ein anderes Beispiel ist das des Läufers Jens H. (32 Jahre), der eine Unterstützung für seinen ersten Marathon suchte. Ihm schwebte vor, sich imaginativ mit einer geeigneten Tiergestalt, die einen kraftvollen und eleganten Laufstil hat, zu assoziieren. Er entschloss sich für das Bild eines Leoparden, der geschmeidig, schnell und mit perfekten Bewegungsabläufen zu laufen versteht. In dem nun folgenden Sport-Coaching erarbeiteten und verfeinerten wir gemeinsam in Trance diese Vorstellung, über den physischen Körper und die darin wohnenden läuferischen Fähigkeiten des Leoparden zu verfügen und diesen asso-

ziiert zu erleben. Dieser, „sein Leopard“, verfügte selbstverständlich zusätzlich über eine unlimitierte Ausdauer, was für das Marathon-Projekt sinnvoll war. Jens schaffte es mit dieser mentalen Unterstützung seinen ersten Marathon in angestrebter Zielzeit zu absolvieren und vor allem: sich dabei auch noch wohl zu fühlen und den Lauf wirklich genießen zu können.

Gerade diese Fähigkeiten, innerlich mit Freude und in Balance - im Gleichgewicht mit sich selbst - den Sport ausüben zu können, sich in dem genau angemessenen Level von Spannung und Lockerheit zu befinden, über einen optimalen Muskeltonus zu verfügen, gelassen und selbstbewusst agieren zu können in dem Wissen, den eigenen Zustand jederzeit unter Kontrolle und alle notwendigen Ressourcen zur Verfügung zu haben, bedeutet, den Laufsport wirklich im individuellen Idealzustand ausüben zu können und jederzeit Spaß dabei zu empfinden. So läuft es sich einfach leichter. ◀

Vom Nobody zum Bruce Lee –

Falldarstellung des Coachings eines Kickboxers mit Hypnose

Autorin: Dipl.-Psych. Anke Precht /
Fotos: DGH, shutterstock



Mentales Coaching und Hypnose im Kampfsport – Allgemeines

Die Autorin
Dipl.-Psych.
Anke Precht



Dipl.-Psych. Anke Precht

Anke Precht ist Diplom-Psychologin und arbeitet neben ihrer kurzzeittherapeutischen Privatpraxis in Offenburg als Mentalcoach für Sportler und berufliche Hochleister sowie als Rednerin. Ihre methodischen Schwerpunkte finden sich in der Hypnose und in der energetischen Psychologie.

E-Mail: anke@ankeprecht.de

Kampfsportler betreiben ihren Sport mit wenigen Ausnahmen semiprofessionell. Das heißt, sie können entweder vom Sport nicht leben oder finanzieren ihn noch häufiger aus privaten Mitteln. Für das Coaching bedeutet das: Es muss schnell gehen. Die Sportler haben kaum finanzielle Ressourcen und stehen unter hohem Zeitdruck. Im Jugendbereich müssen sie Schule und ca. 20 Wochenstunden Training unter einen Hut bekommen, später Sport und Job.

Deshalb eignet sich die Hypnose mit ihren vielfältigen Techniken ganz besonders für das Coaching in diesen Sportarten: Sie umgeht langwierige bewusste Lernprozesse und nutzt Kreativität und Ideomotorik, die in der Regel reich vorhanden sind oder verbindet in digitalisierten Anleitungen, die Zuhause in Entspannung

gehört werden können, Regeneration mit Mentaltraining. Die äußeren Bedingungen fordern häufig Improvisationstalent. Dafür belohnen die Athleten mit hoher Motivation, großem Trainingsfleiß und schnellen Ergebnissen. Der folgende Fall ist exemplarisch für mentales bzw. Hypnose-Coaching im Kampfsport.

15 AUFTRAGSKLÄRUNG MINUTEN

Leo ist 18. Nach Erfahrungen in verschiedenen Kampfsportarten ist er mit 13 Jahren zum Kickboxen gekommen. Über seinen Trainer lerne ich ihn kennen.

Der Trainer möchte ihn auf ein internationales Turnier schicken. Leo sei gut genug, habe aber noch nicht genug Selbstvertrauen dafür und gebe oft im Kampf auf, wenn er hart getroffen werde.

Leo schildert die Situation ähnlich. Er glaubt schon, dass er gut ist. Aber gegen die Gegner bei diesem Turnier? „Die haben alle schon viele Jahre Erfahrung im Ring. Das sind Kämpferpersönlichkeiten. Ich bin ein Nobody.“ Und: „Wenn ich Schmerzen hab, sagt eine Stimme in meinem Kopf: ‚Du bist verletzt, du musst aufhören‘. Ich steig aus, bevor ich überhaupt richtig drüber nachgedacht habe. Aber Verletzungen sind bei Kämpfen normal, die heilen. Dämlich, das ganze Training und dann aufgeben!“ Das will Leo ändern und gleich starten.

30 DAS COACHING MINUTEN (JE 2X) IM ABSTAND VON EINER WOCHE

Die Zeit drängt, das Turnier ist schon bald, der Trainingsaufwand in der Vorbereitung am Limit. Wir arbeiten in der Teeküche des Dojos, in dem er abends trainiert. Es gibt einen gekachelten Boden, einen rumpelnden alten Kühlschrank und dazwischen gerade genug Platz für zwei Stühle.

Leo ist „offen für alles“. Sein Trainer hat gesagt, das sei gut, und Leo vertraut ihm zu hundert Prozent. „Sag mir einfach, was ich tun muss.“

Ich erzähle ihm im Hinblick auf seine Schmerzempfindlichkeit von zwei möglichen Wegen: hypnotische Anästhesie oder Teilarbeit um zu schauen, wie er den Teil, der ihn zum Aussteigen bringt, als Verbündeten gewinnt. Er findet die Anästhesie eindeutig besser: Denn wenn der die Schmerzen gar nicht spüre, könne er mehr geben. Wir führen eine hypnotische Anästhesie durch, für den ganzen Körper. Leo will dafür das Thaiöl nutzen, mit dem er vor jedem Turnier eingerieben wird, und verbindet es mit der Vorstellung, seine Kühle würde die Schmerznerve zu 80% betäuben. Mehr nicht – denn wirklich gravierende Verletzungen soll er weiterhin bemerken. Den Druck der Treffer will er auch spüren, um seine Deckung anzupassen.

Dieses Mal ölt er sich in der Vorstellung ein. Dazu stellt er sich hin und stellt jeweils ein Bein auf den Stuhl – wie vor einem echten Kampf. Seine Augen schließt er. Ich teste durch beherztes Pieksen mit einer spitzen Gabel aus der Küchenschublade – kein Schmerz! Da es bis zum Turnier nur noch knappe zwei Wochen sind, bekommt Leo die Aufgabe, die hypnotische Anästhesie zweimal täglich für einige Minuten „trocken“ zu trainieren. Nach 5 Tagen soll er gleichzeitig in seiner Vorstellung einen realistischen Kampf über 10 Runden kämpfen – morgens dissoziiert, abends assoziiert, allerdings im Zeitraffer (Zeitverzerrung). Eine Woche später fühlt sich Leo mit der Anästhesie schon sicher. Zuhause habe er seiner kleinen Schwester erlaubt, ihn zu kneifen und zu schlagen – die habe ihm gerne „geholfen“. Leo hat die Anästhesie auch vor dem Sparring gemacht, mit Erfolg. Sein Trainer habe gelobt, er sei „mehr reingegangen“ als früher.

Im zweiten Schritt soll Leo versuchen sich in die Kämpferpersönlichkeit zu versetzen, die er braucht. Konkret versteht Leo darunter das Gefühl, ganz viel Erfahrung zu haben und einen eigenen Stil, der Sicherheit gibt. Ein lohnenswertes Ziel!

Ich entscheide, in Anlehnung an die Wunschelemente-Technik aus dem Züricher Ressourcen-Modell, zu arbeiten. Sie arbeitet ähnlich wie Donald Liggett (S. 68ff), wenn er kinästhetische Bilder nutzt, und lässt diese Bilder zusätzlich sehr systematisch trainieren.

Wir suchen ein Vorbild mit der perfekten Kämpferpersönlichkeit. Das ist Bruce Lee, sagt Leo, eindeutig. Eine Kämpfer-Persönlichkeit wie der, das wäre was! Der hat den Ring ganz selbstverständlich in Besitz genommen – als sei er sein Zuhause. „Der hat sich bestimmt nicht so viele Gedanken gemacht wie ich.“

Wir arbeiten im Stehen, wieder in der Teeküche. Leo imaginiert, Bruce Lee stünde ihm gegenüber. Mit einem Teil seiner selbst „beamt“ er sich nun in dessen Körper und Kopf (!) (Assoziation) und erspürt mit allen Sinnen (Visualisation und Halluzination), wie es sich anfühlt, Bruce Lee zu sein. Genial! Und nun, wie sich das anfühlt im Ring. Noch besser!

Nachdem Leo dieses Gefühl genau erkundet hat und sichtlich begeistert davon ist, bitte ich ihn, seinen eigenen Körper zu scannen, um herauszufinden, wo er das

Bruce-Lee-Gefühl am intensivsten spürt (Assoziation). Im Brustbereich! Nun lasse ich Leo das Gefühl in verschiedenen Sinnesmodalitäten beschreiben. Es ist gelb, kühl, wie Sirup, leicht aber „stabil“. Als nächstes lässt er es jetzt durch seinen ganzen Körper strömen, bis es sich perfekt anfühlt. Es strahlt in Leos Vorstellung sogar noch ein bisschen darüber hinaus. Um das neue Gefühl zu verankern, bitte ich Leo, mit den Augen zu rollen: Er soll mit beiden Augen kurz auf seine Nasenspitze zu schauen, und dann langsam immer weiter nach oben, als wolle er in seinen Schädel hineinschauen. Als es nicht mehr weitergeht, schließt er seine Augen und nimmt einen tiefen Atemzug. So schließt er die Übung ab.

Anschließend löst Leo eine Rechenaufgabe als Unterbrecher in Sinne der fraktionierten Trance und gleitet dann erneut in „sein“ (!) Bruce-Lee-Gefühl. Sobald er es spüren kann, wiederholt er das Augenrollen zur Verankerung. Das wiederholen wir einige Male, bis Leo die Aufgabe erhält, zuhause weiter zu üben, bis er insgesamt 10 Durchgänge absolviert hat. Das ist wichtig, damit es „zu seinem“ Gefühl wird, keine Vorstellung, sondern ein echtes Gefühl, ein Gefühl, das es „gewohnt sei, in Leos Körper und seinem Gehirn zu wohnen“. Leo nickt. Er wird es tun. Dann geht er wieder trainieren.

Leo verliert das Finale gegen einen überlegenen Gegner. Seinen Vorkampf aber hat er über 8 Runden gewonnen, trotz einiger Treffer, die ihn vor dem Coaching zum Aufhören bewegt hätten. Er hat sich die ganze Zeit gut gefühlt, „wie ein Fisch im Wasser“, trotz Aufregung vor seinem ersten großen Turnier.

Literatur der Verfasserin:

Liggett, D. *Sporthypnose: Eine neue Stufe des mentalen Trainings.* (2010) Heidelberg: Carl Auer.

Storch, M. & Cantieni, B. Hüther, G. & Tschacher, W. *Embodiment. Die Wechselwirkung von Psyche und Körper verstehen und nutzen.* (2010) Bern: Huber.

Storch, M. *Wunschbilder, die mich motivieren: die Wunschelemente-Technik des Züricher Ressourcen-Modells.* (2013) Vortrag auf dem DGH-Jahreskongress 2013 in Bad Lippspringe. Roge: AV Recording Service.«

Hypnose im Mentaltraining für Sportler – eine Übersicht

Autorin: Dipl.-Psych. Anke Precht / Fotos: DGH, shutterstock

Hypnose und Mentaltraining, Hypnose in der Sportpsychologie

Obwohl in den letzten Jahren vermehrt zum Mentaltraining im Sport veröffentlicht wird und sich immer mehr Sportler dafür interessieren, hat die Hypnose ihren Platz darin noch nicht gefunden. In den Veröffentlichungen von Deutschlands führenden Sportpsychologen (Eberspächer, Mayer und Hermann) wird Hypnose nicht genannt und es finden sich keine expliziten Hinweise auf die Nutzung von Hypnose, auch wenn in verschiedenen Übungssettings Imagination, Zeitverzerrung und Zeitprogression oder -regression eine Rolle spielen.

Auf der anderen Seite stehen Hypnotherapeuten, die ihre hypnotherapeutischen Kenntnisse auch Sportlern zur Verfügung stellen, darüber hinaus aber selten „Mentaltraining“ anbieten.

Doch gerade die Hypnose bietet durch ihren Zugang zu unbewussten und unwillkürlichen Prozessen die Möglichkeit, die gewünschten Veränderungen in weit kürzerer Zeit und mit weniger Aufwand zu erreichen als das mit Hilfe von Techniken der Fall ist,

die überwiegend bewusste Prozesse nutzen. Das klassische Mentaltraining basiert noch sehr stark auf einer Verbindung von Visualisierung und Gedankensteuerung mit Hilfe von Techniken aus der kognitiven Verhaltenstherapie. In der Regel liegt das Problem aber nicht in willkürlich-rational-bewussten Prozessen, sondern in unwillkürlich-unbewussten, wenn beim Sportler Wille und Körper nicht zusammenarbeiten.

AKZEPTANZ VON HYPNOSE BEI SPORTLERN UND NACHFRAGE

Die Akzeptanz der Hypnose ist bei Sportlern, die sich mental verbessern möchten, sehr hoch. Sportler konsultieren in der Regel den Experten, der ihnen empfohlen wird, um ein konkretes Ergebnis zu erreichen, und gehen davon aus, dass er ihnen helfen kann. Die Methode ist ihnen dabei egal. Eine langwierige Aufklärung über Hypnose ist deshalb meist nicht nötig und oft auch gar nicht erwünscht: Lieber gleich loslegen!

Die Bereitschaft zur Anwendung von Selbsthypnose ist hoch, vorausgesetzt, diese lässt sich zeitlich in die anspruchsvollen Trainingspläne einbauen. Sie findet zur intensivierten und beschleunigten Regeneration eine sehr hohe Akzeptanz. Häufig fragen Sportler selbst Hypnose und / oder Mentaltraining nach. Doch meist haben sie nur ein begrenztes Budget dafür. Eine Nachfrage durch Teams, Teamchefs

oder Trainer ist (noch) selten. Diese engagieren meist einen Sportpsychologen, wenn sie psychologisches Know-How einbinden möchten; so ist es z.B. der Fall in etwa der Hälfte aller Bundesliga-Männer-Fußballteams.

ANWENDUNG VON HYPNOSE IN VERSCHIEDENEN SPORTARTEN, EINZELN UND IN TEAMS

Hypnose kann in allen Sportarten fruchtbar angewendet werden. Ich selbst habe seit 2005 Hypnose in Rad-, (MTB und Straßen), Tanz-, Reitsport und Gespannfahren, verschiedenen Kampfsportarten, Golf, Fußball, Handball, Volleyball, Tauziehen, verschiedenen Laufdisziplinen sowie Schießsport eingesetzt.

Dabei habe ich die Erfahrung gemacht, dass spezifische Kenntnisse in der jeweiligen Sportart nicht unbedingt notwendig sind. Die Athleten können sehr genau sagen, wo „es klemmt“ und was sie brauchen und erklären gerne, worauf es in ihrem Sport ankommt.

EINZELCOACHING MIT HILFE VON HYPNOSE

Die Anwendung von Hypnose im Sportcoaching richtet sich sehr individuell nach den Bedürfnissen der Sportler. Klassische Anliegen sind das Abrufen von Flow-Zuständen in Wettkämpfen, die Verankerung von Zielen, eine verbesserte Regeneration, das

Verarbeiten und Utilisieren von Niederlagen, das Heilen von Traumata nach Verletzungen, die bestimmte Bewegungsabläufe „blockieren“, das Bahnen stärkender innerer Selbstgespräche sowie die Dissoziation von Schmerzen oder Fehlerpunkten. Des Weiteren wird eine optimale Einstellung des Erregungszustandes für verschiedene Phasen eines Wettkampfes, einen gelassener Umgang mit Angstgegnern oder sonstigen Ängste auslösenden Umständen angestrebt. Außerdem können mit Hilfe von Hypnose anspruchsvolle Bewegungsabläufe eingeübt oder Fehler in diesen korrigiert werden, zum Beispiel beim Aufschlag im Tennis. Auch taktische Fähigkeiten können trainiert werden. Außerdem fragen Sportler häufig Unterstützung für Motivation oder erhöhte Disziplin in anstrengenden Trainingsphasen nach. Für die Regeneration nach Verletzungen kann Hypnose zur Erleichterung und Beschleunigung von Heilungsprozessen, sowie für „Trockentraining“ genutzt werden.

Einen besonderen Stellenwert hat in der leistungsverbessernden Sporthypnose die Steuerung von Wahrnehmungsprozessen. So sollte z.B. ein Fußballer, der ein Tor erzielen möchte, die Lösung (das Tor) fokussieren und nicht das Problem (den Torwart). (Bartl)

In Teams wurde Hypnose bisher selten angewandt. Edgette und Rowan haben einen kurzen Abschnitt dazu geschrieben. Ich habe für ein Handballteam kurze Gruppentrancen genutzt, um die Vorstellung des Teams als „organisches Ganzes“ zu etablieren und ein geschmeidiges Zusammenspiel zu erreichen.

ANFORDERUNGEN AN DEN HYPNOTHERAPEUTEN

Der souveräne und flexible Umgang mit den verschiedenen Trance-Phänomenen (Assoziation – Dissoziation, Zeitprogression und -regression, Zeitverzerrung, Amnesie und Hypermnésie, Visualisierung und Halluzination, Anästhesie, Idiomotorik sowie die Arbeit mit Symbolen und Metaphern) ist für den Hypnotherapeuten die wichtigste Voraussetzung für ein erfolgreiches Coaching – und bedeutsamer als die Beherrschung von Standard-Techniken. Eigene Erfahrung mit Flow-Zuständen im Sport (s. Chiamulera) und der Nutzung von Wach-Aktiv-Trance ist sinnvoll.

Hypnotherapeuten, die mit Sportlern arbeiten möchten, sollten sich nicht davor fürchten, unter Zeitdruck zu arbeiten. So erlebte ich eines Dienstags folgenden Dialog am Telefon: Sportler (bereits bekannt): „Anke, ich kämpfe gegen den Typen, der mir letz-

tes Jahr die Nase gebrochen hat. Ich schlafe nicht gut.“ – A: „Wann ist der Wettkampf?“ – Sportler: „Am Samstag“. So etwas ist keine Seltenheit und macht den besonderen Reiz in der Arbeit mit Leistungssportlern aus. Die Herausforderung belohnen sie mit besonderem Engagement, Experimentierfreude und großem Fleiß bei „Trainingsaufgaben“, so dass die hohen Ziele auch erreicht werden können!

Literatur des Verfassers:

Bartl, R. Leistungsbeeinträchtigungen und Leistungssteigerung im Sport. In: Revenstorff, D. & Peter, B. Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin: Manual für die Praxis. (2000) Heidelberg: Springer.
Eberspächer, H. Mentales Training: Das Handbuch für Trainer und Sportler. (2012) Grünwald: Copress Sport.
Edgette, J., Rowan, T. Mental gewinnen – Hypnose im Sport. (2007) Heidelberg: Carl Auer.
Ligget, Donald. Sporthypnose – eine neue Stufe des mentalen Trainings. (2004) Heidelberg: Carl Auer.
Mayer, J. & Hermann, HD. Mentales Training: Grundlagen und Anwendung in Sport, Rehabilitation, Arbeit und Wirtschaft. (2015) Heidelberg: Springer. «



Die Autorin
Dipl.-Psych.
Anke Precht



Dipl.-Psych. Anke Precht

Anke Precht ist Diplom-Psychologin und arbeitet neben ihrer kurzzeittherapeutischen Privatpraxis in Offenburg als Mentalcoach für Sportler und berufliche Hochleister sowie als Rednerin. Ihre methodischen Schwerpunkte finden sich in der Hypnose und in der energetischen Psychologie.

E-Mail: anke@ankeprecht.de

Anker in der Zahnarztpraxis

ungewollt oder bewusst herbeigeführt

Autor: Zahnarzt Sebastian Knop, Dortmund / Fotos: DGH, shutterstock

Schon bei dem Gedanken an die Geräusche von Rosenbohrer und Turbine oder an die Gerüche von ChKM, Jod und Desinfektionsmitteln stellen sich bei vielen Menschen die Nackenhaare auf. Die unbewusste Assoziation von akustischen und olfaktorischen Sinneswahrnehmungen mit Zahnarzt und damit mit Schmerz oder Angst, ist ein Phänomen, das in der Hypnose als Anker bezeichnet wird. Anker spielen in der Zahnarztpraxis eine wichtige Rolle, die weit über die beiden genannten Beispiele hinausgehen.



ANKER IN DER HYPNOSE

Revenstorf definiert den Begriff „Anker“ als externen Auslöser für eine bestimmte Vorstellung¹. Im oben genannten Beispiel lösen der olfaktorische Reiz „Zahnarztgeruch“ und der akustische Reiz „Bohrgeräusch“ unbewusst Erinnerungen an einen früheren Zahnarztbesuch aus. Menschen, bei denen diese Anker negative Erinnerungen auslösen, sind die typischen Angstpatienten, die

schon beim Betreten der Praxis ins Schwitzen geraten.

KLASSISCHE ANKER IN DER ZAHNARZTPRAXIS

Neben diesen auch von Laien immer wieder angesprochenen Negativankern gibt es in jeder Zahnarztpraxis zahlreiche andere Anker, negative wie positive. Darüber hinaus kann der hypnotherapeutisch tätige Zahnarzt das Mittel des Ankers bewusst einsetzen.

Viele Patienten haben Angst beim Zahnarzt, da sie als Kind eine negative Erfahrung gemacht hatten. Dieses Negativerlebnis ist für sie mit dem Zahnarztgeruch, mit Bohrgeräuschen oder allgemein mit „Zahnarzt“ verankert. Die Negativerlebnisse aus der Kindheit vieler erwachsener Patienten kommen aber aus einer Zeit, als Zahnärzte „Halbgötter in weiß“ waren, der Patient noch nicht als mündig galt, der Servicegedanke in der Praxis noch fern war und der Umgang mit den Patienten entsprechend unfreundlich und herablassend war.

An dieser Stelle kann die moderne Praxis positive Anker entgegensetzen. Es fängt an bei der ersten Kontaktaufnahme mit der Praxis. Ein Patient, der durch seine unbewusst abgespeicherten Kindheitserlebnisse mit einer Zahnarztpraxis „unfreundlich“ und „herablassend“ assoziiert, kann schon am Telefon durch eine freundliche Stimme überrascht werden. Mit einer freundlichen Stimme ist für ihn vielleicht ein Telefonat mit einem Hotel, einem Restaurant oder einem Reisebüro verbunden, in jedem Fall also eine Situation, in der sich jemand um ihn als Kunden bemüht hat.

Auch die persönliche Begrüßung zielt in diese Richtung. Ein Handschlag, ein wohlwollender Blick, vielleicht sogar ein persönliches Wort sind Zeichen dafür, dass man als Mensch angenommen und ernst genommen wird. Keine Spur von Halbgott-Arroganz.

Auch die Atmosphäre in der Praxis kann als Anker dienen. Dabei muss man aber beachten, was man ausdrücken möchte. Die große (Gemeinschafts-)Praxis mit hektischer Betriebsamkeit steht im positiven Sinne für Fleiß, Produktivität und Erfolg, kann aber auch als unpersönlich und hektisch empfunden werden.

Die kleine Einbehandlerpraxis steht im positiven Sinne für persönliche Beziehung, Vertrauen und Familiarität, kann aber auch als antiquiert und unmodern empfunden werden.

Ebenso ist es mit dem Wartezimmer. Ein volles Wartezimmer kann als Erfolg oder Beliebtheit des Arztes angesehen werden aber auch für eine chaotische Praxisführung stehen, ein leeres Wartezimmer für eine gute Organisation oder für den Misserfolg des Arztes.

AUSSERGEWÖHNLICHE ANKER

Anker können natürlich auch völlig individuell sein. Kürzlich lernte ich einen ungewöhnlichen positiven Anker kennen. Ein Patient, bei dem ich eine Parodontalbehandlung machen wollte, hielt sich, als ich zum Betäuben ansetzte, mit der linken Hand sein linkes Ohr zu. Ich fragte mich, wozu er dies machte und tippte zunächst auf Kiefergelenkprobleme. Der Patient klärte mich dann aber selbst auf: Als er noch Kind gewesen sei, hätten ihm seine Eltern in schwierigen Situationen, v.a. beim, Arzt immer die Ohren zugehalten, damit er die Umgebungsgeräusche (übrigens auch ein Anker) nicht höre. Dies habe ihn beruhigt. Seither habe das Zuhalten der Ohren eine beruhigende Wirkung auf ihn. Diese Technik habe er dann als Erwachsener beibehalten. Dass er sich dabei nur ein Ohr zuhält, zeigt, dass es gar nicht um die Umgebungsgeräusche geht, sondern um das, was mit dem Ohrenzuhalten verankert ist.

HYPNOTHERAPEUTISCHE ANKER

Auch hypnotherapeutisch kann der Zahnarzt vielfach positive Anker setzen. Drei Beispiele möchte ich hier nennen: den Anker am Ende einer Zahnbehandlung in Trance, die Technik der Drei-Worte-Induktion und die Angsttherapie mittels kollabierender Anker.

Anker am Ende einer Zahnbehandlung:

Am Ende eine Zahnbehandlung in Trance einen Anker zu setzen, halte ich für äußerst wichtig, um zukünftige Zahnbehandlungen zu erleichtern. Manche Patienten kommen mit großer Angst in die Praxis, nachdem sie jahrelang den Zahnarztbesuch vermieden haben. Sie haben einen großen Leidensdruck, aber auch unvorstellbare Angst. Gelegentlich kommt es vor, dass sie weinend im Sprechzimmer stehen oder sitzen (wenn sie im Behandlungsstuhl Platz genommen haben, dann sitzen sie dort nicht richtig, sondern so gerade eben auf der Kante). Eine Untersuchung ist unmöglich, geschweige denn eine Behandlung.

Hier kann eine erste hypnotische Intervention sehr sinnvoll sein um Angstmechanismen zu durchbrechen. Aber auch bei der einen oder anderen Behandlung, vor der ein durchschnittlich ängstlicher Patient große Angst hat, kann Hypnose sehr nützlich sein.

In beiden Fällen ist ein Anker am Ende der Hypnosesitzung sehr hilfreich. So kann der Zahnarzt am Ende der Sitzung Folgendes sagen:

„Und jetzt, da alles geschafft ist, spüren Sie, wie stolz Sie auf sich sind. dass Sie so weit gekommen sind und was Sie heute geschafft haben. Lassen Sie dieses Gefühl des Stolzes durch Ihren Körper wandern und an einer Stelle Ihres Körpers können Sie dieses Gefühl besonders gut spüren. (...) Und wenn Sie diese Stelle gefunden haben, können Sie eine Hand darauf legen. (...) Und wann immer Sie wieder dieses Gefühl brauchen, um sich zu motivieren und sich Kraft zu geben, müssen Sie nur wieder diese Stelle berühren und das Gefühl des Stolzes, das Gefühl, dass Sie etwas schaffen können, kehrt wieder zu Ihnen zurück.“

Die Verankerung eines positiven Gefühls am Ende der Sitzung sollte bei keiner von Hypnose begleiteten Zahnbehandlung fehlen. Um Zeit zu sparen, kann dies auch kurz vor Ende der zahnärztlichen Behandlung geschehen, sofern die angstbesetzten Behandlungsschritte beendet sind. In Frage kommen beispielsweise die Okklusionskontrolle nach dem Legen einer Füllung, das Nähen nach einem chirurgischen Eingriff oder das Abnehmen des Kofferdams nach einer Wurzelbehandlung.

Drei-Worte-Induktion:

Eine Methode, die ohne großen Aufwand bei Angstpatienten verwendet werden kann, ist die Drei-Worte-Induktion. Dabei wird der Patient

zu Beginn gefragt, ob er sich an ein schönes Erlebnis erinnern und dem Zahnarzt drei Wörter nennen könne, die er mit diesem Erlebnis in Verbindung bringt, beispielsweise „Sonne, Strand, Meer“. Der Zahnarzt begleitet den Patienten mittels dieser Wörter an seinen Wohlfühlort und bittet den Patienten anschließend, selbstständig mit Hilfe dieser drei Wörter an diesem Ruheort zu bleiben oder jeden beliebigen anderen Ruheort aufzusuchen. Die drei von dem Patienten gewählten Wörter stellen somit einen Anker für ein angenehmes Gefühl und ein schönes Erlebnis des Patienten dar.

Kollabierende Anker:

Eine Methode des Angstabbaus, die nicht während der Zahnbehandlung erfolgt, sondern im Vorfeld, ist die Angstreduktion mittels kollabierender Anker. Kurz erklärt wird dabei die angstbesetzte Situation (beispielsweise die Zahnbehandlungssituation) an einer Körperstelle des Patienten (z.B. der linken Schulter) verankert, dagegen ein Ruheort, die Erinnerung an eine kraftpendende Situation, woanders (z.B. am rechten Handgelenk). Nach schrittweisem Training mit jedem einzelnen Anker lässt man schließlich beide Anker kollabieren, sodass der positive Anker den negativen abschwächt. So kann man beispielweise Angstpatienten, bei denen eine Zahnbehandlung gar nicht möglich ist, in einen behandlungsbereiten Zustand überführen. «



Der Autor
Zahnarzt
Sebastian Knop

Zahnarzt

Sebastian Knop, Dortmund

Seit 2002 ist Sebastian Knop als Zahnarzt in der Dortmunder Innenstadt in eigener Praxis niedergelassen. Er hat das Hypnose-Zertifikat im Jahr 2008 bei der DGH erworben und im Jahr 2010 das Curriculum Kinderzahnmedizin an der Haranni-Academie Heme absolviert. Als Autor schreibt er für die „Suggestionen“ und für „Praxisteam Professionell“ (IWW-Verlag).

www.zahnarztpraxis-knop.de

¹ Revenstorf, Peter: „Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin“, Springer-Verlag 2001, S.446



Die Atem-Selbsthypnose (nach Brian Alman)

Autor: Dipl.-Psych. Andreas Kruse / Fotos: DGH, shutterstock

Der Autor
Dipl.-Psych.
Andreas Kruse



Dipl.-Psych. Andreas Kruse

59 Jahre alt, verheiratet, Vater zweier erwachsener Töchter. Ich arbeite seit etwas mehr als 7 Jahren in der Klinik für Rheumatologie, Orthopädie und Schmerztherapie in Oberammergau als Psychologischer Psychotherapeut und Psychologischer Schmerztherapeut. D.h. ich arbeite mit Patienten mit chronischen Krankheiten, oft auch chronischen Schmerzen. Es bereitet mir viel Freude und Befriedigung, diese Menschen auf ihrem Weg zu einem erfüllten Leben mit meinen Kenntnissen unterstützen und begleiten zu können. Schwerpunkte meiner Tätigkeit sind therapeutische Gruppen (v.a. Schmerzbewältigung, Stressbewältigung) und therapeutische Einzelgespräche.

Auf dem Hypnotherapie-Kongress in Bad Lipp-springe 2015 hatte ich einen Workshop bei Brian Alman belegt (Self Hypnosis – An underestimated Tool ...). Dabei lernte ich die im Folgenden beschriebene Atem-Selbsthypnose kennen, die Brian Alman als einfachen Weg zur Selbsthypnose seiner Patienten auf dem Workshop vorstellte. Seither habe ich an meiner Arbeitsstelle (Klinik für Rheumatologie, Orthopädie und Schmerztherapie Oberammergau) diese Vorgehensweise sowohl im Einzelgespräch wie auch in Schmerzbewältigungsgruppen im Rahmen der Multimodalen Schmerztherapie häufig eingesetzt und damit ausgesprochen positive Erfahrungen gemacht.

HYPNOSEANLEITUNG

Im Laufe der Zeit habe ich die Übung ein wenig ausgebaut – inzwischen weiß ich nicht mehr, ob ich das so bei Brian Alman kennengelernt hatte oder ob anderswo kennengelernte Ansätze oder Intuition da mit eingeflossen sind. Mein „Standardtext“ (letztendlich für jeden Patienten ad hoc neu formuliert) lautet in etwa so:

» „Bitte machen Sie es sich jetzt so angenehm, wie es im Moment möglich ist, und versichern sich innerlich, dass Sie die Fachfrau/der Fachmann für Ihr eigenes inneres Erleben sind. Sie werden nur das mitmachen, was angenehm und wohltuend für Sie ist. Und dementsprechend auch jetzt für sich die Entscheidung treffen, ob es sich wohler anfühlt, wenn die Augen offen bleiben dürfen – dann verankern Sie Ihren Blick irgendwo hier im Raum, so dass er ausruhen darf – oder ob die Augen bei der Übung sich schließen wollen.“

» Und nun brauchen Sie überhaupt nichts mehr tun, nur Ihrem Atem zuschauen, dem Einatmen und Ausatmen (angepasst an den Atemrhythmus des Patienten), einatmen ... und ausatmen ..., nur zuschauen und so lassen, wie es ist ... einatmen... und ausatmen ..., einfach nur zuschauen ... einatmen ... und ausatmen ... nichts daran verändern, alles so lassen wie es ist, egal ob der Atem schnell und kurz oder langsam und tief ist ... einatmen ... und ausatmen ... so wie Sie nachts den Sternenhimmel beobachten, bei dem Sie auch nichts verändern können, nur schauen und staunen. Einatmen ... und ausatmen ... nur zuschauen ... so wie Sie auch am Meer den Wellen zuschauen, die kommen ... und gehen (angepasst an den Atemrhythmus des Patienten), einatmen ... und ausatmen.

» Und bei diesem genauen Zuschauen beim ... Einatmen ... und Ausatmen ... werden Sie später oder früher den Wendepunkt wahrnehmen, wo die Einatmung in die Ausatmung übergeht ... und die Ausatmung in die Einatmung ... Wendepunkte auf der Höhe des Einatmens ... und in der Tiefe des Ausatmens. Einatmen ... Wendepunkt

... Ausatmen ... Wendepunkt. Nur beobachten, nichts verändern. Einatmen ... Wendepunkt ... Ausatmen ... Wendepunkt.

» Und die Wendepunkte zu beobachten, erleichtert die Wahrnehmung, dass auf der Höhe ... oder der Tiefe eines jeden Wendepunktes ... so etwas erlebbar sein kann, wie ein kurzer Moment der absoluten Ruhe. Absolute Ruhe, in der gar nichts passiert, kein Einatmen und kein Ausatmen. Einfach nur Ruhe, eine ganz kurze Zeit vielleicht.

» Und diese Millisekunde der absoluten Ruhe zu bemerken, kann etwa sehr Wertvolles sein, wie wenn Ihr Körper da zu Ihnen spräche: „Schau doch her, (Vorname des Patienten), diese Ruhe, die du dir so sehr wünschst, sie ist doch schon längst in dir. Sie ist da, ganz klar, bei jedem Atemzug, auf der Höhe des Einatmens ... oder der Tiefe des Ausatmens ... Und jedes Mal, wenn du mir beim Atmen einfach nur zuschaust, zuschaust und gar nichts tust, nichts veränderst, da lasse ich dich an dieser Ruhe teilhaben, der Ruhe, die längst schon in dir ist, die längst schon in dir angelegt ist. Einatmen ... Ruhe (wenn sichtbar) ... Ausatmen ... Ruhe (wenn sichtbar – meist ist diese Mini-Ruhe stärker beim Ausatmen zu beobachten). Kostbare Momente der Ruhe, längst in dir vorhanden, in dir angelegt, bei jedem Atemzug. Und du kannst es bemerken, wenn du mir und dir beim Atmen einfach nur zuschaust.“

» Und vielleicht wäre es angenehm, beim Ausatmen den eigenen Namen mitfließen zu lassen, Ihren Namen, den Namen, der Sie bezeichnet: Ihr Vorname, zweiter Name, ein Spitzname oder Kosenamen. Einatmen ... ausatmen, Ihr Name ... einatmen ...

ausatmen, Ihr Name ... (Ruhe) ...

» Und vielleicht wäre es auch angenehm, beim Einatmen einen Wunsch, ein Wort mitfließen zu lassen, etwas, was Sie tief in sich gerne erleben würden. Und wenn ich jetzt einige solcher Worte nenne, dann werden Sie anhand Ihrer körperlichen Reaktion merken, ob dieses Wort, dieser Wunsch zu Ihnen passt oder auch nicht. Einatmen, Ruhe ... ausatmen, Ihr Name (2x) ... einatmen, gelassen ... ausatmen, Ihr Name (2x) ... einatmen, Liebe ... ausatmen, Ihr Name (2x) (weitere Beispiele möglich, je nach Zeit, angepasst an den Patienten).

» Und wenn Sie mich dann demnächst von 3 auf 1 zählen hören, dann werden Sie auf Ihre Weise die Übung beenden, vielleicht mit einem angenehmen Dehnen, Räkeln und Strecken. 3, 2 und 1.

Häufig kommen Patienten nach dieser Übung zurück mit einem zufriedenen Lächeln im Gesicht – wie ein Kind, das zufrieden aus dem Schlaf aufwacht. Im Rückblick werden dann Empfindungen von Ruhe, Wärme, Schweben, Lösen etc. genannt. Idealerweise setzen Patienten diese Übung dann bei den sich ergebenden Wartezeiten in der Klinik ein; die dann berichteten Erfahrungen sind überwiegend positiv.

Teilweise sind auch intensivere Reaktionen zu beobachten, wie beispielsweise Weinen. Hier gilt es natürlich nachzufragen, ggf. die Übung schneller zu beenden, und mit dem Aufgetauchten therapeutisch weiterzuarbeiten.

Insgesamt gesehen ist diese Übung inzwischen für mich so eine Art hypnotherapeutisches Vademecum geworden – eine Übung, die ich gerne und häufig einsetze, um Patienten schnell ein Erleben eigener Kompetenz in Sachen Zur-Ruhe-Kommen zu ermöglichen. «

Buchbesprechung:

Autoren: Dr. Agnes Kaiser Rekkas, Peter Dünninger / Fotos: DGH, shutterstock

Angelika Eck (Hrsg.)

» DER EROTISCHE RAUM Fragen der weiblichen Sexualität in der Therapie

Alle Kapitel sind gut verständlich und sympathisch zu lesen.

Im theoretischen Teil regt selbst der Anatomieunterricht mit den ‚wilden Gärten weiblicher Lust‘ und den ‚Palastanlagen‘ zu herrlichen Phantasien an, thematisiert aber auch offen und frei alle Arten von Störungen im erotischen Begehren oder im Ablauf des sexuellen Aktes, sei es einfache Unlust oder tiefe Hemmung, die mögliche Beeinträchtigung sexuellen Verlangens durch Verhütung, in der Schwangerschaft und nach der Geburt. Berücksichtigt wird aber ebenso der durchaus legitime und so oft artikulierte einfache Wunsch nach ‚mehr Intensität und Erfüllung in der Sexualität‘.

Treffende Fallbeispiele lassen dem Leser Dilemmata von ‚Wollenwollen‘, der Frage nach dem ‚Sex worth wanting?‘ und den falschen inneren Bildern oder Worten glasklar werden.

Der praktische Teil mit therapeutischen Interventionen bei den unzähligen beschriebenen Symptom- und Beschwerdebildern beginnt – ähnlich wie im wirklichen Liebespiel – vorsichtig und mit geradezu unschuldigen Tranceanleitungen, fernab von Sex: ‚Der innere Raum‘ und ‚Die Begegnung mit der inneren Frau‘.

Ressourcenorientiert geht der praktische Teil dann aber flott mit unzähligen, oft hypnotherapeutischen Techniken weiter: das Spiel mit dem ISS (Idealen sexuellen Szenario), die Umformulierung innerer Dialoge, muntere Gespräche mit der lustvollen Frau in sich, die Anbahnung oder auch Zügelung von Fantasien, die schöne, altbewährte ‚Wunderübung‘ und therapeutische Hausaufgaben. ‚Turbo-Booster‘ gehören ebenso zum Lernrepertoire wie auch das Intensivieren von Lustempfinden für Fortgeschrittene mit dem ‚Crashkurs in vaginaler Erregbarkeit‘.

WARNUNG:

Der erotische Raum ist ein orgiastisches Fachbuch zur Sexualität der Frau.

Kaufen Sie es schnell, bevor es vergriffen ist! Aber wägen Sie gut ab, wann Sie mit dem Lesen beginnen. Lassen Sie es vor-

sichtshalber erst mal ein paar Nächte auf Ihrem Nachttisch rumliegen und dann Ihr Unbewusstes entscheiden!!

Agnes Kaiser Rekkas

Agnes Kaiser-Rekkas:

» VOLLMOND AM STRAND – Hypnotische Sprache in 70 Tranceanleitungen Carl-Auer, Heidelberg 2015

Ja, ich gestehe, dass ich ein Fan bin und daher vielleicht nicht ganz unvoreingenommen. Das vorliegende Buch ist jedenfalls wieder ein typisches Werk von Agnes, diesmal vielleicht mit noch etwas weniger Theorie als in den vorherigen (die auch schon nicht gerade übertrieben „theorielastig“ waren), allerdings schon mit Erläuterungen und Überleitungen zwischen den einzelnen Kapiteln und Trancetranskripten.

Diese Tranceanleitungen sind dann auch der Hauptinhalt und das Besondere des Buches. Für eine ganze Reihe exemplarische Patientenfälle werden die entsprechenden Interventionen in aller Ausführlichkeit dargelegt. Natürlich wird man nicht alles wörtlich in die eigene Praxis übernehmen können, dafür sind die Induktionen zu individuell und die Meisterschaft, mit der sie dargeboten werden, auch kaum nachahmlich, aber man kann sich anregen und mitreißen lassen von der Fantasie und Eloquenz, die hier dargeboten wird. Man wird auch das Buch nicht wie einen Roman in einem Zug durchlesen können, sondern muss die Abschnitte sich wie Konfekt einzeln auf der Zunge zergehen lassen. Wem soll man das Buch empfehlen? Allen, die sich mit Hypnose und Hypnotherapie befassen? Ja, solange sie selbst innerlich so gefestigt sind, dass sie sich von der gezeigten Perfektion nicht erschrecken lassen und es als Inspiration und Anregung auffassen können, ohne zu glauben, damit konkurrieren zu müssen. Meinen Neid hat es jedenfalls redlich verdient!

Peter Dünninger



mit Agnes Kaiser Rekkas

Kaiser Rekkas, Agnes, Dr. rer. biol. hum., Dipl.-Psych., München, Studium der Psychologie an der FU Berlin. Zertifikat in systemischer Therapie (Institut Weinheim) und Klinischer Hypnose. Eigene Praxis in München und Lehrtätigkeit in Klinischer Hypnose und Hypnotherapie im deutschen Sprachraum. Dozentin und Supervisorin der DGH, Fortbildungszentrum München, Vizepräsidentin der DGH. Mehrere Publikationen und therapeutische CDs.

Kerstin Lüdke und Christian Lüdke:

» MAHL ZEIT FÜR MICH LEBEN – Lieben – Arbeiten Rezepte für jede Lebenslage, Heidelberg 2014

Wer schon immer ein „Kochbuch“ für alle Lebenslagen gesucht hat, kann hier im doppelten Wortsinn fündig werden. Angelehnt an die Tradition alter Kochbücher, die neben Anleitungen zum Zubereiten von Speisen oft auch Lebens- und Benimmregeln beinhalteten, verbindet das Ehe-/Autorenpaar Lüdke in humorvoller Weise Koch- und Lebensrezepte. Dabei wird, wie schon im Titel, fleißig mit Wortspielen gearbeitet. Dadurch liest sich das Ganze sehr abwechslungsreich und amüsant. Der bei so vielen psychologischen Ratgebern im Hintergrund dräuende, erhobene Zeigefinger fällt hier überhaupt nicht auf. Konkrete Ratschläge und praktische Verhaltensanweisungen für die einzelnen Problemfelder werden zwar durchaus erteilt, durch die Verpackung und Einbindung in die Kochrezepte wirken sie aber indirekter und eingängiger. Die sehr systematische Gliederung erleichtert auch das Lesen in einzelnen, leichter verdaulichen „Häppchen“. Das Buch kann und wird natürlich keine Psychotherapie

ersetzen. Wer aber seinen Freunden, Familienangehörigen, Klienten, Patienten (oder vielleicht gar sich selbst?) auf humorvolle Art einen Schubs in die (therapeutisch) richtige Richtung geben oder sie wenigstens ein wenig ins Grübeln bringen will, ist mit dem Buch sicher gut bedient. Und wenn´s mit der Psychologie nichts wird, schmecken wenigstens die Kochrezepte! Gutes Essen wirkt ja auch stimmungsaufhellend.

Peter Dünninger

Jeffrey K. Zeig:

» HYPNOTISCHE INDUKTIONEN – Das Hervorrufen von Ressourcen und Potentialen in Trance, Carl-Auer, Heidelberg 2015

Jeff Zeig kenne ich schon eine Weile und habe auch schon mehrere seiner Seminare mit Genuss und Gewinn besucht. Als darum der Carl-Auer-Verlag mir sein neues Werk zur Rezension anbot, habe ich sofort zugeschlagen, mir ein ruhiges Plätzchen gesucht und das Werk voller Vorfreude zur Hand genommen. Der Klappentext hat die Erwartungshaltung noch gesteigert: es soll das fundamentale neue Erickson´sche Modell des Hervorrufens hypnotischer Trance (Elizitation) im Gegensatz zur standardi-

sierten, von außen gesteuerten Einleitung (Induktion) hypnotischer Zustände dargestellt werden. Es sei lebendig geschrieben, voller unterhaltsamer Geschichten und ausführlicher Beschreibungen von Techniken und Praxisbeispielen.

Solcherart eingestimmt, begann ich mit der Lektüre. Die Hochstimmung erfuhr aber alsbald ein paar empfindliche Dämpfer: ja, es ist ein gutes Buch, es ist kenntnisreich, es ist informativ und großenteils unterhaltsam geschrieben. Was allerdings als so fundamental neu angepriesen war, ist vermutlich zu Zeiten Ericksons aufregend gewesen, dass nämlich der Therapeut die Trance nicht von oben her standardisiert induziert, sondern im Klienten sich quasi entstehen lässt, was im Buch mit dem Begriff „Elizitieren“ beschrieben wird (ein Begriff, der sich bei Erickson nicht findet). Außerdem wird immer wieder auf die Unterschiede des Vorgehens Ericksonianischer Therapeuten vs. Traditioneller Therapeuten eingegangen. Hier fragt man sich, ob eventuell die Situation in den USA so anders ist als bei uns, wo es Hypnotherapeuten, die ausschließlich mit direkten Induktionen und Suggestionen arbeiten, außer bei Laienhypnotiseuren, praktisch nicht mehr gibt. Und gerade

da, wo der Autor seine Stärken ausspielen könnte, bei indirekten Induktionen und Suggestionen mit Wortspielen und Mehrerebenen-Kommunikation, schlägt erbarungslos der deutsche Übersetzer zu. Ja, es ist schwierig, so etwas zu übersetzen, aber einige Male muss man sich erst überlegen, wie der Satz auf amerikanisch hätte heißen können, um hinter den Sinn zu kommen. Beispiel S. 112, (es soll indirekt eine Armlevitation induziert werden): „Sie können auf entwaffnende Weise entdecken, dass Hypnose ein erhebendes Gefühl ist...“ ??? Wenn man es sich vorstellt, dass es im Original heißen könnte: „You may find in an un-arming way that hypnosis is an uplifting sensation.“ dann wird ein Wortspiel daraus. Da ist es dann auch nur noch ein peripheres Ärgernis, dass die im Buch mehrfach erwähnte, von mir hochgeschätzte Kay Thompson penetrant in der männlichen Form apostrophiert wird.

FAZIT: Wer noch nicht allzu viel über die Erickson´sche Hypnose weiß, bekommt gut lesbar eine Menge Informationen. Wer sich besser auskennt und zudem vielleicht des Englischen einigermaßen mächtig ist, ist mit der Originalversion des Buches sicher besser bedient.

Peter Dünninger



mit Peter Dünninger

Dünninger, Peter, Dr. med. dent., Münchberg

Seit 30 Jahren Anwendung von klinischer und experimenteller Hypnose. Dozent, Supervisor und ehemaliges Vorstandsmitglied der DGH, personal member der ISH, über 50 wissenschaftliche Publikationen. Seit 1992 zahnärztliche Gemeinschaftspraxis mit der Ehefrau in Münchberg/Oberfranken.



Computer statt Couch – Die wirksame Hilfe aus dem Netz

Autor: Dr. phil. Christian Lüdke / Fotos: DGH, shutterstock

Lange ging man davon aus, dass bei der Behandlung psychischer Störungen Menschen anderen Menschen nur im direkten Kontakt helfen können. Doch zunehmend werden Therapien über das Internet angeboten und das sogar erstaunlich effektiv. Online-Therapien ergänzen den Therapeuten – oder ersetzen ihn, sogar mit Erfolg. Therapie ohne Therapeut? Kann das funktionieren?



Der Autor
Dr. phil. Christian Lüdke



Dr. phil. Christian Lüdke
Jahrgang 1960 (luedke.de), Klinischer Hypnotherapeut (DGH), Geschäftsführer der Terapon Consulting GmbH. Lüdke entwickelte eine präventive Onlinetherapie (www.terapi.de), die von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert wurde und das Prüfsiegel „Deutscher Standard Prävention“ erhielt.
E-Mail: christian.luedke@terapon.de

Es ist mittlerweile unumstritten, dass das Medium Internet auch zu therapeutischen Zwecken genutzt werden kann.

Bei den im Internet angebotenen Beratungs- und Therapieansätzen handelt es sich in vielen Fällen um onlinebasierte Selbsthilfe (self-help), ohne irgendeinen Input von Klinikern oder Fachtherapeuten. Bei den Programmen finden sich teilstandardisierte Programme mit einer angeleiteten Selbsthilfe (guided self-help) oder Programme mit minimal contact treatments, zumindest mit einem Therapeuten im Hintergrund. Bei allen Programmen handelt es sich aber mehr um Beratung als um Therapie, denn in Deutschland gilt nach wie vor das Fernbehandlungs-Verbot, das es Psychotherapeuten grundsätzlich untersagt, Therapi-

en ausschließlich online durchzuführen. Nur in Studien ist die reine Online-Therapie erlaubt. Inzwischen gibt es immer mehr Studien, die die Wirksamkeit in der Prävention und Behandlung von Onlinetherapien nachweisen.

Die Geschichte der Online-Therapie ist allerdings noch sehr jung, vergleicht man sie mit der Geschichte der Psychotherapie und Hypnotherapie überhaupt. Seit Ende der 1990er Jahre wurden erste Studien durchgeführt, wie zum Beispiel zu Interapy. Inzwischen liegen eine ganze Reihe belastbarer und aussagekräftiger Daten zur Onlinetherapie vor. Im europäischen Ausland ist die Online-Therapie bereits im regulären Versorgungssystem integriert (z.B. Interapy in den Niederlanden und „Fearfighter“ & „Beating the blues“ in Großbritannien und Schweden).

Bei strukturierten Programmen sind Email und PC vor allem das Arbeitsmedium für die Patienten. Sie bearbeiten am PC therapeutische Trainingsaufgaben und können per Email mit ihren Therapeuten elektronisch kommunizieren. Werden dabei die Ergebnisse der Trainingsaufgaben im Dialog aufgearbeitet, spricht man von einer Internettherapie. Die strukturierten Programme basieren fast alle auf bewährten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieansätzen, die durch ihren modularartigen, standardisierten Aufbau leicht internetfähig zu machen sind. Neben Informationen allgemeiner Art zu verschiedenen Störungsbildern bieten sie Übungen und vermitteln Techniken, mithilfe derer kognitive und emotionale Lernprozesse ausgelöst werden sollen. Hier wird in der Therapie nicht wirkliches Neuland betreten, sondern lediglich ein zwischengeschaltetes Medium benutzt und zwar sehr effektiv.

„Menschen brauchen Menschen.“

Dabei gibt es auch keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Beziehungsqualität zum Therapeuten bei der Onlinetherapie oder in der ambulanten Therapie. Befragungen von Onlinetherapie-Nutzern zeigen, dass sie durchweg eine positive Bewertung der therapeutischen Beziehung

abgeben. Die therapeutische Beziehung im Internet wurde durchschnittlich bereits nach der 4. Sitzung als hoch eingeschätzt und verbesserte sich noch im Verlauf bei weiteren Interventionen.

Auch die Behandlungszufriedenheit der Onlinetherapie-Nutzer ist mehr als signifikant. Gefragt, wie die Online-Patienten es erlebt haben, dass der Kontakt zum Therapeuten nur über das Internet stattfand, beantworteten knapp 90% der Befragten mit „angenehm“. Die Frage danach, welchen Charakter der Kontakt zwischen dem Patienten und ihrem Therapeuten hatte, beantworteten 84% mit „persönlich“.

Bedenkt man, dass Schätzungen zufolge in Deutschland 50% aller psychischen Störungen unbehandelt bleiben, kann mit einer Onlinetherapie eine wichtige Versorgungslücke geschlossen oder zumindest effektiv überbrückt werden. «

PRO UND CONTRA DER ONLINETHERAPIE



PRO:

- » Die Wirksamkeit ist wissenschaftlich belegt
- » örtliche, räumliche und zeitliche Unabhängigkeit und Flexibilität
- » Anonymität des Patienten mit einer geringeren Hemmschwelle zur Inanspruchnahme und Öffnung im Kontakt
- » präventiv als auch kurativ einsetzbar Erreichbarkeit von vielen Menschen
- » zielgruppenorientierte Angebote für Mitbürger mit Migrationshintergrund in deren Sprache



CONTRA

- » Begrenzte diagnostische Möglichkeiten
- » Eher für klar begrenzte Störungsbilder
- » Keine akute Krisenintervention möglich
- » Begrenzte Möglichkeit der unmittelbaren Reaktion
- » Keine non-verbale Signale
- » Potential für Missverständnisse
- » Reduzierte Emotionalität
- » Reduzierte Möglichkeit zwischenmenschlicher Erfahrungen

SCHLUSSBEMERKUNG

Onlinetherapien entwickeln sich mehr und mehr zu einer wirksamen und sinnvollen therapeutischen Unterstützung mit viel Zukunft. Dabei sollte an einer differenzierten, für den Patienten erkennbaren Unterscheidung von Beratungsprogrammen, Präventionsmaßnahmen und Therapien gearbeitet werden. Gleichzeitig müssen die Rahmenbedingungen wie Datenschutzerfordernisse, Aufklärung des Patienten und Abschluss von Therapieverträgen, Erlaubnis zur Fernbehandlung und Ausschlusskriterien von Patienten, Bezahlung ecetera noch klar geregelt werden. Unter diesen Bedingungen halte ich eine Aufnahme der Onlinetherapie in die Regelversorgung für sinnvoll. Die konservative Psychotherapie aber wird sie nie vollständig ersetzen können. **Menschen brauchen Menschen.**

Literatur / Studien können beim Autor angefordert werden.

Die Vermessung der Hypnose im Kaltwassertest – das experimentelle Design

Autorin: Marie-Sophie Wörseck / Fotos: DGH, shutterstock

Gibt es einen stärkeren Convincer für einen Neuling in der Hypnotherapie als die Handschuhanästhesie? Für mich nicht. Jüngst angekommen in der Hypnose und ihr stets skeptisch gegenüber stehend, machte ich sie zum Thema meiner Masterarbeit. Ja, ein Schmerzexperiment sollte es werden. Denn wo sonst sieht man unmittelbar, ob Hypnose nun wirkt oder nicht?

Ich entschied mich dazu einen Klassiker der Schmerzexperimente zu replizieren: den Kaltwassertest. Fasziniert von dem MDR Beitrag mit Dr. Ron Sturm, war ich gespannt, ob es denn auch bei mir klappen würde. Also untersuchte ich 60 Versuchspersonen und ließ sie, solange wie es ihnen möglich war, ihre Hand in 3°C kaltes Wasser halten. Den Kaltwassertest durchliefen sie zwei Mal in randomisierter Reihenfolge: einmal mit Hypnose und einmal mit einem Kon-

trolltext. Unter der Hypnosebedingung erhielten die Versuchspersonen eine Tranceinduktion und spezifische Suggestionen vor und während des Eintauchens der Hand im Eiswasser. Hierbei wurde ihnen ein imaginativer Handschuh mit Oberflächenanästhetikum suggeriert und ein Wohlfühlort etabliert. In der Kontrollbedingung wurde ein Blumensachtext vorgetragen, um eine bessere Vergleichbarkeit zur Hypnosebedingung zu gewährleisten.

Während des Kaltwassertests wurde mit einer Stoppuhr gemessen, wie lange die Versuchsperson es schaffte, ihre Hand im Eiswasser zu halten. Die maximale Dauer betrug 170s, danach wurde der Durchgang aus gesundheitlichen Risiken vom Versuchsleiter beendet. Im Anschluss beurteilte die Versuchsperson ihren maximalen Schmerz auf einer visuell analogen Skala von 0 bis 100. Dabei interessierte mich sowohl der sensorische Schmerz („Wie stark war der Schmerz?“), als auch seine affektive Komponente („Wie unangenehm war der Schmerz?“). Erwartet wird, dass Versuchspersonen unter der Hypnosebedingung ihre Hand länger im Wasser halten und weniger Schmerz angeben als unter der Kontrollbedingung.

Da mir diese Maße allein jedoch nicht reich-

ten – schließlich können mir die Versuchspersonen ja lediglich wohl gesinnt sein – sollten objektive und wenig manipulierbare Daten überzeugen. Dafür verkabelte ich die Versuchspersonen vorab, um zusätzlich mittels psychophysiologischer Reaktionen die Wirksamkeit der Hypnose zu (ver)messen. Betrachtet wurden ihre Herzrate, der Hautleitwert und die Gesichtsmuskelaktivität, während sie ihre Hand in das Eiswasser hielten.

Zur Messung der Herzrate mittels Elektrokardiogramm (EKG) wurden den Versuchspersonen drei Elektroden auf den Oberkörper appliziert. Die Herzrate gilt als ein zuverlässiger vegetativer Indikator für Schmerz, allerdings ist ihre Reduktion mittels Hypnose während der Schmerzphase umstritten (Barber & Hahn Jr, 1962; De Pascalis & Perrone, 1996; Hilgard, 1967; Hilgard & Morgan, 1975; Lenox, 1970; Rainville, Carrier, Hofbauer, Bushnell & Duncan, 1999). In meinem Versuch möchte ich untersuchen, ob sich die Herzrate während des Kaltwassertests mittels Hypnose reduzieren lässt und Versuchspersonen somit körperlich weniger Stress erleben. Ebenso stellt der Hautleitwert, welcher über zwei Elektroden am Finger abgeleitet wurde, einen guten Schmerzindikator dar (Chapman und Kollegen, 2001). Genauer gesagt korreliert die Anzahl der Hautleitwertreaktionen positiv mit Schmerz (Le-

dowski und Kollegen, 2007; Storm, Shafiei, Myre & Raeder, 2005). Daher sollten Versuchspersonen unter der Hypnosebedingung weniger Hautleitwertreaktionen zeigen als unter der Kontrollbedingung.

Eine recht neue Methode zur objektiven Erfassung des Schmerzes bildet die Gesichts-Elektromyographie (EMG), welche die Muskelaktivität mittels im Gesicht angebrachter Elektroden misst (Wolf und Kollegen, 2004). Der Grad der Muskelanspannung spiegelt hier den Schmerz ausdruck wider. Auf Grundlage der Studie von Kunz, Lautenbacher, LeBlanc und Rainville (2012) entschied ich mich dafür folgende Muskeln zu untersuchen: Corrugator Supercilli (Augenbrauen zusammenkneifen), Orbicularis Oculi (Augen zusammenkneifen), Levator Labii Superioris (Nase rümpfen) und Masseter (Zähne zusammenbeißen). Die Hypothese lautet, dass Versuchspersonen unter der Hypnosebedingung weniger Muskelanspannung aufweisen (also weniger Schmerz zeigen), als jene unter der Kontrollbedingung. Außerdem wird erwartet, dass je geringer Versuchspersonen ihren sensorischen Schmerz beurteilen, desto weniger angespannt sind ihre Muskeln Orbicularis Oculi und Masseter. Und je geringer sie ihren affektiven Schmerz beurteilen, desto weniger sind Corrugator Supercilli und Levator Labii Superioris angespannt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Versuchspersonen unter der Hypnosebedingung ihre Hand länger im Eiswasser halten, weniger Schmerz angeben und ebenso physiologisch weniger Anspannung zeigen sollten (geringere(r) Herzrate, Hautleitwert und Gesichtsmuskelaktivität) als unter der Kontrollbedingung. Ich könnte mir jedoch vorstellen, dass diese Effekte zwischen Personen variieren und im Zusammenhang mit ihren individuellen Merkmalen stehen, deswegen möchte ich zusätzlich die Herzratenvariabilität und Schmerzängstlichkeit als Moderatoren aufnehmen. Vielleicht profitieren Personen vor allem dann von externer Hilfe wie Hypnose, wenn sie eine niedrige Fähigkeit zur Selbstregulation aufweisen. Diesbezüglich ist bereits bekannt, dass eine niedrige Fähigkeit zur Selbstregulation mit einer niedrigen Herzratenvariabilität assoziiert ist (Segerstrom & Nes, 2007). Deswegen nehme ich an, dass meine Hypnoseintervention bei Versuchspersonen mit niedriger Herzratenvariabilität einen größeren Effekt erzielt. Ebenso

ausgehend von der Annahme, dass man bei schmerzängstlichen Personen durch eine Intervention mehr Schmerz reduzieren kann, erwarte ich bei ihnen einen größeren



Elektrophysiologische Untersuchung der Probandin vor und während des Tests

Effekt zwischen den Bedingungen als bei wenig schmerzängstlichen Personen. Dies war ein kurzer Einblick in den Aufbau meines Experiments, meiner interessierenden Variablen sowie meiner Hypothesen. Derzeit analysiere ich die Daten. Eines kann ich anhand meiner Beobachtungen allerdings schon vorweg nehmen: die Versuchspersonen hielten ihre Hand tatsächlich länger im Eiswasser unter Hypnose als unter der Kontrollbedingung. Es funktioniert also wirklich! Ich hoffe Sie sind genauso gespannt wie ich auf die folgenden Ergebnisse in der kommenden Ausgabe der Suggestionen.

Literatur der Verfasserin:

Barber, T. X., & Hahn Jr, K. W. (1962). Physiological and subjective responses to pain producing stimulation under hypnotically-suggested and waking-imagined analgesia. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65(6), 411.
Chapman, C. R., Nakamura, Y., Donaldson, G. W., Jacobson, R. C., Bradshaw, D. H., Flores, L., & Chapman, C. N. (2001). Sensory and affective dimensions of phasic pain are indistinguishable in the self-report and psychophysiology of normal laboratory subjects. *The Journal of Pain*, 2(5), 279-294.

De Pascalis, V., & Perrone, M. (1996). EEG asymmetry and heart rate during experience of hypnotic analgesia in high and low hypnotizables. *International Journal of Psychophysiology*, 21(2), 163-175.

Hilgard, E. R. (1967). A quantitative study of pain and its reduction through hypnotic suggestion. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 57(6), 1581.

Hilgard, E. R., & Morgan, A. H. (1975). Heart rate and blood pressure in the study of laboratory pain in man under normal conditions and as influenced by hypnosis. *Acta Neurobiologiae Experimentalis*, 35(5-6), 741-759.

Kunz, M., Lautenbacher, S., LeBlanc, N., & Rainville, P. (2012). Are both the sensory and the affective dimensions of pain encoded in the face? *Pain*, 153(2), 350-358.

Ledowski, T., Bromilow, J., Wu, J., Paech, M., Storm, H., & Schug, S. (2007). The assessment of postoperative pain by monitoring skin conductance: results of a prospective study*. *Anaesthesia*, 62(10), 989-993.

Lenox, J. R. (1970). Effect of hypnotic analgesia on verbal report and cardiovascular responses to ischemic pain. *Journal of abnormal psychology*, 75(2), 199.

Rainville, P., Carrier, B. t., Hofbauer, R. K., Bushnell, M. C., & Duncan, G. H. (1999). Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain*, 82(2), 159-171. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00048-2

Segerstrom, S. C., & Nes, L. S. (2007). Heart rate variability reflects self-regulatory strength, effort, and fatigue. *Psychol Sci*, 18(3), 275-281. doi:10.1111/j.1467-9280.2007.01888.x

Storm, H., Shafiei, M., Myre, K., & Raeder, J. (2005). Palmar skin conductance compared to a developed stress score and to noxious and awakening stimuli on patients in anaesthesia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 49(6), 798-803.

Wolf, K., Raedler, T., Henke, K., Kiefer, F., Mass, R., Quante, M., & Wiedemann, K. (2004). The face of pain—a pilot study to validate the measurement of facial pain expression with an improved electromyogram method. *Pain research & management: the journal of the Canadian Pain Society= journal de la société canadienne pour le traitement de la douleur*, 10(1), 15-19. ◀

Die Autorin
Marie-Sophie
Wörseck



Marie-Sophie Wörseck

Masterstudentin an der Humboldt Universität (HU) zu Berlin. In Ausbildung bei der DGH seit 2015. Stipendiatin der DGH für das beschriebene Projekt. Betreut von Prof. Dr. Ursula Hess (HU) und Dr. med. Michael Teut (DGH). marie@worseck.de

Neue Mitglieder der DGH

Herzlich willkommen in der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e. V.

Dr. med. Hussein Al-Warirh, Minden
 Arzt Reinhard Andriske, Castrop-Rauxel
 Dr. med. Lidia Arabagi, Gundelfingen
 Ärztin Olga Ballach, Meilen
 Dipl.-Psych. Anton Baur-Benner, Breisach
 Dr. med. Anne Becher, Berlin
 Arzt Philipp Becker, Münster
 Dr. med. Tim Beckmeier, Münster
 Dipl.-Psych. Sofija Bergmann, Rottweil
 Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Johannes Bernarding, Berlin
 Dipl.-Psych. Alwine Birkenbihl, Köln
 Dr. med. Günther Bogner, Neumarkt
 Arzt Fernando-Mathias Bollmann, Stuttgart
 Dipl.-Psych. Jana Brüning-Hempelmann, Salzkotten
 Dipl.-Psych. Stefan Bucher, Ulm
 Dipl.-Psych. Andrea Cersovsky, Münster
 Dr. med. Jana Czymbek-Demantowsky, Dortmund
 Dr. med. Angelika Demel, Günzburg
 Dr. med. univ. PLL.M. Georg Dimou, Wien
 Dr. med. univ. Elke Dimou, Wien
 Prof. Dr. Michael Doppelmayr, Mainz
 Dipl.-Psych. Dorothee Drees, Köln
 Ärztin Elisabeth Eißner, Waldsassen
 Ärztin Mandy Engler, Stolzenhagen
 Dr. rer. nat. Markus Felder, Innsbruck
 Arzt Frank Goebel, Wuppertal
 Ärztin Dagmar Elisabeth Götz, Königswinter
 Dipl.-Soz. Arb. Ute Griesenbeck, KJP, Magdeburg

Dr. med. Jennifer Haensel, Hamburg
 B.Sc. Thilo Hartmann, Berlin
 Dr. med. Atel Hemat, Erfstadt
 Dipl.-Psych. Marissa Hiltermann, Darmstadt
 Dipl.-Psych. Dorothea Hoffmeister, Marburg
 Dipl.-Psych. Simone Hörhold, Konstanz
 Dipl.-Psych. Isabella Jungh, Münster
 Dr. med. Heidi Junk, Darmstadt
 Dr. rer. med. Grit Klinitzke, Leipzig
 Ärztin Ute Klose, Hünxe
 Dipl.-Psych. Susan Knecht, Nördlingen
 Dipl.-Soz.Päd. Wilfried Kohler, KJP, Wesel
 Dipl.-Psych. Dr. phil. Karl-Heinz Kresse, Bayreuth
 Dipl.-Päd. Andreas Kroll, KJP, Karlsruhe
 Dipl.-Psych. Damaris Kunze, Berlin
 Dr. med. Jeffrey McCutchan, Luzern
 M. Sc. Antia McCutchan, Luzern
 lic. Phil. Silvio Meisser, Zürich
 Dipl.-Psych. Dr. Bernhard Mentzel, Leverkusen
 Dr. med. Doris Mettenbrink, Bramsche
 Dr. med. univ. Nidal Moughrabi, Wien
 Dipl.-Psych. Jörg Mulders, Altenberge
 Dipl.-Soz.päd. Hermann Rudolf Müller, KJP, Wiesbaden
 Dipl.-Psych. Gabriela Munoz de Tukiendorf, Berlin
 Dr. med. Achim E. Neetz, Garbsen
 Arzt Thomas Nick, Köln
 Dr. med. Sigrid – Inga Nomm, Jengen

Dipl.-Päd. Ellen Orbke, KJP, Bielefeld
 Dipl.-Psych. Claudia Pilgrim, Berlin
 Dipl.-Psych. Claudia Pohler-Ricken, Witten
 Arzt Rolf Reisig, Trochtelfingen
 Dipl.-Päd. Robert Rizzi, KJP i. A., Regensburg
 Dr. med. Bernd Roediger, Geesthacht
 Dr. med. Daniel Rudolf, Schwäbisch Hall
 Dipl. rer. pol. Dr. med. Gunther Schmidt, Wilhelmsfeld
 Dr. med. Ines Schöning, Aachen
 Dr. med. Jutta Schröder, Essen
 Ärztin Silva Schröder, Berlin
 Arzt Egle Schumann, Freital
 Dipl.-Psych. Angela Birgit Simon, Wiesbaden
 M. Sc. Mona Singh, Gau-Odernheim
 Dipl.-Psych. Susanne Sonnabend, Bonn
 M. Sc. Tamara Speiseder, Erding
 Student der Psychologie Oskar Speiser, Ulm
 Dr. med. Uwe Sperling, Hamburg
 Dipl.-Psych. Kathleen Spinner, Bremen
 Ärztin Dipl.-Biol. Regine Ungerer, Seukendorf
 Dr. med. dent. Jürgen Volmar, Espenau
 Dipl.-Psych. Dr. rer. soc. Petra Werther, Reichenau
 Dr. med. Gerrit Wohlt, Berlin
 Dr. med. dent. Eva Maria Wurm, Hohenfels
 Dr. med. Oliver Zafiris, Düsseldorf

Neue Zertifikatsinhaber

Die nachfolgenden Kolleginnen und Kollegen erhielten seit Erscheinen der letzten Ausgabe der Suggestionen das DGH-Zertifikat:

Dipl.-Psych. Jürgen Abresch, Lohra-Kirchvers
 Dipl.-Psych. Annette Berg-Büttgenbach, Bonn
 Dr. med. Irene Bülow, Delmenhorst
 Dr. med. Azadeh Emami, Michendorf
 Dipl.-Soz. Päd. Ulrike Ewering, KJP, Rheine
 Arzt Markus Geuting, Oedheim
 Dr. med. Barbara Hefeke, Augsburg
 Dipl.-Psych. Irene Juschka, Nürnberg
 Ärztin Ute Klose, Hünxe
 Dipl.-Psych. Christoph Klug, Recklinghausen
 Dipl.-Psych. & Dipl.-Päd. Katharine Kresse, Bayreuth
 Dipl.-Psych. Birgit Lammermann, Erlangen

Dipl.-Psych. Kurt Lehner, Hahn
 Dr. med. Brigitte Ludwig, Baden-Baden
 Dr. med. Johannes Maifeld, München
 Dipl.-Psych. Dr. phil. Claudia Möhring, Regensburg
 Ärztin Beate Müller, Lüdenscheid
 Dr. med. Andreas Neundörfer, München
 Zahnärztin Martina Ortmann, Loxstedt-Stotel
 Dr. med. Irmgard Pack, Köln
 Dipl.-Psych. Antje Pilger, Konstanz
 Dr. med. Rainer Reffert, Mannheim
 Dr. med. Renate Reicke, Horn-Bad Meinberg
 Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. Ralf Ring, Bremen

Dipl.-Psych. Wiebke Röhrich, Graal-Müritz
 Dr. med. univ. Lucia Schlehaider, Vilshofen
 Dr. med. Matthias Schmidt, Bonn
 Dr. med. Guido Schneider, Köln
 Dipl.-Psych. Robert Sohns, Mannheim
 Dipl.-Psych. Barbara Spatzl, Puchheim
 Dipl.-Psych. Jeannette Trappmann-Schmees, Emsdetten
 Dipl.-Psych. Dr. rer. soc. Petra Werther, Reichenau
 Dipl.-Psych. Hanna Wolter, Laatzen
 Dr. med. Sigrid Wronski, Oldenburg



Vorschau Kongresstermine

DGH:
 07.10.-09.11.2016, LVR-Klinik Bonn
 Summerschool „Das Tor zum Unbewussten – eine Einführung in die Hypnose“

17.11.-20.11.2016, Bad Lippspringe
 „Hypnose – Aufbruch ins Leben“

05.05.-06.05.2017, Bad Lippspringe
 Projekttag „Trauma – wie Hypnotherapie hilft“

16.11.-19.11.2017, Bad Lippspringe
 „Hypnose – Körper und Seele in Balance“
 Info: www.dgh-hypnose.de

MEG:
 23.03.-26.03.2017, Bad Kissingen
 Trauma - Konflikte - Kulturen
 HYPNOTHERAPIE und was uns VERBINDET
 Info: www.MEG-Tagung.de

DGZH
 08.09.-11.09.2016, Berlin
 Hypnose-Kongress
 Info: www.hypnose-kongress-berlin.de

Weltkongress Dentalhypnose
 28.09.-30.09.2016, Mashhad/Iran
 1. Weltkongress für Dentalhypnose
 Info: www.ong-hypnodontic2016.mums.ac.ir/en/

SMSH
 10.11.-12.11.2016, Balsthal
 35. SMSH-Jahresseminar für medizinische Hypnose

ESH
 23.08.-26.08.2017, Manchester
 XIV ESH Congress
 hosted by the British Society of Clinical & Academic Hypnosis (BSCAH)
www.esh2017.org

Einladung zur Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V.

Am: Freitag, 18.11.2016
 In: Best Western Premier Park Hotel
 am Kaiser-Karls-Park
 Peter-Hartmann-Allee 4
 33175 Bad Lippspringe
 Um: 20.30 Uhr

Tagesordnung
 TOP 1 Feststellung der ordnungsgemäßen Einberufung
 TOP 2 Wahl des Versammlungsleiters
 TOP 3 Wahl des Protokollanten
 TOP 4 Beschluss der Tagesordnung
 TOP 5 Verabschiedung des Protokolls der letzten MV
 TOP 6 Bericht des Vorstandes
 TOP 7 Aussprache zum Bericht des Vorstandes
 TOP 8 Bericht der Kassenprüfer
 TOP 9 Aussprache zum Bericht der Kassenprüfer

TOP 10 Bericht des Datenschutzbeauftragten
 TOP 11 Aussprache zum Bericht des Datenschutzbeauftragten
 TOP 12 Entlastung des Vorstandes
 TOP 13 Wahl des Wahlleiters
 TOP 14 Wahl des Vorstands
 TOP 15 Wahl der Kassenprüfer
 TOP 16 Wahl des Datenschutzbeauftragten
 TOP 17 Verschiedenes

Forensische Hypnose – Grenzen und Chancen der Hypnose im Rahmen polizeilicher Ermittlungen

Mittels Hypnose Verbrechen aufklären – eine faszinierende Vorstellung, die auch in Krimis gelegentlich aufgegriffen wird, der aber in der Realität immer auch mit Skepsis und Kritik begegnet wird. Als forensische Hypnose bezeichnet man allgemein den Einsatz von Hypnose, um die Erinnerung von freiwillig daran teilnehmenden Zeugen (auch Geschädigten) im Rahmen polizeilicher Ermittlungen zu unterstützen. Im Folgenden möchte ich ein paar Erfahrungen aus über 45 forensischen Hypnosen für die deutsche Polizei berichten und dabei auf die übliche Praxis, Herausforderungen und Grenzen eingehen. Tiefergehende und wissenschaftliche Erkenntnisse zum Thema finden sich im Artikel Beetz & von Delhaes (2011).

Autorin: Dipl.-Psych. Dr. Andrea Beetz / Fotos: DGH, shutterstock

FALLBERICHT (IDENTIFIZIERENDE ANGABEN GEÄNDERT)

Nach über 20 Jahren wird ein Altfall, ein versuchter Mord an einer jungen Frau, von der Polizei wieder aufge-
rollt (was aufgrund neuer Analysever-

fahren heute üblich ist). Die Geschädigte hatte bereits versucht, zusammen mit dem Phantombildersteller, ein Bild des unbekanntes Täters anzufertigen. Dies war jedoch aufgrund ihrer Agitation und fehlenden Konzentrationsfähigkeit beim Versuch, sich an die so lang zurückliegenden, traumatischen Ereignisse zu erinnern, unmöglich gewesen. Um Überlagerungen vom Erstversuch zu vermeiden, wurde erst nach einer Wartezeit von 3 Monaten ein erneuter Versuch unternommen. Dabei zeigte sich die Zeugin kooperativ, wobei schon im Vorgespräch und im freien Bericht, bei dem Techniken des Kognitiven Interviews zum Einsatz kamen, ihre Schwierigkeiten bei Konzentration und Erinnerung deutlich wurden. In der Hypnose jedoch, konnte die Zeugin sowohl den Tatablauf als auch den Täter sehr genau erinnern. Der Phantombildersteller, der per Videoübertragung das Geschehen verfolgte, zeigte sich von ihrer Erinnerungsfähigkeit beeindruckt,

und konnte im Anschluss in meiner Anwesenheit zügig ein Phantombild mit der Geschädigten erarbeiten. Die starke emotionale Reaktion, welche die Zeugin nach einer kurzen Pause bei der erneuten Konfrontation mit der Zeichnung zeigte, wies auf die Stimmigkeit des Bildes mit dem Täter hin. Trotz dieses Erfolges bei einem wichtigen Ermittlungsschritt ist der Fall immer noch nicht aufgeklärt.

Die Hoffnung, dass nach einer forensischen Hypnose ein Täter innerhalb kurzer Zeit ermittelt wird, obwohl die vielen Bemühungen im Vorfeld erfolglos waren, schwingt gerade bei den ersten Fällen immer mit – auf Seiten der Polizei und des Hypnoterapeuten. Diese Erwartung ist jedoch erfahrungsgemäß zu hoch, denn eine schnelle Klärung nur aufgrund der in Hypnose neu erhaltenen Informationen findet in den seltensten Fällen statt. Eher sollte man sich in diesem Bereich darauf einstellen, wie z.B. bei der Erstellung von Phantombildern oder

auch Fallanalysen, dass Fälle trotz guter Arbeit aller Beteiligten nicht gelöst werden. Denn gerade die forensische Hypnose wird nur vergleichsweise selten, in besonders schwierigen Ermittlungen, eingesetzt. Dies ist unter anderem auch der unklaren rechtlichen Lage geschuldet, die es erfordert, dass sie nur als „ultima ratio“ Anwendung findet, wenn andere Methoden ausgeschöpft sind. Denn im § 136a StGB ist die Hypnose zusammen mit der Androhung von Folter, Verabreichung von Mitteln, etc. zur Beeinträchtigung der freien Willensentscheidung und -betätigung des Beschuldigten (§ 69, gilt ebenso für Zeugen) verboten. Daher muss in jedem Einzelfall die Staatsanwaltschaft zustimmen, da sie bei einem möglichen Gerichtsverfahren diese Methode auch verteidigen muss. Dies geschieht meist mit dem Argument, dass die freiwillig teilnehmenden Zeugen sich ja erinnern wollen und die Hypnose daher ihre freie Willensbestätigung erhöht (s. Artkämper 2009). Dem Hypnoterapeuten, der interessiert ist, auf Anfrage der Polizei einen Fall zu übernehmen, sollte klar sein, dass er möglicherweise als Sachverständiger zu diesem durchaus umstrittenen Thema vor Gericht aussagen muss. Ebenso sind aufgrund der bisherigen Erfahrungen folgende Rahmenbedingungen zu beachten:

Zum Schutz der Ermittlungen und eines möglichen später stattfindenden Gerichtsverfahrens, sollte der Hypnoterapeut mit den Methoden und Möglichkeiten der Polizei vertraut sein, v.a. was Zeugenbefragungen (z.B. Kognitives Interview) anbelangt, aber auch Verwertbarkeit einer Aussage vor Gericht, mögliche Kritisierbarkeit von Hinweisen aufgrund der Hypnose, Wahrscheinlichkeit, dass tatsächlich noch mehr Details erinnert werden (Gedächtnispsychologie) und ob diese Details überhaupt von der Polizei verwertet werden können (z. B. nicht im Computer gelistete Fahrzeugdetails in Altfällen). Die Hypnose sollte zudem in Räumlichkeiten der Polizei stattfinden (meist Videoübernehmungszimmer), und in Vorgespräch und Nachvernehmung durch die dem Zeugen bereits bekannten Sachbearbeiter begleitet werden. Zu Dokumentationszwecken sollten alle Interaktionen des Hypnoterapeuten mit dem Zeugen (mit Ausnahme des medizinischen Vorgesprächs zu Ausschlussgründen, bzw. Fragebogen dazu im Vorfeld) in Ton und Bild aufgezeichnet werden. Argumente, wie



eine Störung des Rapports dadurch, sind m. E. in diesem Feld unangebracht – ein guter Hypnoterapeut schafft es, dass der Zeuge in wenigen Minuten diesen Aspekt ausblendet. Zudem ist eine forensische Hypnose keine Therapie, der Hypnoterapeut muss zwischen dem Wunsch des Zeugen und der Polizei nach mehr Erinnerungsdetails und der Belastung des Zeugen (v.a. bei Opfern) abwägen. Es findet nur ein einmaliger Kontakt statt, eine therapeutische Begleitung durch den Hypnoterapeuten ist aufgrund des Rollenkonflikts unangebracht. Meist sind belastete Zeugen bereits in Behandlung und der Einsatz der Hypnose sollte mit demjenigen Therapeuten abgesprochen werden oder es ist dafür zu sorgen, dass Ansprechpartner des Weißen Ring e.V. als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Es sollte sich eigentlich von selbst verstehen, dass der Hypnoterapeut über diese spezielle Arbeit in aktuellen Ermittlungsverfahren nicht mit der Presse spricht, sondern auf die Pressestelle der Polizei verweist – dies sei erwähnt, weil doch gelegentlich unangebrachte Selbstdarstellungen von Hypnotisuren mit dem spannenden Thema forensische Hypnose bei medienträch-

tigen Fällen zu finden sind. Ebenso bieten einige Hypnotisuren gezielt forensische Hypnose auf ihren webpages an, wobei die Qualität der Arbeit teilweise kritikwürdig, weil fehlerhaft, ist. Dabei ist die forensische Hypnose, wenn sie mit fundiertem Hintergrundwissen durchgeführt wird, ein wichtiges Instrument für die polizeilichen Ermittlungen. Selbst wenn sie oft nur ein weiteres Puzzelstück hinzufügt, kann sie überaus hilfreich sein, indem sie mehr Details zu Täter und Tathergang erbringt und damit evtl. bestimmte Spurenlagen eingrenzt oder auch andere Verfahren wie Wahllichtbildvorlagen oder Phantombilderstellung unterstützt.

Literatur der Verfasserin:

Artkämper, H. (2009). Wahrheitsfindung im Strafverfahren mit gängigen und innovativen Methoden. *Kriminalistik*, 7, 417-424.
Beetz, A. & von Delhaes, A. (2011). Forensische Hypnose – Der Einsatz von Hypnose als erinnerungsunterstützendes Verfahren im Rahmen polizeilicher Ermittlungen. *Hypnose – Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 6 (1+2), 165-188. ◀

Die Autorin
Dipl.-Psych. Dr.
Andrea Beetz



Dipl.-Psych. Dr. Andrea Beetz
Privatdozentin, Klinische Hypnose und Hypnotherapie (DGH) seit 2002; forscht und lehrt an den Universitäten Rostock und Wien; forensische Hypnose seit 2007 in über 45 Fällen, Gast-Dozentin bei der bayerischen Polizei.



Förderung der Lebensqualität durch hypnosystemische Ressourcenaktivierung

Erste Erfahrungen mit einem neuen niederschweligen Kurzzeitprogramm in der Onkologie

Autor: Norbert Gelse / Fotos: DGH, shutterstock

Zusammenfassung:

Beschrieben wird die Pilotstudie zu einem psychoonkologischen Kurzzeitprogramm für Lungenkrebspatienten zur Förderung der Lebensqualität. Die Ergebnisse geben Hinweise auf Verbesserungen in der Stressbewältigung und Selbstwirksamkeitserwartung. Das Programm basiert auf Konzepten der Psychoedukation und hypnosystemischer Interventionen und kann als niederschwelliges Angebot in der ambulanten oder teilstationären supportiven Begleitung von onkologischen Patienten eingesetzt werden. Eine weitere Evaluation mit höheren Fallzahlen wird angestrebt.

Vor diesem Hintergrund wurde am Comprehensive Cancer Center des Universitätsklinikums Ulm ein Kurzzeitprogramm entwickelt, das Patienten im Rahmen ihrer Therapie auf der Medizinisch-Onkologischen Tagesklinik bei der Förderung ihrer Lebensqualität unterstützen soll. Es basiert auf Konzepten der Psychoedukation bei Krebspatienten (vgl. Weis et al., 2006; Dorfmueller und Dietzfelbinger, 2008; Angenendt, 2011; Schulz-Kindermann, 2013) mit einem Schwerpunkt auf einer individualisierten Hypnotherapie zur Aktivierung der eigenen Ressourcen (Ebell und Häuser, 2010; Schulze, 2010; Ebell, 2015; Ebell und Hönic, 2015), sowie sinnbasierter Interventionen (vgl. Mehnert, 2011).

Das Vorgehen wurde aus mehreren Gründen gewählt: (a) Aufgrund fortschreitender Verkürzung der stationären Verweil-

dauer bzw. niederfrequenter Termine in den tagesklinischen Einrichtungen ist ein therapeutisches Kurzzeitprogramm mit wenigen Sitzungen zu empfehlen. (b) Hypnotherapeutisch-imaginative Angebote werden selbst von Patienten mit zumeist hoher körperlicher Belastung gut toleriert und gerne angenommen. (c) Eine Mischung aus Ressourcenorientierung und lösungsorientierter Fokussierung auf aktuelle Probleme im Hier-und-Jetzt ist für die Behandlung onkologischer Patienten – angesichts der beiden zentralen Ziele der Psychoonkologie (Verbesserung von Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität) geradezu ideal. Das Programm ist so konzipiert, dass es einen guten Kompromiss zwischen einem wissenschaftlichen (i.S. manualisierter Rahmenbedingungen) und einem individualisiert realitätsnahen Vorgehen im klinischen Umfeld ermöglicht.

INHALTE UND DURCHFÜHRUNG

Die Patienten wurden über persönliche Ansprache und einen Flyer auf die Studie hingewiesen. Bei Interesse konnten sie nach eigener Präferenz entscheiden, an einem hypnotherapeutischen Kurzzeitprogramm teilzunehmen (Interventionsgruppe) oder lediglich zu zwei Zeitpunkten einen Fragebogen auszufüllen (Kontrollgruppe). Ein solches methodisches Vorgehen (nach Präferenz) wurde aufgrund ethischer Überlegungen empfohlen. Das Programm war auf vier je einstündige Sitzungen im Wochenrhythmus konzipiert. Über das Führen eines Tagebuchs mit „Hausaufgaben“ zwischen den Sitzungen wurden die Themen Meine Lebensqualität, Meine Ressourcen, Meine Strategie und Meine Fähigkeiten reflektiert. Von der ersten Sitzung an wurde zudem eine standardisierte Trance-Sequenz als Imagination zur indirekten Aktivierung zentraler Ressourcenerfahrungen („Sicherheit und Vertrauen“) mit Stellvertreter- und Ein-

streutechnik (vgl. Bongartz und Bongartz, 2000) angeboten. Die Patienten erhielten einen MP3-Player mit einer akustischen Aufzeichnung dieser Trance-Sequenz zum Einsatz in der häuslichen Umgebung zwischen den Sitzungen. In der zweiten Sitzung wurde im Dialog mit dem Patienten – basierend auf seinen Ressourcen – eine individuelle Imagination entwickelt, die er als weitere akustische Aufzeichnung in seiner häuslichen Umgebung nutzen konnte (vgl. Tabelle 1).

Die Interventionen ergaben, zeigten sich bei der Interventionsgruppe signifikante Hinweise auf eine Verbesserung der Stressbewältigung ($t(8)=-2.28, p=0,05$), eine trendartige Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung ($t(9)=-1.95, p=0,08$) und statistisch bedeutsame Hinweise auf eine stärkere Kontrollüberzeugung „Wie würden Sie Ihre eigenen Fähigkeiten einschätzen, Ihre Lebensqualität positiv zu beeinflussen?“ über die vier Sitzungen (Effektstärke $d^2 = .41$).

Die individuelle Lebensgeschichte ausgerichtet ist und damit den Betroffenen als „Experte in eigener Sache“ sieht. Die ersten Erfahrungen mit dem beschriebenen Kurzzeitprogramm sind ermutigend. Aufgrund des strukturierten, modularen Aufbaus und des Fokus auf die individuelle Ressourcenaktivierung eignet es sich insbesondere als niederschwelliges Angebot in einem ambulanten oder teilstationären Kontext.

Sitzung	Thema	Ziel	Methoden
1	Meine Lebensqualität		
	Selbstwahrnehmung und Steuerbarkeit		Psychoedukation Imagination (Stellvertreter) Tagebuch (Energie) Hausaufgabe (Ressourcen)
2	Meine Ressourcen	Aktivierung, Achtsamkeit, Selbstfürsorge	Ressourcen-Analyse Individuelle Imagination Hausaufgabe (Strategie)
3	Meine Strategien	Selbstwirksamkeit stärken	Individuelle Imagination Hausaufgabe (Coping)
4	Meine Fähigkeiten	Stabilisierung, Coping	Individuelle Imagination Psychoedukation zur Nutzung eigener Fähigkeiten

Tabelle 1: Überblick zu den Leitthemen, Zielen und Methoden des Kurzzeitprogramms.

Die subsyndromalen Belastungen und Stressbewältigungsfähigkeiten wurden bei beiden Gruppen vor der ersten und rund zwei Wochen nach der letzten Sitzung mittels standardisierter psychometrischer Instrumente erhoben. Zudem gaben die Patienten in der Interventionsgruppe zu Beginn jeder Sitzung eine Einschätzung zu ihrem Gesundheitszustand, zum weiteren Krankheitsverlauf, zur Lebensqualität und zu den eigenen Fähigkeiten, die Lebensqualität positiv zu beeinflussen.

ERSTE ERGEBNISSE UND DISKUSSION

An der Pilotstudie nahmen insgesamt 18 Patienten teil, davon 10 in der Interventionsgruppe. Während sich bei der Kontrollgruppe keine statistisch bedeutsamen Veränderungen in der Stressbewältigungsfähigkeit und Selbstwirksamkeitserwar-

Unter qualitativen Gesichtspunkten ist zu vermuten, dass die Effekte der individuellen Trance-Induktionen über die Ressourcenaktivierung neben einer eher kurzfristigen Entlastung und Stabilisierung („sich wohlfühlen“, „genießen können“) auch eine mittelfristige Wirkung zur Optimierung des eigenen Copings und damit der Lebensqualität haben (vgl. Ebell und Hönic, 2015). Hinweise darauf fanden sich in Berichten der Patienten über Unternehmungen, die sie sich gar nicht mehr zugetraut hatten, spirituelle Erfahrungen, oder eine Verbesserung der Beziehung zum Lebenspartner. Als zentrale „Wirkfaktoren“ des Programms sehen wir das hypnosystemische Prinzip der konsequenten Nutzung („Utilisation“) der eigenen Ressourcen, die Reflektion und Selbstfürsorge über „Hausaufgaben“ sowie eine Haltung und Konversation in den Sitzungen, die themenzentriert auf die indi-

HINTERGRUND UND ZIELSETZUNG DER STUDIE

» Durch eine Krebserkrankung und ihre Folgen geraten die Betroffenen und ihre Angehörigen in eine psychische Ausnahmesituation. Die Wirksamkeit von psychoonkologischen Interventionen zur Reduzierung von emotionalen Belastungen und einer Verbesserung der Lebensqualität wurde in einer umfassenden Metaanalyse belegt. Dabei besitzen imaginative und spannungsorientierte Interventionen neben den psychoedukativen Verfahren in Bezug auf ihre Wirksamkeit die breiteste empirische Basis (vgl. Faller et al., 2013).

» Rund 55.000 Menschen erkranken jedes Jahr in Deutschland an Lungenkrebs. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 69 Jahren. Zu den belastenden somatischen Folgen einer Lungenkrebserkrankung zählen Husten, Atemnot, Gewichtsverlust, Erschöpfung und Schmerzen. Für die Betroffenen ist die Behandlung von Krankheits- und Therapiefolgen im Sinne einer supportiven Therapie zur Förderung der Lebensqualität besonders wichtig. Sie sollte in das Gesamtkonzept der onkologischen Therapie integriert werden (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2011; Dorfmueller und Dietzfelbinger, 2008; Goeckenjan et al., 2011).

Literatur des Verfassers:

Angenendt, G. (2011). Kurzprogramm Psychoedukation für die Einzelberatung. In G. Angenendt, U. Schütze-Kreilkamp & V. Tschuschke, Praxis Psychoonkologie: Psychoedukation, Beratung und Therapie. (S. 128-159). Stuttgart: Haug.

Bongartz, W. & Bongartz, B. (2000). Hypnose-therapie. Göttingen: Hogrefe.

Dorf Müller, M. & Dietzfelbinger, H. (2008). Psychoonkologie. München: Urban & Fischer.
Deutsches Krebsforschungszentrum (2011). Lungenkrebs: Behandlung von belastenden Symptomen. Abgerufen von www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/lungenkrebs/therapie-besondere-probleme.php

Ebell, H. & Häuser, W. (2010). Individuelle Ressourcen für Patienten mit einer Krebserkrankung. Psychotherapie im Dialog (PiD), 11(2), 140-144.

Ebell, H. (2015). Hypnotherapie in der Psychoonkologie. In E. Muffler (Hrsg.), Kommunikation in der Psychoonkologie (S. 65-82). Heidelberg: Carl-Auer.
Ebell, H. & Hönig, K. (2015). Krebserkrankungen. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin: Manual für die Praxis (S. 665-686). Heidelberg: Springer.
Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Küffer, R. (2013). Effects of Psycho-Oncologic Interventions on Emotional Distress and Quality of Life in Adult Patients with Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Clinical Oncology, 31, 782-793.

Goeckenjan, G. et al. (2011). Prävention,

Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms. Interdisziplinäre S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin und der Deutschen Krebsgesellschaft. Abgerufen von: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/020-007.html>

Hinz, A. et al. (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. Diagnostica, 52(1). 26-32
Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). (2014): Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten. (Anm.: Die Patientenleitlinie Psychoonkologie ist im Februar 2016 erschienen).

Mehnert, A. (2011). Sinnbasierte Interventionen. In C. Diegelmann & M. Isermann (Hrsg.), Ressourcenorientierte Psychoonkologie (S. 127-133). Stuttgart: Kohlhammer.

Schulze, W. (2010). Hypnose in der Palliativmedizin. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie (Hypnose-ZHH). 5 (1+2), 145-162.

Schulz-Kindermann, F. (2013). Psychoonkologie. Weinheim: Beltz.

Trösken, A. & Grawe, K. (2004). Inkongruenzerleben aufgrund brachliegender und fehlender Ressourcen: Die Rolle von Ressourcenpotentialen und Ressourcenrealisierung für die Psychologische Therapie. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 36, 51-62.

Weis, J. et al. (2006). Psychoedukation mit Krebspatienten. Stuttgart: Schattauer.
Wirtz, P. H. et al. (2013). Psychoendocrine validation of a short measure for

assessment of perceived stress management skills in different non-clinical populations. Psychoneuroendocrinology. 38(4), 572-586.



Der Autor
Norbert Gelse

Norbert Gelse

Studium an der Universität Tübingen, Ausbildungen u.a. in Hypnotherapie (MEG) und Systemischer Beratung, Psychoonkologe (WPO)

Seit April 2015 Konzeption einer klinischen Studie zur Stärkung der eigenen Ressourcen bei onkologischen Patienten am Comprehensive Cancer Center des Universitätsklinikums Ulm (CCCU)

Seit Februar 2016 zudem Berater in der Psychosozialen Krebsberatungsstelle am Südwestdeutschen Tumorzentrum in Tübingen.

Bei der Konzeption und Umsetzung der beschriebenen Studie haben mitgewirkt:
Daniela Koslowski

(B.Sc. Psych. Wissenschaftliche Mitarbeiterin) und Dr. Klaus Hönig

Regionale Weiterbildung der DGH



Regionale Weiterbildung der DGH

Fort- und Weiterbildungszentrum Berlin

Leiter des Fort- und Weiterbildungszentrums: Dipl.-Psych. Werner Eberwein

Fortgeschrittenenkurse:

- » F2 07.-08.10.2016
- » F3 02.-03.12.2016
- » F4 20.-21.01.2017

Supervisionen:

Sonntag, 09.10.2016, 10:00 - 13:00 Uhr
 Sonntag, 04.12.2016, 10:00 - 13:00 Uhr
 Sonntag, 22.01.2017, 10:00 - 13:00 Uhr

Anmeldung und weitere Informationen:

Dipl.-Psych. Werner Eberwein
 Aachener Str. 27, 10713 Berlin
 Tel.: 0 30 - 82 70 28 34
 Fax: 0 30 - 82 70 28 35
 E-Mail: kontakt@werner-eberwein.de
 Web: www.werner-eberwein.de

Fort- und Weiterbildungszentrum Salzgitter

Leiter des Fort- und Weiterbildungszentrums:
 Dr. med. dent. Christian Bittner

Therapiekurse

Samstag, 29.10.2016, Turboinduktionen
 Samstag, 26.11.2016, Mentaltraining

Supervisionen:

- » Gruppensupervisionen finden immer am Tag vor den Therapiekursen statt, 16:00 - 20:00 Uhr
- » Kollegiale Supervision/ Supervisionsstammtisch, jeweils der zweite Dienstag im 3. Quartalsmonat
- » Einzelsupervision, Termine nach Vereinbarung

Anmeldung und weitere Informationen

Zahnarztpraxis Dr. Christian Bittner
 Hinter dem Salze 10
 38259 Salzgitter
 Tel.: 0 53 41 - 3 98 88 57
 E-Mail: hypnose@zahn-sz.de
 Web: www.zahn-sz.de

Fort- und Weiterbildungszentrum München

Leiterin des Fort- und Weiterbildungszentrums München: Dipl.-Psych. Dr. rer. biol. hum. Agnes Kaiser Rekkas

Fortgeschrittenenkurse

- » F1 22.-23.10.2016
- » F2-F4 als Block, 01.-05.02.2017

Therapiekurse

- » T1 01.-02.04.2017
 Angst, Depression, Schlafstörung
- » T2-T4 als Block, 24.-28.05.2017
 Kompetenz, Ichstärkung, Stressbewältigung, Burn-out, Prophylaxe, Psychotrauma, Psychosomatik, Schmerz

Supervisionen

Termine auf Anfrage

Zusatzveranstaltungen

- » 18.-25.09.2016 in Limeni/GR
 Supervision und Hypnose bei Colon Irritabile, Hypnose bei Essstörung, Hypnose und Sexualität
- » 24.09.-01.10.2017 in Kakovatos/GR
 Ideomotorische Feinarbeit in der Hypnose, Krise, Depression, Burn-out, Übergewicht, Autoimmunerkrankung. Ein Tag offen für Wunschthemen.

Anmeldung und weitere Informationen:

Dipl.-Psych. Dr. Agnes Kaiser Rekkas
 Chorherrstr. 4, 81667 München
 Tel.: 0 89 - 4 48 40 25
 Fax: 0 89 - 48 99 97 48
 E-Mail: Agnes.Kaiser.Rekkas@gmail.com
 Web: www.kaiser-rekkas.de

Fort- und Weiterbildungszentrum Darmstadt

Leiter des Fort- und Weiterbildungszentrums Mitte:
 Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Hübner

Grundkurse

- » G1 18.-19.02.2017
- » G2 18.-19.03.2017
- » G3 22.-23.04.2017

Fortgeschrittenenkurse

- » F1 20.-21.05.2017
- » F2 24.-25.06.2017
- » F3 26.-27.08.2017
- » F4 23.-24.09.2017

Therapiekurse

- » 21.01.2017
 Selbstwert und Hypnose
 Dozent: Dipl.-Psych. Karl Möck
- » 04.-05.03.2017
 Rückverbindung mit der inneren Balance
 Dozentin: Dipl.-Psych. Yvonne König
- » 29.04.2017
 Persönlichkeitsstile und -störungen
 Dozent: Dipl.-Psych. Dr. Bernd Schick
- » 10.-11.06.2017
 Psychoonkologie in der Hypnotherapie
 Dozentin: Dipl.-Psych. Yvonne König
- » 26.-27.08.2017
 Hypnotherapie der Angststörungen
 Dozent: Dr. Michael Hübner
- » 16.-17.09.2017
 HypnoMentale Geburtsvorbereitung
 Dozentin: Dipl.-Psych. Yvonne König

Supervision

- » 11.02.2017 (in Münsenberg)
 Dipl.-Psych. Dr. Michael Hübner
- » 23.04.2017 (in Darmstadt)
 Dipl.-Psych. Dr. Lars Pracejus
- » 25.06.2017 (in Darmstadt)
 Dipl.-Psych. Dr. Lars Pracejus
- » 07.10.2017 (in Darmstadt)
 Dipl.-Psych. Karl Möck

Anmeldung und weitere Informationen:

Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Lars Pracejus
 Geschäftsstelle Zentrum Mitte:
 Gießener Institut für Psychologietransfer
 Hauptstr. 90a, 35516 Münsenberg
 E-Mail: GIPsychologietransfer@gmail.com
 Web: www.hypnoseausbildung.de

Fort- und Weiterbildungszentrum Coesfeld

Leiterin des Westfälischen Instituts für Hypnose und Hypnotherapie: Dipl.-Psych. Dr. Helga Hüskens-Janßen

Grundkurse

- » G1 13.-14.01.2017
- » G2 24.-25.02.2017
- » G3 17.-18.03.2017

Fortgeschrittenenkurse

- » F1 09.-10.06.2017
- » F2 07.-08.07.2017
- » F3 01.-02.09.2017
- » F4 06.-07.10.2017

Therapiekurse

- » 20.-21.01.2017
 Hypnotherapie zur Aufarbeitung von Traumata
 Dozent: Dipl.-Psych. Karl-Josef Sittig
- » 03.-04.03.2017
 Hypnotherapeutische Techniken zur Behandlung von Depressionen
 Dozentin: Dr. med. Nikola Aufmkolk
- » 31.03-01.04.2017
 Hypnotherapie zur Stressbewältigung
 Dozentin: Dipl.-Psych. Silvia Fisch
- » 15.-16.09.2017
 Hypnotherapie bei psychosomatischen Störungen, Dozent: Prof. Dr. Walter Bongartz
- » 08.-09.12.2017
 Hypnotherapeutische Behandlung von Schmerzen
 Dozentin: Dr. Helga Hüskens-Janßen

Supervisionen

- » 26.11.2016 (Samstag: 10:00-17:00 Uhr)

Anmeldung und weitere Informationen

Dipl.-Psych. Dr. Helga Hüskens-Janßen
 Westfälisches Institut für Hypnose und Hypnotherapie
 Daruper Straße 14, 48653 Coesfeld
 Tel.: 0 25 41-88 07 60
 Fax: 0 25 41-7 00 08
 E-Mail: hhueskenjanssen@aol.com
 Web: www.weiterbildungsinstitut-hypnose.de

Fort- und Weiterbildungszentrum Freiburg/Wiesbaden

Leiter des Fort- und Weiterbildungszentrums Freiburg/Wiesbaden:
 Prof. Dr. Dipl.-Psych. Walter Bongartz

Grundkurse in Freiburg

- » G1 04.-05.01.2017
 (9:00-17:30 Uhr / 9:00-12:30)
- » G2 05.-06.01.2017
 (14:00-17:30 Uhr / 9:00-17:30)
- » G3 07.-08.01.2017
 (9:00-17:30 Uhr / 9:00-12:30)

Grundkurse in Wiesbaden

- » G1 11.-12.01.2017
 (9:00-17:30 Uhr / 9:00-12:30)
- » G2 12.-13.01.2017
 (14:00-17:30 Uhr / 9:00-17:30)
- » G3 14.-15.01.2017
 (9:00-17:30 Uhr / 9:00-12:30)

Fortgeschrittenenkurse in Freiburg

- » F1-F2 als Block vom
 09.03.-11.03.2017
- » F3 22.-23.04.2017
- » F4 20.-21.05.2017

Fortgeschrittenenkurse in Wiesbaden

- » F1 18.-19.02.2017
- » F2 01.-02.04.2017
- » F3-F4 als Block vom
 11.05.-13.05.2017

Therapiekurse in Freiburg

- » T5 02.-03.12.2016
 Hypnotherapie bei Depression
- » T1-T2 als Block vom 06.-08.07.2017
 T1: Hypnotherapie bei psychosomatischen Störungen,
 T2: Hypnotherapie bei chronischem Schmerz
- » T3 09.-10.09.2017
 Hypnotherapie bei Angststörungen
- » T4 28.-29.10.2017
 Hypnotherapie und Impulskontrolle: Essstörungen, Sucht, Zwang
- » T5 01.-02.12.2017
 Hypnotherapie bei Depression

Therapiekurse in Wiesbaden

- » T5 28.-30.10.2016
 Hypnotherapie bei Depression
- » T1 24.-25.06.2017
 Hypnotherapie bei psychosomatischen Störungen
- » T2 02.-03.09.2017
 Hypnotherapie bei chronischem Schmerz
- » T3-T4 als Block, 05.-07.10.2017
 T3: Hypnotherapie bei Angststörungen, T4: Hypnotherapie und Impulskontrolle: Essstörungen, Sucht, Zwang
- » T5 08.-09.12.2017
 Hypnotherapie bei Depression

Weiter ... durch Bildung



Supervision

Freiburg/Wiesbaden:

Supervision wird jeweils sonntags nach Block 2, 3, 4 und 5 von 09:00-13:00 Uhr angeboten. Nach Seminar T5 besteht die Möglichkeit zur Supervision samstagsnachmittags (13:00-17:00 Uhr) und sonntagvormittags (09:00-13:00 Uhr). Im Januar 2017 wird in Freiburg (21.-22.01.2017) und in Wiesbaden (28.-29.01.2017) noch ein Supervisionsseminar angeboten (jeweils Sa 13:00-17:00 Uhr, So 09:00-13:00 Uhr). Danach wären dann alle Weiterbildungs Voraussetzungen (Kurse+Supervision) für das DGH-Zertifikat erfüllt.

Anmeldung und weitere Informationen:

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Walter Bongartz
Klingenberger Institut für Klinische Hypnose
Färberstraße 3a, 78467 Konstanz
Tel.: 0 75 31 - 6 06 03 50
Fax: 0 75 31 - 6 06 03 50
E-Mail: bongartz@hypnose-kikh.de
Web: www.hypnose-kikh.de

Fort- und Weiterbildungs- zentrum Rhein/Ruhr

Leiter des Fort- und Weiterbildungszentrums Rhein/Ruhr:

Dipl.-Psych. Claudia Weinspach

Fortgeschrittenenkurse

- » F2-F3 29.09-02.10.2016
- » F4 05.-06.11.2016

Supervisionen

- » 08.10.2016
- » 03.12.2016

Die Supervisionen finden in Münster statt...

Anmeldung und weitere Informationen:

Dipl.-Psych. Claudia Weinspach
Zum Guten Hirten 94, 48155 Münster
Tel.: 0 20 51-133 05 06
E-Mail: info@claudia-weinspach.de
Web: www.claudia-weinspach.de

Überlegungen zur Hypnosegestaltung bei chronischen Schmerzpatienten

Autor: Prof. O. Berndt Scholz / Fotos: DGH, shutterstock

[Kompletter Artikel auf www.dgh-hypnose.de](http://www.dgh-hypnose.de)

Kurzform des Artikels, der gesamte Artikel findet sich auf der Website der DGH:
www.dgh-hypnose.de

Beachte die Voraussetzungen, die an eine Hypnose gebunden sind! Für eine erfolgreiche Hypnose sind - abgesehen von kontextuellen Bedingungen und der hypnotherapeutischen Qualifikation des Therapeuten (= Th) - wesentlich zwei Gruppen von Voraussetzungen erforderlich, nämlich intrapersonelle Bedingungen des Patienten (= Pat) und prozedurale Bedingungen.

Was die intrapersonalen Voraussetzungen des Pat betrifft, so sind damit ein Mindestmaß an Entspannungs-, Imaginationsfähigkeit und Suggestibilität gemeint. Diese induziert der Th am Beginn der eigentlichen Hypnose. Indem es dem Pat möglich wird, es sich motorisch, physiologisch, kognitiv und emotional „bequem“ zu machen, gerät er allmählich in einen Zustand der Relaxation. Gleichzeitig damit dissoziiert er störende Einflüsse und/oder absorbiert solche Störreize. Je mehr sich dieser Zustand ausbreitet, umso mehr fokussiert der Pat das therapeutische Geschehen; es kommt zu einer Erhöhung der Wahrnehmungsschwellen für externale Reize und - damit einhergehend - zu einer Absenkung der Wahrnehmungsschwellen für internale Reize. Dieser Prozess läuft ab ohne bewusstes oder willentliches Zutun des Pat. Seine Selbstwahrnehmung, d.h. seine kognitiven Prozesse und deren emotionale Begleitung verändern sich automatisch. Man spricht diesbezüglich von Trance, deren hirnpfysiologischer Generator nach heutigem Wissen eine gesteigerte Aktivität des Hippocampus ist (vgl. LeDoux, 2003). Sie wird gefördert durch kontinuierliches priming des Th.

Während der Relaxation ist das Alphaband im EEG charakteristisch; in der hypnotischen Trance dominiert hingegen eine gesteigerte Aktivität des Thetabandes. Deren psychische Korrelate sind erhöhte Aufmerksamkeit, assoziatives Lernen, Modulation dysfunktionaler Emotionen sowie Gedächtnisspeicherung, -konsolidierung

und -abruf. Im Hippocampus gespeicherte emotionale Erinnerungen werden nicht nur abgerufen; ebenso werden Imaginationen aktualisiert. Der skizzierte Tranceprozess kann behindert werden, wenn der Pat die Applikationen des Th (zweifelnd oder ängstlich) überwacht, beurteilt bzw. bewertet. Rainville und Price (2004) haben das hier skizzierte Geschehen in einem Erfahrungsmodell der Hypnose illustriert (vgl. Abbildung 1).



Abbildung 1: Erfahrungsmodell eines Patienten während der Hypnose gemäß Rainville & Price (2004); Pfeile von (1) nach (2), von (4) nach (5), von (4) nach (6) und (5) nach (6) haben hypnose-verstärkenden; Pfeile von (2) nach (3) und von (3) nach (4) haben hypnose-hemmenden Charakter; weitere Erläuterungen im Text

DAS IST DER KLASSISCHE AB-LAUF EINER HYPNOSE BEI EINEM SCHMERZ-PAT!

Erfolgreiche Hypnosen beginnen mit der Erarbeitung eines Arbeitsauftrages. Das

Anliegen des Pat ist hierbei ausschlaggebend; der Pat benennt also das, was hypnotherapeutisch bearbeitet werden soll - und nicht der Th. Erst, wenn Pat und Th diese gemeinsame Arbeitsbasis gefunden haben, wird mit der Tranceinduktion begonnen. Darauf folgt die Applikation des therapeutischen Fokus.

Zur Erarbeitung des Arbeitsauftrages für die konkrete Hypnose helfen die folgenden Explorationschwerpunkte:

- Bei welchen Aktivitäten tritt der Schmerz auf oder wird stärker?
- » Inwieweit ist der Schmerz abhängig von der Stimmung des Pat?
- » Wie stark fühlt sich der Pat vom Schmerz (Lebens)bedroht?
- » Inwieweit ist der Schmerz ein „Angriff auf das Selbstwelterleben“ des Pat?
- » Gibt es Hinweise auf einen Zusammenhang des Schmerzes mit der Reaktivierung eines Traumas?
- » Inwieweit wird der Schmerz einem Dritten ursächlich zugeschrieben (etwa früherer Behandlungsfehler)?
- » Wie stark ist die Opferhaltung des Pat in Bezug auf den Schmerz ausgeprägt?
- » Inwieweit steht der Schmerz in Zusammenhang mit einer Rentenerwartung (sekundärer Krankheitsgewinn)?

Der therapeutische Fokus wird damit begonnen, dass auf die aktuelle Lage des Pat ausführlich Bezug genommen wird. Der Arbeitsauftrag bildet dafür die Grundlage. In der cover story, die sehr oft als eine metaphorischen Anekdote formuliert wird, werden die derzeitigen schmerzbezogenen Gegebenheiten fokussiert bzw. das konkrete im Arbeits-

¹ Zur flüssigeren Lesbarkeit wird der Begriff „Patient“ sowohl für Patientinnen und Patienten und „Therapeut“ für Therapeutinnen und Therapeuten benutzt.

auftrag enthaltene Behandlungsziel. Es wird herausgearbeitet, dass der Zusammenhang beider Teile – bisherige oder aktuelle Gegebenheiten und konkretes Behandlungsziel – in der Vergangenheit nicht angemessen berücksichtigt wurde. Die Diskordanz von körperlichen Befunden, Kognitionen, emotionalen Begleitprozessen und Verhaltensbesonderheiten wird suggestiv in Richtung Konkordanz verschoben. Das auf den Schmerz bezogene Kernproblem des Pat, wie es sich gegenwärtig dem Pat darstellt und im Arbeitsauftrag aktualisiert ist, wird herausgearbeitet. Sodann werden mögliche Beziehungen angeboten zwischen den aktuellen Gegebenheiten des Pat und seinem Behandlungsziel. Dabei wird ausdrücklich Bezug genommen auf die ihm verfügbaren (materiellen, finanziellen, kognitiven, emotionalen, körperlichen, sozialen) Ressourcen. Abschließend werden die zu erwartenden Ergebnisse dem Pat komprimiert „vor Augen gehalten“. Das kann vielleicht in folgende Formulierung eingekleidet werden:

„... Warum eigentlich nicht XY nutzen!... Was könnte ein erster Schritt sein? ... Einfach damit anfangen und ganz einfach anfangen!“

Die Hypnose wird mit einer Posthypnose-Aufgabe oder der Suggestion eines posthypnotischen Begleiters fortgesetzt, bevor der Pat reorientiert wird.

Die biologischen Grundlagen des Schmerzerlebens und seinen Umgang damit haben Traue, Kessler und Deighton (2005) ausführlich beschrieben.

WAS UNTERSCHIEDET DIREKTE VON INDIREKTE SUGGESTIONEN?

Man kann zwischen direkter und indirekter Suggestion unterscheiden. Eine direkte Suggestion kann beispielsweise so formuliert werden:

„Schmerzen haben oft Niedergeschlagenheit zur Folge. Wenn der Schmerz wieder kommt, werden Sie sich gegen seine Folgen wehren! Sie werden sich ablenken und irgendetwas tun, das Ihnen Freude bereitet. Und das kann ganz Unterschiedliches sein!“

Eine andere Art von direkter Suggestion besteht darin, dass der Th Vergleiche induziert, etwa:

„Ihre Standfestigkeit gegenüber dem Schmerz ist wie ein Fundament, das Ihnen sagt: Sie sind voller Kraft und Energie!“



Das Wesen der direkten Suggestionen besteht darin, dass der Th quasi der Garant für die hypnotischen Erfahrungen des Pat ist. Im Sprachgebrauch der Psychotherapieforschung kann man von hypnotherapeutischen Techniken sprechen, denn die direkten Suggestionen beziehen sich auf ein mehr oder minder explizites Therapie- oder Störungsmodell.

Spezifische Formulierungen werden vor dem Hintergrund der jeweils beabsichtigten Veränderung abgeleitet (vgl. DeRubeis, Brotman und Gibbons, 2005). Direkte Suggestionen eignen sich hauptsächlich für eine symptomorientierte Behandlung.

Eine indirekte Suggestion könnte so lauten: „... Sie kennen das, wenn der Schmerz Sie plagt! Warum sich dem aussetzen? Das, worauf Sie verzichten...“

Man geht davon aus, dass solche Formulierungen Suchprozesse beim Pat einleiten. Sie haben das Ziel, das der Pat ihm verfügbare Ressourcen entdeckt, mittels derer sein Schmerz unter Kontrolle gebracht werden kann. Auf diese Weise wird das Gegenteil von Problemerkennen erreicht, denn die Symptome werden im Störungskontext betrachtet quasi „beleuchtet“. Befürworter der indirekten Suggestionen präferieren das sog. Dodo-Verdikt (vgl. Luborski et al., 2002). Dem liegt die Überzeugung zugrun-

de, dass es einerlei ist, in welchen Kontext die Suggestionen eingekleidet werden. Sie sind im Wesentlichen alle gleich wirksam, wenn nur eine Äquivalenz zwischen dem konkreten Problem/Ziel des Pat und den Konstituenten der cover story besteht. Begründet wird diese Überzeugung mit sog. Allgemeinen Wirkprinzipien(). Ziel bei diesem Vorgehen ist es, eine alternative Art der Betrachtung für den Umgang mit dem Schmerz zu implementieren. Indirekte Suggestionen erleichtern somit den Zugang des Pat zu seinen schmerzbezogenen emotionalen Erfahrungen. Geeignete Applikationsmethoden sind beispielsweise die Stellvertretertechnik, die Einkreistechnik, die metaphorische Anekdote oder die Arbeit mit Symbolen (vgl. Scholz, 2013).

WAS STEHT IM VORDERGRUND: SCHMERZWahrnehmung ODER – CHRONIFIZIERUNG?

Ein nozizeptiver Input jedweder Art (z.B. Gewebeschädigung, Entzündung, Nachlassen der analgetischen Wirkung) hat zur Folge, dass (a) eine nozizeptive Sensation ausgelöst wird, (b) eine somato-motorische Aktivierung (nozifensiver Schutzreflex) ausgelöst und (c) das autonome Arousal erhöht wird. Die nozizeptive Sensation wird vom Pat als Missempfindung wahrgenommen und bei wiederholtem Auftreten zunehmend mehr als Bedrohung bewertet. Die Folge davon sind unmittelbare schmerzbezogene men-

tale Verarbeitungsprozesse, welche einen verstärkenden Rückkopplungseffekt auf die nozizeptive Sensation haben. Die Wahrnehmung von Missempfindungen wird verstärkt durch die somato-motorische Aktivierung und das erhöhte autonome Arousal.

Gleichzeitig damit kommt es zu einer (sekundären) Bewertung dahingehend, dass der Pat seine Aktivitäten unter- oder gar abbricht. Er fühlt sich insuffizient, seine Schmerzen unter Kontrolle bringen zu können. Er macht sich zunehmend größere Sorgen um seine Zukunft. In der Übersetzung von Jenssens Buch (2015) ist dieser Chronifizierungsprozess ausführlich beschrieben worden.

Der Autor
Univ.-Prof. Dr. rer. nat.
O. Berndt
Scholz



Univ.-Prof. Dr. rer. nat.

O. Berndt Scholz,

ehem. Inhaber des Lehrstuhl für Klinische & Angewandte Psychologie und Direktor am Institut für Psychologie der Universität Bonn. Autor des Freiburger Imaginations-, Relaxations- und Suggestibilitätstests (FIRST) und Ko-Autor des Hypnose-Screening (HypnoS). Buchpublikationen im Huberverlag Bern „Hypnotherapie bei chronischen Schmerzkrankungen“ (2. Aufl. 2013) und „Hypnotherapie bei chronischen Schlafstörungen“ (2011). Des Weiteren eine Vielzahl an Buch-, Zeitschriftenbeiträgen, Rezensionen und Monografien. Forschungsförderung durch die MEG zur Gestaltung und Wirkung der Posthypnose Aufgaben. Milton-Erickson-Preis und Ehrenmitglied der Milton Erickson Gesellschaft. Umfangreiche Dozententätigkeit in der Aus- und Weiterbildung zu Themen wie Konstruktion metaphorischer Anekdoten, Hypnotherapie bei Schmerzpatienten, Paraphilien, Hauterkrankungen und Schlafstörungen.

Die destruktiven Bewertungen haben aber auch einen positiven Rückwirkungseffekt, indem sie ein sog. Schmerzgedächtnis konsolidieren. Allmählich bildet sich ein Verhaltensmuster aus, das durch Frustration, Ärger, Angst, Depression und sozialen Rückzug gekennzeichnet ist. Dieses Krankheitsverhalten wird weitgehend getragen von einem generalisierten Schmerzaffekt und beeinflusst die schmerzbezogenen Missempfindungen ganz unmittelbar, weil die Schmerzschwelle kontinuierlich abgesenkt wird. Diesen Prozess der Schmerzchronifizierung haben Price und Bushnell (2004) zeitlich vor Jenssens grafisch illustriert (vgl. Abbildung 2).

PLANE DIE THERAPIE MASSGESCHNEIDERT!



Abbildung 2: Prozess von der Schmerz-wahrnehmung zur Schmerzchronifizierung gemäß dem Modell von Price & Bushnell (2004). Erläuterungen im Text!

Beschreibt man den soeben dargestellten Prozess der Schmerzchronifizierung mittels psychologischer Konstrukte, so sind deren Bestandteile als Schmerz-wahrnehmung (i.S.v. Missempfindungen), kognitive Verarbeitung, emotionale Begleitprozesse und Krankheitsverhalten zu beschreiben. Während im Normalfall weitgehende Konkordanz dieser Mechanismen besteht, interagieren sie in der Ätiopathogenese des Schmerzes zunehmend diskordant und rekursiv (vgl. Servan-Schreiber, 2006). Bei-

spielsweise hat Angst vor dem Schmerz ausgeprägtes Meidungsverhalten zur Folge, und diese Kausalkette hängt wiederum mit bedrohlichen Kognitionen zusammen. Man spricht in diesem Zusammenhang von der sog. Schmerzspirale und drückt damit einen chronifizierenden Aufschaukelungsprozess aus.

Hypnotherapeutische Interventionen sollten sich deshalb auf die speziellen Mechanismen beziehen, die diskordant sind. Wenn beispielsweise emotionale Begleitprozesse mit den somatischen Befunden diskordant sind, dann sollte Hypnose dazu benutzt werden, Konkordanz herzustellen zwischen Emotionen und Befinden. Das konkrete Krankheitsbild, aber auch die Bedeutung, die der Schmerz für den Pat hat, sind dabei zu berücksichtigen.

Für die Therapieplanung heißt das, dass der Th genau zuhören muss, wie der Pat von seinem Schmerz spricht. Betont der Pat vor allem seine mit dem Schmerz verbundenen Missempfindungen, so sollte sich die Hypnose auf die Modifikation der Schmerz-wahrnehmung konzentrieren. - Stehen Sorgen und dysfunktionale Antizipationen im Vordergrund, dann sollte während der Hypnose die kognitive Umstrukturierung (reframing) im Mittelpunkt stehen. - Ist die Schmerzdarstellung des Pat wesentlich von Ängsten, dysphorischen Äußerungen oder Hilflosigkeit gekennzeichnet, dann sollte die Hypnose auf den Umgang mit diesen Emotionen Bezug nehmen. - Klagt der Pat hingegen über schmerzbedingte Einschränkungen seiner alltäglichen – vielleicht sozialen - Aktivitäten, dann sollte eine Modifikation des Krankheitsverhaltens während der Hypnose im Vordergrund stehen. Die Arbeit des Hypnotherapeuten besteht in jedem Falle in der (Wieder)-Herstellung von Konkordanz zwischen den diskordanten Funktionen.

Alles in allem hängt der Behandlungserfolg wesentlich davon ab, wie gut der Th die schmerzbezogenen Bedürfnisse seines Pat erkennt, aufgreift und in der Hypnose realisiert. Erleichternd kann dabei ein Vorschlag von Peter (2010) sein. Er schlägt vor, symptombezogenes Vorgehen an eine Symptomgestalt und problembezogenes Vorgehen an einen Symptomträger zu binden.

Literatur beim Verfasser



Lösungsbasierte Interferenz-Hypnose-Therapie – einer von früher Kindheit an bestehenden „Spritzenphobie“/ „Posttraumatischen Belastungsstörung“ in 3 Sitzungen

Autor: Dipl.-Psych. Karl-Josef Sittig / Fotos: DGH, shutterstock

Gekürzte Beschreibung der Pat. 3 Monate nach der letzten Sitzung: Ich stellte mich bei Herrn Sittig wegen einer Phobie vor Nadeln, Spritzen und anderen medizinischen Behandlungen im fünften Schwangerschaftsmonat vor. Die Schwangerschaft war der entscheidende Anstoß ...

Die unangenehmen Gefühle im Hinblick auf Spritzen u.ä. begleiten mich bereits seit meiner Kindheit. Eine bevorstehende Blutabnahme, ein schmerzfreier kleiner Eingriff wie das Entfernen eines Muttermals oder der bloße Anblick oder die Vorstellung einer Nadel lösten Angst, Unwohlsein und schwere Kreislaufprobleme aus. Das Geräusch von knackenden Gelenken oder das Pulsieren meines eigenen Blutes beim Blutdruckmessen konnte ich nur schwer ertragen. Oft reichte schon ein bestimmtes Wort, um in meiner Vorstellung Bilder entstehen zu lassen, die ich nicht abschalten konnte. Der Anblick von Blut oder Spritze löste bei mir unwillkürlich Herzrasen, Kreislaufprobleme und Übelkeit aus.

ZIELE:

Mein Wunsch war es, mich stark, lebendig und kraftvoll zu fühlen. Ich möchte stark sein für mein Baby sowie ein positives Gefühl im Hinblick auf die Geburt haben.

Ressourcenentwicklung: Ich suchte nach

Situationen, in denen Herzklopfen, das Pulsieren des Blutes usw. mit positiven Körperempfindungen und Glücksgefühlen verbunden waren.

ERSTE SITZUNG 100 MIN:

» Die Pat. ist 34,5 Jahre alt und im 5. Monat schwanger.

Sie betrachtet die Momente der höchsten Belastung in den Stresssituationen kurz vor außen mit gesundem Abstand, benennt ihre Gefühle und die zugehörigen Gedanken. Die konstruktive Beschreibung reicht aus, um die neu zu verknüpfenden neuronalen Stressnetzwerke sanft und schonend anzusprechen. Die Pat. schätzt die empfundene Intensität der Belastung in den „Ausgangs“- Situationen auf der roten SUD – Skala von 0% – 100% ein. Sie ist 100%. (www.karl-josef-sittig.de/interferenz)

STRESSKOGNITIONEN:

Die Pat. reduziert unbewußt die Komplexität der „Symptome“ auf „die Moral von der Geschichte“: „Wenn ich Spritzen sehe, Blut

rauschen fühle, Gelenke knacken höre, ärztlichen Eingriffen ausgesetzt bin, bin ich in höchster Gefahr, ausgeliefert, ohnmächtig, wehrlos, ohne Kontrolle,....ich könnte sterben.“

Ressourcenkognitionen:

„Ich bin stark, ich kann das bewältigen, ich habe überlebt, ich bin lebendig.“

ERKLÄRUNGSMODELL DER PATIENTIN:

» Die Patientin erklärt sich die Ursachen der „Symptome“:

Die Kreislaufschwierigkeiten kommen daher, dass mein Blutdruck in so einem Moment stark abfällt. Dann wird mir schwindelig und übel, und ich habe das Gefühl, ich könnte jeden Moment ohnmächtig werden. Zur Geburt: Von meiner schwierigen Geburt haben mir meine Eltern schon früher oft erzählt. Nachdem meine Mutter mit den ersten Wehen ins Krankenhaus ging, vergingen insgesamt drei Tage, bis ich letztendlich mit einem Kaiserschnitt geholt wurde, weil die Geburt nicht voranging. Währenddessen hatten meine Eltern die

ganze Zeit große Angst um mich (Herztöne wurden schlechter). Die Narkose beim Kaiserschnitt war nicht ausreichend, so dass meine Mutter bei dem Eingriff wohl teilweise bei Bewusstsein war. Danach hatte sie sehr starke psychische Probleme und konnte sich kaum um mich kümmern.

ANREGUNG FÜR ZU HAUSE BIS ZUR NÄCHSTEN SITZUNG:

Die Patientin bekommt den Zettel mit den maßgeschneiderten Ressourcenkognitionen und den bereits aktivierten Ressourcensituationen mit nach Hause mit der Idee, weitere Ressourcensituationen zu ergänzen. In Alltagssituationen, in denen sie das gut brauchen kann, aktiviert sie das passende Ressourcenerleben („Ich bin stark, ich kann das bewältigen, ich habe überlebt, ich bin lebendig.“) in vivo so, wie sie es in der Sitzung gelernt hat mit Tappen, Körper- und Wortanker.

ZWEITE SITZUNG 100 MIN:

» Was war für die Pat. in der letzten Stunde besonders wichtig?

Die Pat. beschreibt weitere zu Hause gefundene Ressourcenkognitionen und -situationen. Sie benennt noch einmal kurz die Stress assoziierten Gefühle in den belastendsten Momenten und die zugehörigen Stress assoziierten Kognitionen. Sie schätzt subjektiv empfundene Ladung in den Stress auslösenden Situationen auf der roten SUD – Skala von 0% – 100% ein. Sie ist 60%. Das dauert ca. 5 Minuten maximal 10 min!

„Wie sehen die jetzt aus? Hat sich schon etwas verändert?“

Die Stress assoziierten Situationen (Spritze, Blut...) sehen aufgrund des verminderten Stresses anders aus. Die weiteren ca. 90 min der 2. Sitzung sensibilisieren wir die Ressourcensituationen mit Hypnose, R-EMDR / R-EP bis die Intensität der Ressourcenladung jetzt mindestens mit 80% auf der gelben SUR- Skala empfunden wird. www.karl-josef-sittig.de/interferenz

Durch implizites Löschen sinkt der Belastungspegel sehr schnell, ohne dass die Stresssituationen überhaupt bewusst wahrgenommen werden!!!

Wenn der SUR (gelbe Skala) über 80% ist frage ich die Patientin, wie die Stress- Situationen jetzt aussehen. Sie werden innerlich mit größerer Distanz und emotionalem Abstand wahrgenommen.

Die Ressourcensensibilisierung erfolgte mittels R-EMDR Tönen von der Töne-CD und mittels Tappens. Die genaue Beschreibung und Anwendung finden Sie unter:

www.karl-josef-sittig.de/r-emdr-toene-gebrauchsanweisung.

DIE PAT.:

In den folgenden zwei Sitzungen ging es darum, die Zielkognitionen weiter zu verankern. Die Ressourcensituationen („Ich bin stark, ich kann das bewältigen, ich habe überlebt, ich bin lebendig.“) wurden nun mit Glücksgefühl verknüpft.

Interferenz:

Als nächstes sollte ich mir die negativen und die positiven Situation im Wechsel vorstellen, um das Negative mit dem Positiven zu überlagern. Zwischendurch überprüfte Herr Sittig wiederholt, ob die Vorstellung des Blutabnehmens noch unangenehme Empfindungen in mir auslöst. Gegen Ende der Sitzung war ich bereits so weit, dass ich ohne negative Gefühle an Spritzen denken konnte. Zuletzt gingen wir dann auch noch auf die Geburt ein, um auch hier positive Verknüpfungen zu schaffen.

ERGEBNIS:

Einige Tage nach der Behandlung war ich für eine Blutabnahme beim Arzt. Ich visualisierte meine positiven Ressourcensituationen, bis ich ein Glücksgefühl spürte und die leichte Panik verflogen war. Ich ging dann verhältnismäßig entspannt in den Behandlungsraum und konnte zum ersten Mal eine Blutabnahme im Sitzen und ohne Kreislaufprobleme über mich ergehen lassen. In den darauffolgenden Wochen musste ich noch einige Male hin und jedes Mal ging ich vorher kurz in mich, um mich wie oben beschrieben auf die Behandlung vorzubereiten. Mit jedem Mal hatte ich weniger Probleme.

Mittlerweile, mehr als zwei Monate nach der Behandlung, kann ich ohne jegliche Vorbereitung zum Blutabnehmen. Auch das Pulsieren meines Blutes (wie beim Blutdruckmessen) löst keine negativen Empfindungen mehr aus. Der Geburt sehe ich verhältnismäßig entspannt entgegen, weil ich weiß, dass mein Körper stark ist und ich mich in der Situation sicher und gut aufgehoben fühlen kann.

DRITTE SITZUNG 100 MIN

Die Struktur der 3. Sitzung ist wie die der 2. Sitzung.

Durch implizites Löschen sinkt der Belastungspegel sehr schnell, ohne dass die Stresssituationen überhaupt fokussiert werden, also ohne Konfrontation!!!

Kleine Reste der Belastung werden bewusst interferiert.

In der Zukunftsprojektion löscht die Patientin auch die vorgestellte Belastung implizit sanft durch Interferieren der Ressourcen-Ego-States mit diesen Situationen in sensu. Sie hat zum Schluss der Sitzung keine Belastung (SUD 0%) mehr und ist zuversichtlich.

Nach der Geburt meldete sich die Pat. noch einmal. Die Geburt ist sehr gut verlaufen ohne weitere Symptome. Das Baby wohlauf.

Den »LIFT - Leitfaden für Patienten finden Sie hier:

www.karl-josef-sittig.de/leitfaeden «

Literaturempfehlung des Verfassers:

Werner A. Leeb, Bernhard Trenkle und Martin F. Weckenmann (Hrsg.)

Der Realitätenkellner, Artikel von Karl-Josef Sittig S.321 ff



Der Autor
Dipl.-Psych.
Karl-Josef Sittig

Dipl.-Psych. Karl-Josef Sittig

Geb. 1953. Sport und Mathematik (Staatsexamen), Diplom-Studiengang „Klinische Psychologie“ an der WWU Universität Münster, Dozent der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V. (DGH), EMDR – Supervisor und Facilitator (EMDRIA) am EMDR – Institut Dr. Arne Hofmann, Advanced Energy Psychology®, EDxTM™ Certified Practitioner (F. Gallo) usw. Dozent für Ausbildungsinstitute und internationale Kongresse, seit ca. 30 Jahren ambulant tätig in eigener Praxis mit Trauma-Therapie-Schwerpunkt „Spezielle Psychotherapie (DeGPT)“, Kassenzulassung für Verhaltenstherapie und Hypnose.

Hypnose trifft bilaterale Stimulation

Erfahrungen und Experimente aus der Praxis

Autorin: Dr. phil. Sigrun Kurz /
Fotos: DGH, Dr. phil. Sigrun Kurz

Das Prinzip der bilateralen Stimulation ist den meisten KollegInnen aus der Praxis als sehr wirkungsvoll und hilfreich bekannt. Es ist das zentrale Wirkphänomen im EMDR, Wingwave und anderen verwandten Verfahren. Während eine definierte Thematik im Fokus steht, wird mithilfe gleichmäßiger Rechts-Links-Reize das innere Netzwerk mit den beiden Hirnhemisphären ausgewogen aktiviert und ausbalanciert.

Die bilaterale Stimulation erfolgt klassischer Weise über die Augenbewegungen; möglich ist aber auch eine akustische Form (z.B. Fingerschnipsen oder Einspielen von Tönen über Kopfhörer) oder –inzwischen auch zunehmend eingesetzt– die taktile Variante, das sogenannte Tapping. Es kann durch den Behandler ausgeführt werden (etwa durch kurze Berührungen auf den Handrücken), ist aber auch durch den Probanden selbst möglich wie bei der sogenannten Schmetterlingsumarmung.

Eine besondere Form der bilateralen Stimulation ist das Wiegen bzw. Gewiegtwerden, offenbar ein Teil der menschlichen Grundausstattung. Überall auf der Welt wiegen Eltern ihre kleinen Kinder, um sie zu beruhigen, zu trösten oder zum Einschlafen zu bringen. Wir können davon ausgehen, dass nahezu jeder Mensch diese Erfahrung gemacht hat.

In der Praxis stellt sich natürlich die Frage, wie sich die positive Wirkung der bilateralen Stimulation für die Trancearbeit nutzen lässt. Die einfachste Form, die auch von verschiedenen Hypnosetherapeuten bereits eingesetzt wird, ist ein Tapping während der Trance. Es wird durch den Probanden selbst durchgeführt und dient beispielsweise zur weiteren Beruhigung oder um erreichte positive innere Befindlichkeiten zu festigen und zu verankern. Dieser Ansatz erwies sich in der Praxis durchaus als hilfreich und gewinnbringend. Der Selbsthilfaspekt ist günstig. Die Rechts-Links-Stimulation wird auch später zum Auslöser für die in der Trance erlebte gute Befindlichkeit:

» „... und während sich all diese behaglichen Gefühle ... und diese neuen Möglichkeiten ... fest im Innern verankern ... geben Sie sich mit den Händen ... abwechselnd rechts und links ganz langsam eine leichte Berührung ... rechts ... links ... rechts ... links ... rechts ... links und noch einmal rechts ... und links ... um all das Erlebte zu festigen ... gut ... und dann ballen Sie noch einmal beide Hände fest zur Faust ... und öffnen sie wieder ... und damit kehren Sie allmählich zurück ins Hier und Heute ...“

Diese Form ist erfahrungsgemäß sehr eindrücklich und zeigt längere Wirkungsdauer. Wie bei einem Konditionierungsprozess kann die Rechts-Links-Stimulation zum

Auslösestimulus für das in der Trance Erarbeitete werden. Gleichzeitig entspannt und beruhigt die Bilateralität.

Doch gerade in tieferen Trancezuständen wirkt die Anleitung zur Rechts-Links-Stimulation oft etwas künstlich und mühsam. Als sehr viel leichter und eleganter erweist sich die Anwendung der bilateralen Stimulation innerhalb der Vorstellung, also als imaginierte bilaterale Stimulation. Wie die moderne Hirnforschung zeigt, bewirkt allein die vorgestellte Handlung im Gehirn (fast) genauso viel wie eine wirkliche Erfahrung. In der Hypnose arbeiten wir ständig mit diesem Phänomen. Imaginierte bilaterale Stimulation kann harmonisch in die Hypnoseanleitung eingeflochten werden und implizit wirken.

Ein erster Versuch in meiner Praxis war die Hypnoseanleitung Golden globe (veröffentlicht in „Verborgene Kräfte wecken“) zur Schmerzlinderung. Imaginiert wird eine goldene Kugel, die sich fortwährend –korrespondierend mit der Atmung– in einem Bogen aus der rechten in die linke Hand bewegt und wieder zurück ... und so fort. In einer anderen Hypnoseanleitung „Wie in Abrahams Schoß“ (ebd.), die vor allem zum Trost gedacht ist, wurde das Gewiegtwerden in einer Hängematte mit eingeflochten. Die Rückmeldungen dazu waren äußerst positiv und ermutigend, so dass ich diesen Ansatz der imaginierten bilateralen Stimulation in meiner Arbeit weiterverfolgte.

Als besonders geeignet erweist sich imaginierte bilaterale Stimulation vor allem immer dann, wenn Entspannung und Beruhigung gefragt sind, also beispielsweise bei Unruhe und Angstzuständen, ebenso bei Schmerzstörungen und bei Depression. Äußerst positive Wirkung zeigt sich auch bei Einschlafstörungen.

Bereits in der Induktionsphase lassen sich taktile Rechts-Links-Reize integrieren:

» „... und Sie gehen langsam eine große Treppe hinunter ... zuerst mit dem rechten Fuß die erste Stufe ... und dann mit dem linken Fuß die zweite Stufe ... und die dritte Stufe wieder mit dem rechten Fuß ... und die vierte Stufe mit dem linken Fuß ...“

Bei der imaginierten bilateralen Stimulation im visuellen Bereich lässt sich oft beobachten, dass dabei hinter den geschlossenen Augenlidern tatsächlich leichte Augenbewegungen stattfinden (Ausschnitt aus der Behandlung einer Patientin mit Insomnie):

» „... und während Sie da am Strand sitzen ... und aufs Wasser schauen ... sehen Sie die Segelboote ... die dort kreuzen ... von rechts ... nach links ... und von links nach rechts ... hin ... und her ... und her ... und hin ... von rechts ... nach links ... und von links nach rechts ... und dann entdecken Sie ... weiter hinten ... ein großes Kreuzfahrtschiff ... das Traumschiff ...“

Auch akustische Stimulation kann imaginiert werden (Ausschnitt aus einer Schmerztherapie):

» „... einfach diesem Weg folgen ... der sich da vor Ihnen auftut ... zwischen den alten Bäumen hindurch ... und auf der rechten Seite zwitschert ein kleiner Vogel ... und links fliegt summend eine Hummel vorbei ... und dann hören sie auf der rechten Seite ganz entfernt eine Kirchturmuhren läuten ... und schließlich links ein kleiner Bach, der über die Steine gluckert ... mit reinem klarem Wasser ... frisch und klar ... und Sie stehen da auf dieser kleinen Brücke ... und hören das Glucksen auf der rechten Seite ... und dann wieder auf der linken Seite ... dieses unbeschwerte fröhliche Glucksen ... mal rechts ... mal links ... hier ... und da ... das Glucksen von dem kleinen Bach ... der so frei über die Steine dahin fließt ... und allein dieser Anblick bringt auch in Ihnen alles in Fluss ... und lässt sie frei werden ... frei und unbeschwert ...“

Die verschiedenen Sinneskanäle können selbstverständlich auch kombiniert werden (hier ein Auszug aus der Behandlung einer depressiv-ängstlichen Patientin):

» und Sie spazieren durch die Wiesen ... alles so frisch und grün ... und auf der rechten Seite hören Sie von weitem einen Bauern mit seinem Traktor ... und auf der linken Seite bimmeln irgendwo ganz entfernt die Glöckchen einer Ziegenherde ... und rechts ruft der Bauer seinen Leuten etwas zu ... während auf der anderen Seite jetzt

auch ein Vogel zwitschert ... und Sie gelangen zu einem Kornfeld ... da wiegen sich die Ähren im Sommerwind ... ganz langsam von rechts nach links ... und von links nach rechts ... und wieder zurück ... und hin und her ... und Sie können dastehen und schauen ... auf diese Kornähren, die sich hin ... und her wiegen ... und zwischen den Getreideähren gibt es viele Blumen ... weiße Margeriten ... blaue Kornblumen ... und wunderschöne rote Mohnblüten ... und auch sie wiegen sich behutsam hin und her ... im Windhauch ... von rechts nach links ... und von links nach rechts ... und hin ... und her ... und wie das wohl sein mag, in so einer Blüte zu liegen ... in diesen zarten samtigen Blütenblättern ... und selbst gewiegt zu werden ... von rechts nach links ... und von links nach rechts ... sich wiegen lassen ... ganz sachte ... hin ... und her ... und her ... und hin ... so dass alles im Körper in eine zarte feine Schwingung kommt ... nur ganz leise spürbar ... und gerade dadurch so wirksam ... dieses Gewiegtwerden und Dahinschwingen ... und alles löst sich ... sich einschwingen ... rechts ... und links ... und links ... und rechts ... hineinschwingen in ein immer größer werdendes Wohlbehagen ... in der roten Klatschmohnblüte ... dieser Inbegriff von Lebensfreude ... und Kraft und Energie ...“



Die Autorin
Dr. phil.
Sigrun Kurz

Dr. phil. Sigrun Kurz

Diplom-Psychologin und approbierte Psychotherapeutin, Praxis für Psychotherapie, Psychoonkologie und Hypnose in Bremen, Zusatzausbildungen in VT, TP, Hypnose, EMDR und Psychoonkologie
Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapie bei schweren bzw. chronischen körperlichen Erkrankungen insbesondere Krebs, psychosomatischen Beschwerden, Schmerzsyndromen, Unfallfolgen



Mass Psychogenic Illness: Psychogene Krankheit als Massenphänomen

Autor: Ph. D. Gary Bruno Schmid / Fotos: DGH, shutterstock

Kompletter Artikel auf www.dgh-hypnose.de

Der Ausbruch von Massenhysterie im Zusammenhang mit möglichen Krankheiten (mass psychogenic illness MPI) ist in der Literatur wohl bekannt (Greenberg et al. 1998). Hierzu ein aktueller Bericht (1998):

Kurzform des Artikels, der gesamte Artikel findet sich auf der Website der DGH:
www.dgh-hypnose.de

Eine High School Lehrerin nimmt einen ‚benzinartigen Geruch‘ in ihrem Klassenzimmer wahr. Kurz darauf leiden mehrere Schüler unter Atembeschwerden, Kopfwahl, Müdigkeit, Schwindelgefühl und Übelkeit. Die Schule wird evakuiert und 80 Schüler und 19 Lehrer werden notfallmäßig ins Spital gebracht; 38 Personen bleiben sogar über Nacht. Fünf Tage nach der Wiedereröffnung des Schulhauses gab es immer noch 71 Leute mit Symptomen. Trotz eingehender intensiver Untersuchung wurde kein objektivierbarer Grund für diese Massenhysterie gefunden (Jones et al. 2000), (Black Murray 2000; Goode 2000; Heuser 2000; Miller Ashford 2000; Rifkin 2000).

Obwohl sich Frauen anscheinend eher an persönlichen Erfahrungen orientieren, waren sie an dieser Art von Massenhysterie überproportional beteiligt. Vermutlich reagieren auch Frauen in der Masse anders als allein.

DIESES PHÄNOMEN (MPI) WURDE EXPERIMENTELL WIEDERHOLT:

Per Zufallsprinzip ausgewählte Studenten wurden gebeten in einer Placebo-Studie ein für den Teilnehmer angeblich toxisches Umweltgift einzusatmen. Die Substanz sollte bis zu vier verschiedene Beschwerden auslösen können: Juckreiz, Kopfwahl, Müdigkeit, Übelkeit. (Alle vier Symptome sind nebenbei gesagt typisch für MPI-Ereignisse.) Der

Hälfte der Teilnehmer wurde dabei eine eingeweihte Teilnehmerin präsentiert, die entsprechende Symptome zeigte. Studenten, die das Placebo-Gas inhaliert hatten, klagten unabhängig vom Geschlecht über stärkere Beschwerden als diejenigen, die nichts eingeatmet hatten; die berichteten Symptome repräsentierten statistisch signifikant die erwarteten Symptome bei beiden Geschlechtern; stärkere Symptome wurden nur bei den Frauen beobachtet, die gesehen hatten, wie die eingeweihte Person desselben Geschlechts durch das Inhalieren angeblich krank wurde. (Lorber et al. 2007).

DEFINITION: MASS PSYCHOGENIC ILLNESS MPI

Eine „Massenhysterie – Massenpsychogene Krankheit“ (zu Englisch: „Mass Psychogenic Illness“ mit der Kürzel: MPI) (Greenberg et al. 1998) liegt vor, wenn:

der Ausbruch einer Massenhysterie (Konversionsstörung) im Zusammenhang mit einer mutmaßlichen Erkrankung steht, die einen:

- » *umweltbedingten,*
- » *chemischen,*
- » *viralen,*
- » *bakteriellen oder*
- » *kryptogenen Ursprung hat.*

Solch eine (MPI) kann in eine Massenpsychose, eine Massenerkrankung oder sogar

in ein Massensterben münden. Unter bestimmten ungewöhnlichen Umständen allgemeiner Spannung und Angst kann die Vorstellungskraft sich kollektiv als Massenhysterie manifestieren. Psychodynamische Faktoren wie z. B. Übertragungen, Gegenübertragungen und Theory of Mind (ToM) spielen dabei eine maßgebende Rolle. Während Übertragung und Gegenübertragung den meisten Psychotherapeuten bestens bekannt sind, dürfte der Begriff Theory of Mind (ToM), dem in Fachkreisen der künstlichen Intelligenz eine große Bedeutung zukommt, weniger geläufig sein. Eine Theory of Mind (ToM) ist eine Mutmaßung, ob und wie ein Gegenüber (Drittperson, Tier, Pflanze, Objekt usw.) geistig-seelisch denkt.

Wenn der Mensch sich eine Art ToM vom Universum macht, ist das «magische Denken» immer beteiligt.

MAGISCHES DENKEN

Magisches Denken geschieht intuitiv, automatisch und bedingungslos in den Köpfen und schneller, als man bewusst denken kann. Dabei sind zwei „Gesetze“ von Bedeutung, einzeln oder im Tandem (Frazer 1928a, b):

- » *Das Gesetz der Berührung: pars pro toto, d. h. das Wesen des Ganzen ist in jedem einzelnen Teil vorhanden.*
- » *Das Gesetz der Ähnlichkeit: Original und*



Nachbildung gleichen einander metaphysisch betrachtet so sehr, dass eine Wirkung auf das Original durch eine Bearbeitung der Nachbildung hervorgerufen werden kann.

Ein MPI-Syndrom wesentlich aktiviert und unterhalten durch magischen Denken floriert in krankheitsbegünstigenden «ökologischen Nischen», die durch vier Umstände definiert sind (Hacking 1999):

- » *1. Das Syndrom ist sichtbar für alle (Objektivierbarkeit / soziale Erwünschtheit).*
- » *2. Das Syndrom passt ins lokale Krankheitsverständnis (kultureller Relativismus).*
- » *3. Das Syndrom ermöglicht Zuflucht an einen „Ruheort“, weg von den sonstigen kulturellen Stressoren (Krankheitsgewinn).*
- » *4. Je genauer das Syndrom untersucht wird, desto lebensbedrohlicher erscheint es (pathogene Überzeugung).*

Die Wirkung des vierten Punktes wird durch das Phänomen der «dyadischen Vervollständigung» potenziert, wie wir unten sehen werden.

DYADISCHE VERVOLLSTÄNDIGUNG

Wenn es moralisch nicht gut ist, etwas zu tun, muss derjenige, der es dennoch tut, die negativen Konsequenzen tragen: Die

Moral erschafft die Sünde; das Gute das Böse; das Gesundheitsfördernde das Krankmachende und vor allem: wer das Gute verletzt, wird zum Bösen und bestraft, ob vom Gesetz mit einer Buße oder von einer höheren Macht mit einem Schicksalsschlag. Das nennen Psychologen «dyadische Vervollständigung» (Gray et al. 2014). Auch eine positive (moralische, gesundheitsfördernde o. ä.) Überzeugung im Kopf allein reicht nicht aus, sondern es braucht Opfer, damit der Mensch an sie glaubt.

Dyadische Vervollständigung passiert wie auch das magische Denken intuitiv, automatisch und bedingungslos in den Köpfen und schneller, als man bewusst denken kann. Sie erfordert keine aufwendige Rationalisierung. Wo eine Moral ist, die uns ermöglicht zu entscheiden, ob und wann etwas unrecht ist, muss auch ein (zu vermeidender) Schaden an Leib und Seele drohen, wenn man unrecht handelt. Der Schaden ist kein Gerede, sondern im Kopf des Moralisten sehr real. Er braucht ihn, auch wenn es dafür keine Nachweise gibt. Psychologisch gesehen ist ein Verstoß gegen eine moralische Überzeugung nie harmlos, es gibt keinen ungefährlichen Übertritt einer moralischen Überzeugung, z. B. eine Sünde vor Gott. Ein klassisches Beispiel ist Masturbation (Schlag 2015):

«Die verschwenderische Ergießung des Samens verursacht Schwachheit, Träg-

heit, Magerkeit, eine Zehnung, die von dem Rücken ihren Namen hat; ferner Schwächung der Sinnen, Mattigkeit, geschwächten Verstand, Ohnmachten und Krämpfungen.» Das schrieb Mitte des 18. Jahrhunderts der Westschweizer Arzt Simon-Auguste Tissot, um seine Zeitgenossen vor Selbstbefriedigung zu bewahren. Er war keine Ausnahme. Unzählige Ärzte warnten damals vor Gefahren, schlimmer als Pest und Krieg, wenn der Mensch Hand an seine Geschlechtsorgane lege. Heute weiß jeder, dass Selbstbefriedigung keine Opfer fordert. Grund für ihre Verdammnis war einzig die herrschende Moral. Die Homosexualität oder die Schändung von Mohammed durch ein Bild sind andere und immer noch aktuelle Beispiele. Ob die Opfer von Übertretungen derartiger moralischer Gesetze von Gott bestraft werden, scheint mir von uns Menschen nicht überprüfbar, von den entsprechend moralisch denkenden Menschen erfolgt die Strafe jedoch rasch.

Jedes Syndrom lässt sich dyadisch vervollständigen. Dyadische Vervollständigung begünstigt das Phänomen MPI:

- » *Je gesünder es ist, „gesund“ zu essen, desto krankheitsfördernder muss es sein, nicht „gesund“ zu essen.*
- » *Je gründlicher mein Arzt mich untersucht, desto größer muss die Bedrohung meiner Gesundheit sein.* »

- » Je genauer das Syndrom vom Gesundheitssystem erforscht wird, desto lebensbedrohlicher müssen die Risiken und Folgen einer Ansteckung der Bevölkerung sein (intuitive Überzeugung).
- » Je mehr meine soziale Umgebung leidet (in Panik gerät, Krankheitssymptome manifestiert usw.), desto wahrer müssen die Ursachen des Problems sein und desto zwingender muss auch ich darunter leiden.

Das soziale Umfeld kann einen bis Milliarden von Menschen umfassen. Ab wann wird psychologisch gesprochen eine Gruppe zur Masse?

GRUPPE ODER MASSE?

Menschen in Gruppen oder Massen verhalten sich anders, als ein Individuum sich allein verhält:

- » Gruppe: überschaubar- bzw. zählbare Anzahl.
- » Masse: ungeformte, meist breiige Materie bzw. große, unüberschaubare Anzahl.

Bei Gefahr wird aus einer Gruppe schnell eine Masse, die durch Angst zusammengeschweißt quasi als eine Person reagiert! Wenn z. B. plötzlich und unerwartet in einer großen Gruppe von besonnenen Psychotherapeuten "FEUER!" ertönt, wird auch diese Gruppe wahrscheinlich schnell zur Masse. Wie gross eine Gruppe sein muss, dass sie zur "kritiklosen kritischen Masse" wird, also wie eine Masse reagiert, hängt von der jeweiligen Situation (Gruppe der Psychotherapeuten) und den Umständen (jemand ruft "Feuer!") ab.

VOM INDIVIDUUM

(GEHIRN+ÜBERHIRN) ZUR GRUPPE (SOZIALHIRN): (KRITISCHE) MASSE

Aus einer psychobiologischen Perspektive können wir uns das Bewusstsein als einen informationsverarbeitenden Prozess vorstellen, dem komplexe Verbindungen resp. Interaktionen von Atomen und Molekülen in den verschiedenen Geweben und Organen zugrunde liegen. Das Bewusstsein hat allerdings noch niemand gesehen, auch wenn die meisten Wissenschaftler überzeugt sind, dass es der Sitz der Intelligenz (IQ) und der emotionalen Intelligenz (EQ) sei und ir-

gendwie mit der Funktionsweise des Individualhirns zu tun haben muss, insbesondere mit den systemischen Vernetzungen der verschiedenen Hirnbereiche untereinander (Konnektivitätsmodell des Gehirns)! Kurz zusammengefasst lässt sich sagen, dass Bewusstsein durch die Vernetzungen innerhalb des Gehirns unter Mitwirkung der Quantenphysik (Schmid GB 2015, 2016) entsteht. Bei der Frage nach dem Wesen des Bewusstseins gehen mehrere Denkansätze noch weiter: weg vom relativ isolierten Ort des Gehirns über den Einbezug der anderen Organe bis hin zum übergeordneten System des Körperbewusstseins. So könnte ein mögliches Überhirn aus der Summe aller Körperzellen, genauer vielleicht die Gemeinschaft aller Zellkerne, einschließlich derjenigen im Mikrobiom (Hanage 2014), bestehen. Alle Zellkerne eines Lebewesens (denn die Zellkerne des Mikrobioms sind sicher nicht die Zellkerne des Menschen) sind unter sich einheitlich, da sie alle von derselben befruchteten Eizelle (Zygote) abstammen. Hier sei erinnert an die ortsunabhängige Natur von Stammzellen, die sich fast beliebig in diversen Organen lokalspezifisch weiterentwickeln können. In diesem Sinne kann man wohl von einer verkörperten Intelligenz reden.

Weiter ist hinlänglich bekannt, dass wir Menschen soziale Wesen und auf andere zwingend angewiesen sind. Seit einigen Jahren befassen sich auch die Neurowissenschaften und insbesondere die Hirnforschung damit, wie sich unser Sozialverhalten, das sich zwischen mehr oder weniger stark miteinander kommunizierenden Personen abspielt, im Gehirn abbildet. Die Hirnareale (u. a. die Amygdala und die Spiegelneuronen), die bei Kommunikationen und Interaktionen aktiviert werden, fasst man in den Neurowissenschaften üblicherweise als das Sozialhirn zusammen. Das Sozialhirn ist jeweils bei allen an einer Kommunikation beteiligten Individuen aktiv und steht u. a. im Zusammenhang mit dem Phänomen Schwarmintelligenz. Das Kürzel 2PN steht für „two-person neuroscience“ oder auf deutsch 2-Personen-Neurowissenschaft, die das Sozialhirn und seine Arbeitsweisen erforscht (Garcia Ibanez 2014). Laut der 2PN ist das menschliche Gehirn ein soziales Organ, das gar nicht dafür geschaffen ist ganz alleine zu leben, und das erst in interaktiven sozialen Gefügen Informationen lernt, (re)konstruiert,

kreiert, benutzt und weitergibt. Nun kann man als Sozialhirn die neuronalen Strukturen aller Personen verstehen, die an einer Kommunikation bzw. Interaktion teilnehmen und dabei gleichzeitig aktiviert werden. An dieser Stelle erinnere ich an die Arbeiten von Stanley Milgram zu den Themen „Gehorsamkeit und Autorität“ (Milgram 1967) und „Masse und Moral“ (Milgram 1974) sowie an das "Stanford Prison Experiment" von Philip Zimbardo (Zimbardo Philip G. 1971; Zimbardo P. G. 2012) und „Masse und Macht“ von Elias Canetti (Canetti 1983).

PANDEMIEN

Das Phänomen MPI kann zu einem ernsthaften Problem bei mutmaßlichen Epidemien und Pandemien und bei groß angelegten Gesundheitsaktionen werden. Viele Beispiele sowohl aus der Weltgeschichte als auch aus der modernen Zeit zeigen einige allgemeine Massenphänomene im menschlichen Verhalten, die sehr ähnlich den psychogenen Massenphänomenen sind bzw. als solche bezeichnet werden können. «



Der Autor
Ph. D. Gary Bruno
Schmid

PH.D. GARY BRUNO SCHMID,

Quantenphysiker (Ph.D. 1977), Psychologe und Psychotherapeut SPV. Dozent in der SSMH-Ausbildung und Supervisor mit Leitung einer Regionalgruppe in der Stadt Zürich. Psychiatrische Forschung und klinische Arbeit mit Schwerpunkt Psychose seit 1985. Psychotherapeutische Praxis in Zürich seit 1988. Hypnotherapeutische Arbeit seit 1992 mit Schwerpunkt Psycho-neuroimmunologie. Zahlreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen u.a. die Bücher Tod durch Vorstellungskraft: Das Geheimnis psychogener Todesfälle (2009), Selbstheilung durch Vorstellungskraft (2010) und Biunity (Ikilibirlik) (2008).

Trauma – wie Hypnotherapie hilft

Die DGH veranstaltet vom
05.05.2017 bis zum 06.05.2017
die Projekttag
„TRAUMA – WIE
HYPNOTHERAPIE HILFT“
in Bad Lippspringe.



Eine Traumatisierung kann durch unterschiedliche Ursachen wie Unfälle, Naturkatastrophen, körperliche oder sexueller Gewalterfahrung ausgelöst werden.

Diese Patienten leiden unter Vermeidungsverhalten, flash backs oder ausgeprägten vegetativen Störungen, was zu schwerwiegenden Folgen im privaten und beruflichen Umfeld führen kann. Unter bestimmten Bedingungen kann sich daraus eine anhaltende posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickeln. Diese Patienten profitieren von der geschützten Bearbeitung traumatischer Inhalte, der Rückgewinnung ihrer Autonomie und die Integration dieser Erfahrung in die weitere persönliche Entwicklung. Hypnose und Hypnotherapie bieten vielfältige Behandlungsmöglichkeiten, um diesen zentralen psychotherapeutischen Herausforderungen von Traumatisierung behutsam und wirksam zu begegnen.

Während der Projekttag werden namhafte Referenten die Entwicklung von Traumatisierung und deren Behandlung aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchten.

Frau Dipl.-Psychologin Carina Heeke arbeitet am Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin und wird über Psychopathologische und Psychosoziale Konsequenzen im Kontext gewaltsamer Konflikte berichten. Universitätsprofessor Dr. Hans-Peter Kapfhammer aus Graz wird die Neurobiologie der PTBS erklären. Frau Dr. Gisela Perren-Klingler aus

Basel wird grundlegende Schritte aufzeigen, die das Gehirn zur Integration eines Traumas braucht. Über Traumatisierung im Kindesalter und Einsatz der bindungsorientierten Hypnotherapie wird Frau Dr. Bodmann-Bambach informieren.

Neben den o.g.Vorträgen am Freitag werden am Samstag vielfältige praxisorientierte Workshops angeboten. Dafür konnten renommierte Referenten aus dem In- und Ausland, wie z.B. PhD Woltemade Hartman aus Südafrika, gewonnen werden.

Themen der Workshops werden u.a. sein: „vom professionellen Umgang mit Menschen in Extremsituationen“ z.B. bei Terroranschlägen, Naturkatastrophen, „die Behandlung traumatisierter Kinder“ bis hin zur „Behandlung komplexer Traumata mit der Ego-State Therapie“. Dabei wird eine Vielzahl von hypnotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten in den Workshops angewendet und eingeübt werden können.

Neben dem attraktiven Vortrags- und Workshopprogramm können Sie die angenehme Atmosphäre von Bad Lippspringe und das kurzweilige Rahmenprogramm genießen und dabei reichlich Gelegenheit auch zum kollegialen Austausch finden.

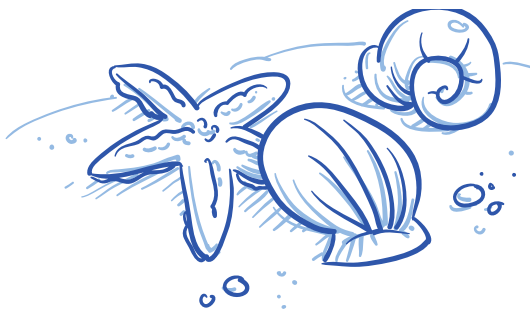
Wir würden uns freuen, Sie bei diesen Projekttag begrüßen zu dürfen!

Dr. Nikola Aufmkolk und Dr. Klaus Hönig im Auftrag des Vorstandes der DGH
Weitere Informationen finden Sie auf der Webseite der DGH:
www.hypnose-dgh.de «

Das Seepferdchen: beim Zahnarzt entspannt am Strand

Autorin: Dr. Agnes Kaiser Rekkas / Fotos: DGH, shutterstock

Technik: Diese Hypnose vor dem Zahnarztbesuch einige Male praktizieren. Hilfreich ist ein kleines Säckchen, in dem sich Linsen befinden, und auch kleine Muscheln, Steinchen und andere kleine Gegenstände wie Münzen o.ä. Dieses Säckchen kann erworben werden beim Hypnos-Verlag.



Die Autorin
Dipl.-Psych. Dr. rer.
biol. hum. Agnes
Kaiser Rekkas



**Kaiser Rekkas, Agnes,
Dr. rer. biol. hum.,
Dipl.-Psych., München**

Studium der Psychologie an der FU Berlin. Zertifikat in systemischer Therapie (Institut Weinheim) und Klinischer Hypnose. Eigene Praxis in München und Lehrtätigkeit in Klinischer Hypnose und Hypnotherapie im deutschen Sprachraum. Dozentin und Supervisorin der DGH, Fortbildungszentrum München, Vizepräsidentin der DGH. Mehrere Publikationen und therapeutische CD's.

Es wird ein wunderbarer Zahnarztbesuch ... und mein Zahnarzt wird begeistert sein denn ich bin während der ganzen Behandlung total entspannt ... entspannt am Strand ...

Ja, das wird eine neue Erfahrung, weil ich Hypnose nutze ... und wieso sollte ich nicht eine schöne Zeit haben? Und diese Zeit wird schnell vergehen ... und ich werde mich wundern, wie schnell die Behandlung vorbei ist ... ich mach einfach Hypnose und alles läuft wie von selber ... Gemütlich sitze ich auf der Zahnarztliege ... wie auf einem wunderbaren Strandstuhl ... nur noch viel viel bequemer ...

Ich schließe die Augen ... meine Atemzüge werden ruhiger und ruhiger ... ich nehme unter den geschlossenen Augenlidern Licht wahr ... wie helle, warme Sonnenstrahlen ... alles ist angenehm gedämpft ... und alles ist hoch professionell ... Meine Atemzüge werden tiefer und beru-

higen mich ... mein Körper entspannt sich immer mehr ...

Ich vertraue meinem Behandler ... ich vertraue in seine Erfahrung ... ich vertraue in die Situation ... aber ich vertraue auch mir selber ...

Ich gebe meine Zähne (mein Zahnfleisch / meinen Kiefer) einfach zur Reparatur ab ... wie ich ein Auto zum Mechaniker gebe ...

Und wie im Traum gehe ich an einen Sandstrand ... und beginne den schönen Strand entlang zu schlendern ... Schritt für Schritt ...

Alles Äußere wird unwichtig ... mit voller Aufmerksamkeit bin ich an meinem Strand ... meine Füße federn elastisch ab ... meine Arme schwingen locker ... und ich nehme intensiv die Umgebung wahr ... die Küstenlinie ... die Farben der Natur ... die Wolkenbilder ...

Mein Herz schlägt ruhig und regelmäßig ... es pumpt entspanntes Blut durch meine Adern ... und ich bemerke, wie gelassen ich bin ...

Mein Geist deutet alle Geräusche um ... das Klappern der Instrumente wird zum Klickern der kleinen Kieselsteine ... das Geräusch des Absaugegerätes wird zum Rauschen der Meeres ... und ich bemerke, wie all dies meine Hypnose vertieft ...

Ich wandere am Strand ... und höre nebenher meine Stimme mit den hypnotischen Worten ... ohne besondere Aufmerksamkeit ... Deutlich aber vernehme ich das Plätschern der Wellen ... das Klickern der kleinen Kiesel, die das Wasser mit jeder Welle heranspült ... und wieder mit sich zurückzieht ... das Kreischen der Möwen ... das feine Geräusch, wenn der Wind durch das Seegras streicht ... und das Tuten eines Schiffes in der Ferne ...

Und es sind genau diese Geräusche, die mich wissen lassen, ich bin an meinem schönen Ort am Meer ... und da bin ich wirklich gerne ... und genieße Licht und Luft ... und das Gefühl ganz da zu sein ...

Ich bemerke, wie ich von allem Äußeren weit entfernt bin ... und meine linke Hand wird von alleine leichter und leichter ... ich fühle, wie sie sich ein wenig abhebt ... vielleicht mit einer Möwe mitfliegt ... und ich sinke tiefer und tiefer in Hypnose ... vergesse die äußere Welt ... denn es ist sehr schön hier ...

Ich bin vollkommenen in meinem inneren Erleben und spiele nur mit, wenn ich aufgefordert werde zu reagieren:

„... den Kopf ein wenig drehen ... den Mund mehr öffnen ... oder mehr schließen!“

Ich werde das hören und automatisch befolgen ... wie eine Puppe, die auf bestimmte Signale hin funktioniert ...

„Den Mund weiter auf ... den Mund mehr zu ... den Kopf nach rechts ... oder mehr nach links ... aufsitzen ... ausspülen ... wieder zurücklehnen!“

Ich werde das automatisch machen wie eine Puppe ... denn in Wirklichkeit bin ich am Strand ... wandere am Saum des Wassers ... und fühle mich einfach richtig wohl ...

Die Zeit vergeht fließend ... leicht und frei ... vogelfrei ... ich fühle mich einfach wohl ...

Die wunderbare Meeresluft kühlt angenehm meine Atemwege und macht sie feucht, frei und glatt ... die Atmung fließt frei und gelöst ein und aus ... weit und frei ... die jodhaltige Luft des Meeres macht meine Kehle glatt ... sie fühlt sich einfach wohl ...

Meine Aufmerksamkeit wird auf ein schönes Plätzchen gelenkt ... und während sich meine linke Hand langsam senkt, lasse ich mich im Sand nieder ... ich habe einen wunderbaren Ausblick ...

Meine Hand beginnt den Sand zu fühlen ... sie beginnt im Sand zu wühlen ... und gräbt eine kleine Höhle ... und meine Hand fährt in diese Höhle hinein ...

(Die Hand in das Säckchen stecken.)

Ich bin ganz in meiner Hand ... im Sand ... sie fühlt kleine Kiesel ... kleine Muscheln ... die Finger erkunden ... sie wandern durch den feinen Sand mit den kleinen Gegenständen des Meeres ... während angenehmes Licht auf mich scheint ... und das Leben draußen weitergeht ... die Wellen plätschern ...

Meine Finger ertasten geschmeidige kleine Kieselsteine ... geglättet von der Bewegung des Meeres ... meine Hand findet kleine Meerestiere ... winzige Krabben ... der Sand rieselt durch meine Finger ...

... und ein Delphin nimmt mich mit auf die Reise ... ein Manta schwebt wunderbar elegant an uns vorbei ... und auf Aufforderung mache ich den Mund mehr auf oder zu und kooperiere mit meinem Behandler ... wie ferngesteuert ... wie eine Puppe ... meine Aufmerksamkeit aber ist am Strand ... und meine Hand geht auf Abenteuer mit den kleinen und großen Wesen des Meeres ... Die Zeit vergeht wie im Flug ... ich aber bin die Ruhe in Person ... ich bin am Strand ... mit meiner Hand im Sand ...

In der Muschel rauscht das Meer und erzählt Geschichten ... die Seesterne winken mit ihren roten Armen ... und das Seepferdchen frißt Seegras ... traumverloren ... Einfach nur schön ...

Warum sollte ich das nicht genießen? ... es geht mir gut ... und mein Behandler staunt, wie gut es mir geht ... auch die Mädels staunen ... und so geht alle Arbeit flink von der Hand ...

Die anderen arbeiten ... ich aber mach Ferien ... ich lasse mir etwas von der Muschel erzählen ... aus der Tiefe des Meeres ... ich freue mich an dem Seepferdchen, das senkrecht an mir vorbeischwimmt und wieder im Seegras verschwindet ... ich freue mich an der Muschel mit ihren Perlmutterfarben ... und sinke in tiefste Hypnose ...

Ich werde überrascht sein, wie schnell alles vorübergeht ... (Optional: ... und ich weiß, dass Wunden in dem Moment heilen, in dem sie geschlossen werden ...)

Ich werde beglückt sein, wie schön meine Zähne sind ... sie werden mir richtig gut stehen ...



Und alles läuft ab wie im Traum ... und das Seepferdchen schmunzelt ...

Am Tag der Behandlung bin ich die Ruhe in Person, weil ich die Nacht vorher tief schlafe ... ich träume schon von meinem Strand ...

Ich bin aufgeräumt und guter Dinge ... und sobald ich mich zur Praxis bewege, bewege ich mich gleichzeitig schon in leichte Trance ... kaum lehne ich mich auf dem Behandlungsstuhl zurück ... sinke ich in Hypnose ... und bin schon am Strand ...

Ich lass' die anderen arbeiten ... hochprofessionell ... ich aber mache frei! «

Wie vermarkte ich meine Praxis? Machen Sie, was Sie am besten können!

Autor: Andreas Precht M.A. / Foto: shutterstock

Praxismarketing: Versprechen geben und sie halten bringt die Patienten, die Sie möchten

Die Angebote von Facharztpraxen, Zahnärzten, Psychotherapeuten und Heilpraktikern werden immer vielfältiger, weil der wirtschaftliche Druck wächst. Wer den Praxisbetrieb ökonomisch gut organisieren möchte, steht häufig vor der Frage, welche zusätzlichen Angebote Geld in die Kassen der Praxis spülen könnten. Denn oft scheint Diversifizierung das Gebot der Stunde. Die Hoffnung dabei ist, mit einem breiten Strauß an Methoden, Therapien und vielleicht auch diversen Produkten, die man dem Patienten zusätzlich anbietet, wirklich auch noch den allerletzten zu erreichen und so die Wirtschaftlichkeit der Praxis sicher zu stellen.

Doch der Patient fühlt sich überfordert und sieht vor lauter Bäumen keinen Wald mehr: „Was mache ich mit meinen Rückenschmerzen? Rückenschule, Orthopädisches Stretching, Spezialmassagen, Yoga oder Qi Gong? Wohin gehe ich, wenn ich mich nicht ins Flugzeug traue? In die kognitive Verhaltenstherapie oder lege ich mich für längere Zeit auf die Analytiker-Couch? Oder hilft Hypnose? Oder

doch ein paar Beta-Blocker?“ – Vor lauter Methoden und Leistungen hat der Patient kaum noch eine Chance zu erkennen, was ihm wirklich hilft. Eine Orientierung der Anbieter an den Problemlösungsbedürfnissen der Patienten schafft Abhilfe.

WELCHE PROBLEME IHRER PATIENTEN LÖSEN SIE?

Die zentralen Fragen an die Praxis lauten deshalb auch: „Welche Probleme unserer Patienten können wir lösen? Welche lösen wir besonders gut (und besser als andere)? Welche Probleme möchten wir lösen – und welche nicht?“ –

Vielleicht mag es überraschen, dass auch nach Problemen gesucht werden soll, die man gar nicht lösen möchte. Doch es ist hilfreich, sich darüber klar zu werden, welche Leistungen für wen angeboten werden sollen – denn nicht alle Leistungen finden auch die Patienten, die die Praxis sich wünscht.

Soll die Praxis künftig rentabel werden, darf daher auch darüber nachgedacht werden, weniger statt mehr anzubieten. Gerade auf bestimmte Fachgebiete spezialisierte Praxen könnten sich dies zu Nutze machen – die Faustregel lautet:

- » Tu das, was Du am besten kannst
- » Tu das richtig und mit aller Kraft
- » Tu das auf Dauer
- » Und bleib dabei

DIE GRUNDLAGE FÜR IHR PRAXIS-MARKETING: VERTRAUEN

Haben Sie diese Fragen geklärt, haben Sie sozusagen nebenbei die Grundvoraussetzung für Ihr Praxis-Marketing geschaffen. Diese besteht darin, dafür zu sorgen, dass Ihre Patienten wissen, was Sie von Ihnen erwarten können und darauf vertrauen dürfen, genau dieses auch zu erhalten. Das heißt: Sagen Sie Ihren Patienten von nun an, welche Probleme Sie lösen – und auf entsprechende Nachfrage auch, welche nicht.

Doch bevor Sie starten, sollten Sie sich darüber klarwerden, dass Sie von nun an beabsichtigen, Ihren Patienten ein Versprechen zu geben, z.B. das Problem mit den Rückenschmerzen zu lösen. Versprechen sind dann gut, wenn Sie auch gehalten werden können. Werden sie es nicht, ist schnell jedes mühsam aufgebaute Vertrauen zwischen Ihnen und Ihren Patienten dahin. Und schlimmer noch: In vielen Studien wurde belegt, dass ein unzufriedener Kunde (Patient, Klient) im Schnitt sieben seiner Bekannten von dem Ereignis erzählt, das zur Unzufriedenheit geführt hat. Ein zufriedener Kunde berichtet dagegen im Durchschnitt nur einer anderen Person von seinem Zufriedenheitserlebnis. In den Zeiten sozialer Medien erreichen diese Nachrichten sogar eine Vielzahl von Personen.



Daher sind die folgenden Grundsätze zu beherzigen:

Was Sie über sich und Ihre Praxis sagen, muss wahr und nachvollziehbar sein (d.h. Ihr Patient erlebt bei jeder Begegnung mit Ihnen, dass Sie Ihr Versprechen halten.) Erzählen Sie vor allem denen von Ihrem Versprechen, deren Problem Sie lösen können.

EIN MARKENIMAGE AUFBAUEN

An dieser Stelle soll nun ein Konzept aus dem Marketing eingeführt werden, nämlich das der Marke. Jeder von uns kennt eine Vielzahl von Marken, so dass Beispiele an dieser Stelle wahrscheinlich unnötig sind. Den Marken, die Ihnen jetzt als allererstes einfallen, ist eines gemeinsam: Sie sind im Grunde nichts Anderes als Vorstellungen im Kopf (und je nachdem auch im Herzen). Im besten Fall ist dieses Vorstellungsbild identisch mit dem, was die Marke kommunizieren möchte. Dieses Bild „poppt“ jedes Mal vor Ihren Augen auf, wenn Sie der Marke in einer relevanten Situation begegnen.

Ein Beispiel: Sie haben Schnupfen und die Nase läuft. Woran denken Sie jetzt? Wahrscheinlich an ein Papiertaschentuch und sehr wahrscheinlich an den Namen eines ganz bestimmten Papiertaschentuchs. Oder welche Markennamen fallen Ihnen beim Stichwort „Erfrischungsgetränke“ ein? Ich bin sicher, bei den meisten Menschen rangiert Coca-Cola unter den ersten drei.

Diese Beispiele sollen illustrieren, was in einem kleineren Rahmen auch Ihrer Praxis

passieren könnte: Dass alle Patienten, die gerade das Problem haben, das Sie lösen können, zu Ihnen kommen – und nicht woanders hingehen.

Vielleicht werden Sie nun sagen, dass Sie Ihren Patienten schon lange und immer wieder versuchen zu erklären, was eigentlich Ihre Kernkompetenzen sind – und es will denen einfach nicht in den Kopf. Das kann vielleicht daran liegen, dass Sie Dinge miteinander in Verbindung bringen, die fachlich eventuell Sinn machen, aber vielleicht einfach nicht verstanden werden (können). Oder Sie wissen zwar viel über Ihr Fachgebiet, aber wenig darüber, was die Patienten suchen.

WÄHLEN SIE DIE RICHTIGEN KOMMUNIKATIONSWEGE FÜR IHRE BOTSCHAFT

Mit der richtigen Kommunikation können Sie das ändern: Fragen Sie sich (und Ihre Patienten) welches Problem zu lösen ist. Und aus der Liste von Problemen und den dazugehörigen Lösungen wählen Sie eine aus: Es ist das, was Sie am besten können. Und das sollten Sie von nun an allen erzählen, für die das eine Rolle spielt.

Doch wie und auf welchem Weg kommt Ihre Nachricht an die Patienten? Brauchen Sie jetzt eine neue Webseite, verschiedene Flyer, ein neues Logo? Müssen Sie auch ins Facebook? Oder gar ins Kino? Bevor Sie sich in Unkosten stürzen, Hochglanzbroschüren erstellen und drucken lassen oder ein Pos-

ting-Feuwerk auf Facebook entfachen, kann die Frage weiterhelfen: Welche Medien nutzen denn meine Patienten? Wo sind sie mit ihrem Problem unterwegs?

Das bedeutet, dass man die Werbe- und Kommunikationsmittel, die man einsetzen möchte, danach auswählt, ob die gewünschten Patientengruppen diese auch nutzen. Zwar gibt es natürlich auch dabei generelle „must haves“ wie zum Beispiel eine Website, doch auch diese sollte natürlich inhaltlich und grafisch an den Bedürfnissen der Patienten orientiert sein. Doch bei all den vielseitigen Möglichkeiten die Praxis zu bewerben, sollten Sie immer danach fragen, ob Ihre Patienten dieses Medium überhaupt nutzen und ob die Kosten dafür im Verhältnis zum Ertrag stehen. Deshalb ist es wichtig, die Kommunikationsmittel ebenfalls auf die Bedürfnisse Ihrer Patienten abzustimmen. Das Ergebnis ist meist kostengünstiger und wirksamer, als wenn Sie die ganze Palette oder eine mehr oder weniger willkürliche Auswahl daraus bei einer Agentur buchen.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Basis für ein erfolgreiches Praxis-Marketing ist die Formulierung eines für die gewünschte Patientengruppe relevanten Versprechens. Sorgen Sie dafür, dass Sie dieses Versprechen einhalten und optimieren Sie alle Prozesse unter den Bedingungen, die das Versprechen vorgibt. Ihre Kommunikationskanäle und -mittel wählen Sie ebenfalls an den Bedürfnissen Ihrer Patienten orientiert aus. «

Der Autor
Andreas Precht
M.A.



Andreas Precht M.A.

Andreas Precht M.A., Jahrgang 1965, arbeitete viele Jahre im Marketing für Nonprofit-Unternehmen und verantwortete dort Fundraising, Markenauftritt und Unternehmenskommunikation. Seit 2012 entwickelt er erfolgreich Kommunikationsstrategien und Marketingkonzepte für Handel, Dienstleistungen sowie Psychologen, Ärzte und Heilpraktiker und unterstützt bei deren Umsetzung.

Fallbericht

Hypnotherapeutische Behandlung bei Neurodermitis

Autorin: Dr. med. Nikola Aufmkolk / Fotos: DGH, shutterstock

Die Neurodermitis (atopische Dermatitis) gehört zu den chronisch entzündlichen Hauterkrankungen und ist mit einer Prävalenz von 15 % die häufigste Hauterkrankung des Kindesalters. Bei Erwachsenen ist diese Erkrankung ebenfalls weit verbreitet. Sie verläuft in Schüben und ist durch den starken Juckreiz und die geröteten, schuppigen oder nässenden Ekzeme häufig mit einem großen Leidensdruck der Patienten verbunden.

Die klassische Behandlung erfolgt entsprechend einer Stufentherapie mit pflegenden Hautmaßnahmen als Basistherapie, Behandlung des Juckreizes und antientzündlichen Therapien, wie z.B. Cortison (1). Es ist bekannt, dass auch psychische Faktoren einen Einfluss auf die Erkrankung haben, wobei der ei-

gentliche Mechanismus noch unklar ist (2). In einer Übersichtsarbeit von 2010 berichtet Shenefelt über die Wirksamkeit von Hypnose bei atopischer Dermatitis und anderen dermatologischen Erkrankungen wie Psoriasis, Urticaria u.a. (3).

Der hier vorliegende Fallbericht soll die Effektivität der Hypnotherapie bei der Behandlung der atopischen Dermatitis sowohl aus Sicht des Patientin als auch der Behandlerin beispielhaft aufzeigen.

ERFAHRUNGSBERICHT DER PATIENTIN:

» Frau T. 25 Jahre

Im Laufe meiner Therapie bei Frau Dr. A. gab es einen besonders „sichtbaren“ Erfolg. Nachdem ich schon große Fortschritte in der EMDR gemacht hatte, haben wir uns meiner Hautkrankheit, der Neurodermitis, gewidmet.

Stand der Dinge war:

Ich kratzte mich nachts so, dass ich mich und meinen Freund damit weckte und wachhielt. Fast jeden Morgen stand ich mit blutigen Fingernägeln und einem schlechtem Gewissen meinem Freund gegenüber

auf, war auch ohne Alpträume gerädert und unausgeschlafen...

Das fast zwanghafte Kratzen tagsüber rundete das Bild ab.

Betroffen ist/war meine Haut vor allem an Hals, Gesicht, Armen, Bauch und Kniekehlen, wobei Hals, Gesicht und Arme am meisten dafür sorgen können, dass ich mich unwohl in meiner Haut fühle.

So führten wir also **das Gespräch mit meinen Anteilen:**

Nachdem ich in eine Art Trance versetzt war, durch ruhige gleichmäßige Atmung und Anleitung durch Frau Dr. A., suchten wir in mir nach einer Art Gesprächsraum. Meiner war quadratisch und hell erleuchtet, es standen vier Sofas, Ecke an Ecke und bildeten ein zweites Quadrat. Mein Bewusstsein lehnte sich nun zurück und entspannte weiter, während Frau Dr. A. mit meinem „Inneren“, einer gestaltlosen Erscheinung, und meiner „Freude“, einem umherspringenden, kindlichen Wesen, sprach. Sie stellte Fragen und brachte damit einiges zum Vorschein. Mein Inneres machte sich Sorgen um mich und brauchte doch eigentlich nur Zuwendung, die es sich nicht immer so aktiv holen konnte, wie es gern wollte. Zudem ließ mein Selbstwertgefühl ab und an zu wünschen übrig.



Hautbefund der Patientin vor der hypnotherapeutischen Behandlung und zwei Monate danach

Es wusste aber, dass es helfen würde, die Freude mehr an die Oberfläche zu lassen. Meine Freude wurde zu sehr gehemmt und erdrückt von all diesen Sorgen und konnte nicht agieren, wie es ihre Natur gewesen wäre, um mir damit zu helfen. Die beiden stellten fest, dass es mir gut täte, mir vor Augen zu führen, was ich alles Gutes im Leben habe, um zufriedener zu werden und mich öfter im Spiegel anzulächeln, um meine Freude bewusst an die Oberfläche zu holen.

Die Trance ging zu Ende. Ich wachte mit einem wattigen, verwunderten Gefühl auf. Ab diesem Moment begleitete mich die Frage „Was ist, wenn das jetzt wirklich funktioniert?“

Meine Haut fing tatsächlich an sich zu beruhigen. Ich bekam Angst, fast Panik...

Dass ich meine Haut nicht mehr als Vorwand nehmen wollte um unschöne Dinge zu umgehen, hatte ich schon eher beschlossen. Aber wer wäre ich denn ohne die kaputte Haut? Ohne die Opferrolle in die ich mich verziehen konnte, wenn ich wollte. Ohne die sichtbare Verwundbarkeit. Ohne die vom Kratzen unterbrochenen Nächte. Ich hatte mich so daran gewöhnt, dass es ein Teil von mir war.

Mit Frau Dr. A. habe ich diese Angst besprochen.

Es galt zu erkunden, wer ich sein will. Das klingt leichter als es ist.

Ich bin mittendrin, ich beobachte mich selbst: was tut mir gut, was nicht, was will ich selbst, was mache ich für andere? Ich bemerke mittlerweile bewusst, dass ich mich kratze und der Gedanke „ich brauche das nicht“ schleift sich immer mehr ein, so dass ich dann auch bewusst damit aufhören kann. Natürlich blüht meine Haut bei Stress immer noch auf, Neurodermitis ist nicht heilbar, aber an den vielen „normalen“ Tagen fühle ich mich wohler in meiner immer weiter heilenden Haut.

„Wer bin ich ohne meine Krankheit?“

THERAPIE AUS PSYCHOTHERAPEUTISCHER SICHT:

» Dr. Nikola Aufmkolk

Eine niedergeschlagene junge Frau kam wegen einer rezidivierenden depressiven Symptomatik zur Probatorik. Äußerlich war

eine ausgeprägte Neurodermitis mit entzündlichen Veränderungen im Gesicht und an den Armen zu sehen, an denen sie sich fast unablässig kratzte.

Frau T. berichtete über rezidivierende depressive Beschwerden seit der Jugend und eine schwerwiegende Mobbing-Situation an ihrem früheren Arbeitsplatz. Befragt nach ihrer Neurodermitis berichtete sie, diese habe in der Kindheit begonnen und sich nach ihrem Schulwechsel in die gymnasiale Oberstufe deutlich verschlechtert. Sie habe schon hochdosiert Cortison bekommen und sei stationär in einer Hautklinik gewesen. Es sei aber nur eine kurzfristige Besserung der Symptomatik erreicht worden.

Für die Therapie wünschte sich Frau T. die Mobbing-Situation verarbeiten zu können, da sie davon regelmäßig Schlafstörungen, Alpträume und Weinkrämpfe bekam und weil sie mehr Selbstsicherheit an der neuen Arbeitsstelle erlangen wollte. Sie erhoffte sich dadurch auch eine Stimmungsverbesserung.

Es wurden ressourcenaktivierende hypnotherapeutische Übungen wie u.a. der sicherer Ort mit Anleitung zur Selbsthypnose und Atemtechniken zur Entspannung eingeübt. Daneben wurde das Standard-»

Die Autorin
Dr. med. Nikola
Aufmkolk



Dr. med. Nikola Aufmkolk
Ahaus, Ärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Vorstandsmitglied der DGH, tätig in freier Praxis, Aus- und Weiterbildung in Hypnotherapie (DGH), Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie und EMDR, Schwerpunkte: Depressionen, Trauma, Psychosomatik.

www.pt-ahaus.de

EMDR-Protokoll zum Thema Mobbing durchgeführt. Die Alpträume und auch die Weinkrämpfe am Arbeitsplatz sistierten im Verlauf darunter.

In der dreizehnten Therapiestunde war Frau T. ärgerlich auf sich selbst. Sie habe die ganze Nacht an der Haut gekratzt, weil es so geizig habe, sei total unausgeschlafen und auch ihr Freund sei nachts wiederum durch die Unruhe geweckt worden. Sie wolle die Neurodermitis „weg“ haben. Ob man da nicht was mit Hypnose machen könne?

Da Frau T. von den bisherigen hypnotherapeutischen Übungen gut profitiert hatte und sich in der Anamnese auch ein Zusammenhang zwischen psychischen Belastungssituationen und Verschlechterung der Neurodermitis zeigte, beschloss ich eine hypnotherapeutische Arbeit mit inneren Anteilen (Ego-State) durchzuführen.

Im Rahmen der Induktion wurde Frau T. angeleitet, eine ihr angenehme imaginierte Treppe hochzugehen. An deren Ende fand sich ein Weg, der sie zu dem Gesprächsort führte. Dort sollte der Kontakt zu ihren inneren Anteilen aufgenommen werden, die ihr Informationen zur Neurodermitiserkrankung geben könnten.

Nachdem die Patientin ihren Gesprächsort gefunden hatte, leitete ich sie tiefer in Trance, um dann in Kontakt zu ihren inneren Anteilen zu treten. Diese konnten sich dabei über die Stimme von Frau T. mit mir in Verbindung setzen.

Als erstes meldete sich die „die Mitte“, sie sei weiblich, alterslos und schon immer da. Sie berichtete, dass Frau T. Aufmerksamkeit brauche, ev. auch mehr als andere weil sie selbstunsicher sei. Auf die Frage, was ihr helfen könne, sagte „die Mitte“, da müsse man „die Fröhlichkeit“ fragen.

„Die Fröhlichkeit“ kam hinzu und erzählte, dass sie weiblich sei und ca.5 Jahre alt. Sie könne auch mal aus der Reihe tanzen, was ihr richtig Spaß mache. Aber oft sei sie zwischen Zweifel und Grübeln eingesperrt und könne nicht so, wie sie wolle. Sie brauche Unterstützung um da rauszukommen, dann ginge es Frau T. auch besser. Daraufhin erklärte sich „die Mitte“ bereit „die Fröhlichkeit“ zu unterstützen, weil es dann ja allen besser ginge.

„Der Zweifel“ und „das Grübeln“ kamen auch in den Gesprächsraum, aber waren noch nicht sofort bereit mit mir als Therapeutin zu sprechen. „Die Mitte“ konnte



allerdings Kontakt zu den beiden aufnehmen. Sie seien wohl noch sehr zurückhaltend und vorsichtig, berichtete „die Mitte“, aber „der Zweifel“ sei bereit mitzuhelfen und habe ihr gesagt, Frau T. solle sich auf einen Zettel schreiben, was sie alles gut kann und diesen bei sich tragen. Dazu solle sie sich immer anlächeln, wenn sie sich selbst in einem Spiegel sehe.

Die Anteile waren gut miteinander in Kontakt und wollten gemeinsam an dieser Aufgabe weiterarbeiten. Nach einer wertschätzenden Verabschiedung mit der Möglichkeit sich wiederzusehen, konnte die Trance aufgelöst werden.

Frau T. war nach der Sitzung etwas erschöpft und irritiert. Es wurde besprochen diese Erfahrung erst einmal „sacken“ zu lassen und in der nächsten Therapiestunde nachzubesprechen.

Zur nächsten Stunde kam Frau T. deutlich verunsichert. Sie wisse gar nicht, wer sie überhaupt sei ohne Neurodermitis. Die Neurodermitis sei zu einem Teil von ihr geworden und wenn die Haut heile, wisse sie gar nicht, wie sie sich abgrenzen solle. Die „Opferrolle“ habe ihr geholfen „Nein“ zu sagen. So konnte sie ihre Neurodermitis immer als Ausrede nehmen, wenn sie früher nach Hause wollte von einer Feier (zuviel Rauch...), einen Termin nicht wahrnehmen wollte...

Auf Nachfrage berichtete Frau T., dass sie sich in der Mittelstufe ihrer Schulzeit sehr „wohl in ihrer Haut“ gefühlt habe und sie damals kaum Neurodermitisbeschwerden hatte. Wir machten eine weitere Hypnotherapiesitzung und suchten mit Hilfe der Altersregression diese Lebensphase auf. Sie beobachtete sich erst von außen (dissoziiert), wie sie aussieht, wie sie sich im Kontakt zu anderen verhält, wie sie Konflikte regelt und dann assoziiert, wie es sich anfühlt in der heilen Haut zu sein und auch wie es ist, sich ohne Ausrede bzgl. der Hautprobleme abzugrenzen.

Seitdem heilt die Haut ständig weiter ab. Frau T. bekommt Komplimente für ihr Aussehen, kleidet sich weiblicher und schminkt sich auch wieder. Sie denkt weniger daran, was andere über sie denken, kann sich besser abgrenzen im Privaten und bei der Arbeit und hat sogar im Gespräch mit dem Chef für sich eine Lohnerhöhung durchgesetzt. Die Arbeit macht ihr Freude, sie geht mehr ihren Interessen nach und hat sich einen Hobbyraum zum Nähen, Malen... eingerichtet. Sie weiß, dass sie bei bestimmten Nahrungsmitteln wie Chips oder chinesischem Essen wieder etwas kratzen muss, aber insgesamt sind die entzündlichen Veränderungen der Haut ohne Änderung der Medikation deutlich abgeheilt. »

ZUSAMMENFASSUNG

In der Therapie wurde zunächst der Fokus auf die Behandlung der depressiven Symptomatik mit Bewältigung der Mobbing-situation gelegt. Nachdem sich die depressive Symptomatik unter hypnotherapeutischer Ressourcenaktivierung und EMDR zurückgebildet hatte, stand der Leidensdruck durch die Neurodermitis im Vordergrund. Mit Hilfe der Ego-State Therapie konnte Kontakt zu inneren Anteilen aufgenommen werden, die Einfluss auf die Erkrankung hatten. Es wurde der Patientin klar, dass die Neurodermitiserkrankung es ihr erleichterte sich abzugrenzen. Sie musste lernen, dieses auf andere Art und Weise zu tun, damit die Erkrankung sich verbessern kann. Das Frau T. dieses schon mal konnte, wurde in der Altersregression erlebbar gemacht und bestärkte sie darin, diese damaligen Erfahrungen auch heute zu nutzen. Diese Veränderungen führten zu einer deutlichen Abheilung der entzündlichen Hauterscheinungen.

Die spezifische hypnotherapeutische Behandlung der Neurodermitis zeigte innerhalb von nur zwei Therapiesitzungen einen deutlichen Erfolg. Es ist zu diskutieren, ob die Hypnotherapie nicht grundsätzlich bei therapieresistenten Neurodermitiserkrankungen zum Einsatz kommen sollte. «

Literatur der Verfasserin:

1. Werfel T., Schwerk N., Hansen G., Kapp A. Diagnostik und Stufentherapie der Neurodermitis. Deutsches Ärzteblatt, 2014; 111(29-30):509-519.
2. Hall J., Cruser A., Podawiltz A., Mummert D., Jones H., Mummert M. Psychological Stress and the Cutaneous Immune Response: Roles of the HPA Axis and the Sympathetic Nervous system in Atopic Dermatitis and Psoriasis. Dermatol. Res. Pract. 2012; 2012: 403908
3. Shenefeld D. Psychological interventions in the management of common skin conditions. Psychol. Res. Behav. Manag. 2010; 3:51-63

Trancegeschichten für ein besseres Leben



Weibliche Sexualität – schön, erotisch, frei, spontan
2 CDs, 115 Min. • € (D) 39,95
ISBN 978-3-8497-0120-8



Überflüssige Pfunde zum Schmelzen bringen.
2 CDs, 107 Min. • € (D) 39,95
ISBN 978-3-8497-0121-5



Prüfungen erfolgreich bestehen
1 CD, 32 Min. • € (D) 19,95
ISBN 978-3-8497-0122-2



Erhaltung und Vitalisierung bei Erschöpfung und Burn-out.
2 CDs, 99 Min. • € (D) 39,95
ISBN 978-3-8497-0123-9



Stabilisierung und Vitalisierung bei depressiver Verstimmung.
2 CDs, 97 Min. • € (D) 39,95
ISBN 978-3-8497-0124-6



Entspannung und Schmerzlinderung durch Hypnosegeschichten
1 CD, 65 Min. • € (D) 19,90
ISBN 978-3-8497-0151-2



Carl-Auer Verlag • www.carl-auer.de

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

S3-Leitlinie zur Therapie der Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert bei Erwachsenen

Autor: Dr. med. dent. Peter Dünninger / Fotos: DGH

Auf Initiative der Universitäts-Zahnklinik Bonn (Prof. Enkling) wird derzeit eine Leitlinie erstellt, die die Therapie der krankhaften Zahnbehandlungsangst (Zahnbehandlungsphobie) bei Erwachsenen zum Inhalt hat. An der Entwicklung sind alle potentiell an diesem Thema interessierten Gruppierungen beteiligt, einschließlich DGH und DGZH. Insgesamt sind vertreten (in alphabetischer Reihenfolge): AKPP, BPTK, BZÄK, DAG SHG, DGAI, DGAZ, DGH, DGI, DGMKG, DGMP, DGPARO, DGPM, DGPPN, DGPro, DGPs, DGZ, DGZH, DKPM, DGZMK, FVDZ, IAZA, KZBV, VDZE, ZZQ.

Angestrebt wird eine Leitlinie auf höchstem Niveau (S3), das bedeutet, die Empfehlungen sind evidenzbasiert und von den beteiligten Experten einhellig gebilligt. Es fanden bereits zwei Arbeitsgruppentreffen statt. Mittlerweile wurden über 5000 Literaturstellen gesammelt und gesichtet und hiervon ca. 500 als besonders relevant erachtet und einer eingehenden Analyse auf wissenschaftliche Evidenz unterzogen. Bis November sollen die einzelnen Arbeitsgruppen ihre Ergebnisse vorlegen.

Was hat das mit uns zu tun? Mit allen DGH-Mitgliedern (sowohl den Zahnärzten, wie

auch den Therapeuten), die mit zahnärztlichen Angstpatienten konfrontiert sind, eine Menge. Wichtig für uns werden vor allem folgende Punkte sein:

Ist Hypnose/Hypnotherapie überhaupt dazu geeignet, bei Zahnbehandlungsphobie eingesetzt zu werden (d.h. ist das wissenschaftlich ausreichend belegbar)?

Wie ist die Wirksamkeit der Hypnose/Hypnotherapie im Vergleich zu anderen möglichen Therapiemethoden einzuschätzen?

Wo ist die Grenze zwischen Zahnbehandlungsangst und -phobie und wer kann das wie feststellen?

Welche Art Therapie kann/darf der Zahnarzt anwenden, was kann/darf/muss der Psychotherapeut?

Nach dem derzeitigen Stand zeichnet sich ab, dass es leider sehr wenige wissenschaftliche Untersuchungen zur Anwendung von Hypnose/Hypnotherapie bei Zahnbehandlungsphobie auf höchstem Evidenzniveau (rct: randomised clinical trial) gibt (hier mein Dank an Dirk Revenstorff und besonders Michael Teut für die Unterstützung bei der Literaturrecherche). Auch hochrangige Vergleiche mit anderen Therapieformen sind selten. Hier besteht meines Erachtens noch dringender Forschungsbedarf! Unter Berücksichtigung der Ausgangslage werde ich versuchen, folgende Argumentation durchzubringen:

Eine Zahnbehandlungsphobie definiert sich durch das Vermeidungsverhalten. Der Patient sucht den Zahnarzt nur unter erheblichem Leidensdruck auf (diese Definition könnte vermeiden helfen, dass der Zahnarzt bei jedem Angstpatienten entsprechende Frage-

bögen zur Abklärung der Angstaussprägung ausfüllen lassen müsste).

„Hypnose“ ist etwas, das der Zahnarzt in der Behandlungssituation anwenden kann, um aktuell die Zahnbehandlung ermöglichen zu können (dafür werden wir ausreichende Evidenz vorlegen können). Der Zahnarzt therapiert dabei aber nicht die Angst/Phobie (sonst wäre er psychotherapeutisch tätig, was er nach Zahnheilkundegesetz nicht darf)!

„Hypnotherapie“ ist etwas, das Psychologen/ Psychotherapeuten, im Normalfall in Kombination mit anderen Verfahren (VT, KVT) anwenden können, um die Phobie des Patienten zu therapieren. Damit soll eine dauerhafte zahnärztliche Behandelbarkeit sichergestellt werden.

Es wäre für alle DGH-Mitglieder sehr vorteilhaft, wenn der Hypnose/Hypnotherapie in der Therapie der Zahnbehandlungsphobie ein möglichst hoher Stellenwert zugesprochen werden könnte. Bei der hohen geschätzten Prävalenz unter der Bevölkerung von bis zu 10% geht es hier um mehrere Millionen potentielle Patienten. Außerdem könnte dann im Analogieschluss auf eine Wirksamkeit bei anderen Phobien abgehoben werden. In jedem Fall würde das Ansehen der Hypnose durch die Aufnahme in eine solche Leitlinie profitieren.

Die nächsten Monate versprechen damit spannend zu werden. Ich hoffe, bis zur Jahrestagung (die Abschlussitzung der Leitlinienkonferenz ist in der Woche danach) noch detailliertere Informationen vorlegen zu können. «

Interview: PhD Jeffrey K. Zeig

Autor: Dr. med. dent. Peter Dünninger / Fotos: DGH

„Was hat Sie dazu gebracht, Hypnose in Ihrer Therapie anzuwenden?“

Psychotherapie ist für Patienten ein Problem, aber nicht die Lösung. Die Lösung ist es, den Patienten schnellstmöglich aus der Therapie heraus zu bringen. Auf Erfahrung basierende Techniken wie die Hypnose helfen dabei, den Patienten effektiver, ihre Fähigkeiten für Veränderungen oder Anpassung zu realisieren.

In den USA ist die Hypnose eine weithin akzeptierte Behandlungsmethode. Wie scheint Ihnen das im Vergleich dazu in Deutschland zu sein?

Die Anwendung von Hypnose und Psychotherapie ist in Amerika bei Therapeuten, die in ihrer Ausbildung keine hypnotischen Techniken erlernt haben, nicht allgemein akzeptiert. Im Gegensatz dazu ist die Hypnose in vielen europäischen Ländern, insbesondere in Deutschland, weitgehend anerkannt.

Gibt es etwas, was Sie in den letzten Jahren in Ihrer Berufsausübung besonders beeindruckt hat?

Nein.

Wie sollte sich Ihrer Meinung nach ein guter Therapeut verhalten?

Es ist für einen Therapeuten gut, einen flexiblen Zugang zu therapeutischen Haltungen zu haben. Unglücklicherweise wird in der Literatur wenig Wert auf die Einstellung des Therapeuten und dessen Einfluss auf den Klienten gelegt. Der Zustand des Therapeuten ist aber eine wesentliche Variable, die seine Effektivität bestimmt. In der Psychoanalyse war die Haltung des Therapeuten unveränderlich, um Übertragung auszuschließen. Wenn die Übertragung nicht mehr als zentraler Faktor angesehen wird und sich die Therapie darauf konzentriert, schlafende Ressourcen zu wecken, kann der Kliniker die Haltung eines effektiven Therapeuten einnehmen, um dem Klienten bei seinem Zugang zu seinen verborgenen Stärken zu helfen.

Welche besondere Rolle kann die Hypnose in der Therapie spielen?

Im Grundsatz ist die Hypnose eine auf Erleben basierende Methode. Sie ist keine didaktische oder psychoedukatorische Technik. Der Untertitel der Hypnose lautet:

„Wenn Du diese Erfahrung erlebst, wirst Du anders sein.“

Wie sind Sie mit der DGH in Kontakt gekommen?

Ich bin seit 1979 häufig nach Deutschland und in deutschsprachige Länder gereist. Dabei bin ich ziemlich bald mit der DGH in Kontakt gekommen. Helga Hüsken-Janssen ist seit vielen Jahren eine Freundin.

Was erwarten Sie von Ihrem Workshop?

Dass die Teilnehmer mit einem besseren Verständnis für Dr. Erickson und der Motivation, noch mehr darüber zu lernen, nach Hause gehen. «

Der Autor
Dr. med. dent.
Peter Dünninger



Dr. med. dent. Peter Dünninger

Seit 30 Jahren Anwendung von klinischer und experimenteller Hypnose. Dozent, Supervisor und Vorstandsmitglied der DGH, personal member der ISH, über 50 wissenschaftliche Publikationen. Seit 1992 zahnärztliche Gemeinschaftspraxis mit der Ehefrau in Münchberg/Oberfranken.



Interview mit
PhD Jeffrey K. Zeig

PhD Jeffrey K. Zeig,

Jeffrey K. Zeig ist Gründer und Direktor der Milton H. Erickson-Stiftung. Er ist Herausgeber, Mit-Herausgeber, Autor und Co-Autor von mehr als 20 psychotherapeutischen Büchern, die in 14 Sprachen erschienen sind. Dr. Zeig ist der Organisator der „Evolution in Psychotherapy“-Kongresse, den bedeutendsten Kongressen in der Geschichte der Psychotherapie. Er organisiert die Kurzzeit-Therapie-Kongresse, die Paar-Therapie-Kongresse und die internationalen Kongresse über den Ericksonschen Ansatz in Hypnose und Psychotherapie. Als Psychologe und Ehe- und Familientherapeut in seiner Praxis in Phoenix, Arizona hält Dr. Zeig Workshops in 40 Ländern. Er ist Präsident von Zeig, Tucker und Theisen, inc., Verlag für Verhaltenswissenschaften.

Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V.

vom 20. November 2015 im Best Western Premier Parkhotel, Peter-Hartmann-Allee 4, 33175 Bad Lippspringe, Beginn: 20:30 Uhr

Tagesordnung

- » TOP 1 Feststellung der ordnungsgemäßen Einberufung
- » TOP 2 Wahl des Versammlungsleiters
- » TOP 3 Wahl des Protokollanten
- » TOP 4 Beschluss der Tagesordnung
- » TOP 5 Verabschiedung des Protokolls der letzten MV
- » TOP 6 Bericht des Vorstandes
- » TOP 7 Aussprache zum Bericht des Vorstandes
- » TOP 8 Bericht der Kassenprüfer
- » TOP 9 Aussprache zum Bericht der Kassenprüfer
- » TOP 10 Bericht des Datenschutzbeauftragten
- » TOP 11 Aussprache zum Bericht des Datenschutzbeauftragten
- » TOP 12 Entlastung des Vorstandes
- » TOP 13 Verschiedenes

» TOP 1 Feststellung der ordnungsgemäßen Einberufung

Der Präsident der DGH, Herr Dr. Klaus Hönig, eröffnet die Mitgliederversammlung um 20.39 Uhr und stellt deren ordnungsgemäße und fristgerechte Einberufung mit den „Suggestionen Ausgabe 2015“ fest.

» TOP 2 Wahl des Versammlungsleiters

Der Präsident der DGH, Herr Dr. Klaus Hönig schlägt vor, Herrn Zahnarzt Sebastian Knop zum Versammlungsleiter zu wählen. Herr Zahnarzt Sebastian Knop ist im Falle der Wahl bereit, das Amt anzunehmen. Herr Zahnarzt Sebastian Knop wird einstimmig ohne Gegenstimme und Enthaltungen zum Versammlungsleiter gewählt. Herr Zahnarzt Sebastian Knop nimmt die Wahl an.

» TOP 3 Wahl des Protokollanten

Dr. Peter Dünninger schlägt vor, Herrn Dr. Christian Bernd Hüsken zum Protokollanten zu wählen. Herr Dr. Christian Bernd Hüsken ist im Falle seiner Wahl bereit, das Amt anzunehmen. Herr Dr. Christian Bernd Hüsken wird einstimmig bei einer Enthaltung zum Protokollanten gewählt. Herr Dr. Christian Bernd Hüsken nimmt die Wahl an.

» TOP 4 Beschluss der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird wie vorgelegt einstimmig ohne Gegenstimmen und Enthaltungen beschlossen.

» TOP 5 Verabschiedung des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung

Schriftliche oder mündliche Einwendungen gegen das Protokoll der letzten Mitgliederversammlung vom 14. November 2014 in Bad Lippspringe liegen nicht vor. Der Versammlungsleiter stellt die Ordnungsmäßigkeit des Protokolls - wie publiziert in „Suggestionen 2015“ - fest. Die Versammlung beschließt das Protokoll einstimmig ohne Gegenstimmen.

» TOP 6 Bericht des Vorstandes

Der Präsident der DGH, Herr Dr. Klaus Hönig, berichtet von der Arbeit des Vorstandes in dem vergangenen Jahr. Er berichtet insbesondere von den Ergebnissen von Studien, die die wissenschaftliche Wirksamkeit von Hypnose eingehender beleuchten sollen. Er berichtet davon, dass hier geplant ist, sich auf die anerkannten Methoden in Bezug auf die Behandlung von häufig vorkommender Störungen namentlich von Ängsten und Depressionen zu konzentrieren.

Es wird dargestellt, dass die Datenbasis vorhandener Untersuchungen bis dato nicht ausreichend ist.

Die Milton-Erickson-Gesellschaft für klinische Hypnose wird vor diesem Hintergrund die Frage der Wirksamkeit von Hypnose im Einsatz gegen Depressionen, die DGH den Einsatz in Bezug auf das Störungsbild Angst näher erforschen. Diesbezüglich sind in Kooperation mit Herrn Dr. Teut, Charité Berlin, zwei Vorstudien an der Charité Berlin mit positivem Erfolg durchgeführt worden.

Der Präsident der DGH berichtet insoweit namentlich von Untersuchungen, die auch von Frau Romy Schleicher durchgeführt werden. Der Präsident der DGH bittet um Rückmeldung in Bezug auf Therapeuten, die jeweils die Studie durch Ansprache eigener Patienten bereichern wollen. Etwa in der zweiten Hälfte der Therapie soll im Rahmen einer Vorstudie die Frage eruiert wer-

den, was denn das ist bzw. sei, was die Patienten als wirksam erlebt haben.

Er berichtet von ca. fünf bis sechs parallel laufenden Projekten zur Erforschung der wissenschaftlichen Wirksamkeit von Hypnose, die derzeit parallel betreut werden, so etwa eine Doktorarbeit zum Thema Stressbewältigung, einem hypnotherapeutischem Kurzzeitprogramm bei Lungenpatienten zur Reduzierung von behandlungsbezogenen Distress, einem Therapieansatz im Bereich der Darmkrebsbehandlung.

Die Vizepräsidentin der DGH, Frau Dr. Helga Hüsken-Janßen, berichtet, dass der Kongress gut angelaufen sei. Es liegen insbesondere gute Workshop-Bewertungen vor.

Sie gibt einen Ausblick auf den Kongress im Jahre 2016, der vom 17. bis zum 20. November 2016 mit dem Titel „Hypnose: Aufbruch ins Leben“ in Bad Lippspringe stattfinden wird.

Hier ist es gelungen, eine Anzahl hochkarätiger auch ausländischer Referenten zu gewinnen, so Herrn Prof. Dr. Yapko, Herrn Dr. Zeig, Herrn Dr. Hartman und als „Schamanen“ Herrn Brant Secunda.

Sie berichtet weiterhin von der Entwicklung der Mitgliederzahlen. Die Verteilung der Mitgliederstruktur nach Berufsgruppen ist derzeit wie folgt:

54,2 % psychologische Psychotherapeuten
33,8 % Ärzte und
12 % Zahnärzte.

Der Vorstand ist bestrebt, den Anteil an zahnärztlichen Mitgliedern weiter zu fördern. Diesbezüglich soll insbesondere eine enge Kooperation mit zahnärztlichen Instituten weiter verstärkt werden.

Die Vizepräsidentin berichtet, dass nach ihrer Auffassung in der Vergangenheit auch die fruchtbare Kooperation zwischen den Berufsgruppen eines der Wesensmerkmale der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V. gewesen ist. Der Vorstand ist bestrebt, diese Diversität der Gesellschaft in der Zukunft weiterhin zu stärken.

Die Vizepräsidentin berichtet indes, dass das Weiterbildungsinteresse von Zahnärztinnen und Zahnärzten an Hypnose in der Zahnmedizin derzeit rückläufig zu sein scheine. Sie berichtet ins-

besondere auch, dass die Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose nach ihrer Kenntnis ähnliche Erfahrungen habe.

Die Vizepräsidentin berichtet weiter, dass Herr Dr. Peter Dünninger als einziger Vertreter im Bereich der zahnärztlichen Hypnose bei der Erstellung der Leitlinien zum Umgang mit Zahnbehandlungsangst sich mit eingebracht habe.

Die Eintritte in die Deutsche Gesellschaft für Hypnose haben im Jahre 2012 einen eindeutigen Aufwärtstrend aufgewiesen.

Im dritten Quartal dieses Jahres ist ein Zuwachs von mehr als 20 Mitgliedern zu verzeichnen.

Insoweit kommt dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie in Bad Lippspringe eine besondere Bedeutung zu. Namentlich auf dem Kongress werden Personen auf die hier angebotenen Therapieansätze aufmerksam, was ihr Interesse an der Hypnose und Hypnotherapie insgesamt und einer Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie im Besonderen fördert.

Die Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V. geht dann auf die im vergangenen Jahr angestiegene Zahl von Kündigungen der Mitgliedschaft ein.

Die Gründe, die diesen Kündigungsbegehren zugrunde lagen, wurden in der Vergangenheit durch die Geschäftsstelle im Detail u. a. nach Rücksprache mit den betroffenen Mitgliedern im Detail analysiert.

Demnach kündigen 20 % der Mitglieder wegen ihres Eintritts in den Ruhestand, namentlich nach angestellter Tätigkeit, 6 % wegen schwerer Erkrankungen bzw. infolge einer Beendigung der Mitgliedschaft durch Tod des Mitglieds. 23 % der Mitglieder geben als Kündigungsgrund die Aufgabe ihrer selbstständigen Tätigkeit, namentlich ihrer Praxis etc. an.

Demnach steht die Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie auch vor der Herausforderung, insbesondere junge Leute für die Hypnose und die Hypnotherapie zu gewinnen.

Insoweit ist es gelungen, namentlich auch durch Initiative des Herrn Dr. med. Michael Teut, Charité Berlin, eine Summer-School an der Charité in Berlin zu etablieren, die auf eine größere Resonanz gestoßen ist und im Rahmen derer 120 junge Leute hypnotherapeutische Ansätze für sich selbst „ausprobieren“ konnten.

Auch aus dieser Summer-School sind eine Reihe von Projekten wie Master-Arbeiten und Dissertationen hervorgegangen, wobei die Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie namentlich die hohe Motivation der Studentinnen und Studenten bzw. jungen Absolventinnen und Absolventen hervorhebt.

Die nächste Summerschool der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie ist vom 07. - 09.10.2016 an den LVR-Kliniken in Bonn geplant. Hier hat Frau Dr. med. Nikola Aufmkolk entsprechende Anstrengungen unternommen, um den ärztlichen Direktor der LVR-Kliniken Bonn, Prof. Dr. Markus Banger hier für eine Summer-School der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie zu begeistern. Bei einem gemeinsamen Besuch in Bonn konnten Frau Dr. Hüsken-Janßen und Frau Dr. Aufmkolk nähere Einzelheiten ansprechen.

Das Projekt wird mitgetragen von Frau Prof. Geiser, ärztliche Direktorin für medizinische Psychologie und Herrn Prof. Jobst, der die Sektion der hausärztlichen Medizin verantwortet.

Geplant ist die Durchführung von vier parallel laufenden Workshops und Vortragsveranstaltungen.

Im Anschluss geht die Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V. nochmals kurz auf das Verhalten von Erstbesuchern auf dem Kongress ein. Sie stellt dar, dass erfreulicherweise der prozentuale Anteil der Personen, die nach einem Erstbesuch des Kongresses auch im Folgejahr erneut den Jahreskongress der DGH besuchen, kontinuierlich steigt. Im Anschluss berichtet Frau Dr. med. Nikola Aufmkolk von ihrer Tätigkeit als verantwortliche Redakteurin des Publikationsorgans „Suggestionen“. Das Erscheinungsbild dieses DGH-Organs ist in der Vergangenheit mit sehr gutem Erfolg modifiziert worden.

Frau Dr. med. Aufmkolk lädt interessierte Personen ein, sich an einer im Anschluss stattfindenden „Redaktionssitzung“ der Suggestionen zu beteiligen.

Frau Dipl.-Psych. Dr. Kaiser Rekkas verzichtet auf einen detaillierten Tätigkeitsbericht.

Der Präsident der DGH, Herr Dr. Klaus Hönig, geht nochmals kurz auf die Rolle der Hypnose in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ein.

In der Vergangenheit bestand das Problem, dass Kolleginnen und Kollegen, die die Weiterbildung in Hypnose ordnungsgemäß absolviert hatten, trotzdem nicht die entsprechende Abrechnungsgenehmigung der KV erhielten.

Frau Dr. Helga Hüsken-Janßen berichtet insoweit, dass sie mit dem Justitiar der Bundespsychotherapeutenkammer, Herrn Prof. Stellpflug, diesbezüglich Kontakt aufgenommen hat. Die dortige eindeutige Aussage war bzw. ist, dass die kassenärztlichen Vereinigungen die Abrechnungsbescheinigung nicht verweigern können, wenn eine ordnungsgemäße Weiterbildung durchlaufen worden ist.

Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie in der Vergangenheit Kolleginnen und Kollegen nachdrücklich darin bestärkt, in Bezug auf die absolvierte Weiterbildung und deren abrechnungstechnischer Anerkennung gegenüber den zuständigen kassenärztlichen Vereinigungen durchaus forciert aufzutreten und entsprechend sich der Durchsetzungsfähigkeit der eigenen Rechtsposition bewusst zu sein.

Im Nachgang wurde nach Kenntnis des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie jedenfalls im laufenden Jahr niemanden die entsprechende Abrechnungsgenehmigung verweigert.

Herr Prof. Stellpflug hat die Möglichkeit einer sogenannten „Feststellungsklage“ in Bezug auf die Abrechnungsmöglichkeiten ins Gespräch gebracht. Hierfür fallen lt. vorliegender Informationen Kosten in Höhe von ca. 6.000,00 € bis 7.000,00 € an, sofern eine derartige Feststellungsklage erhoben wird. Kolleginnen und Kollegen, die von der Thematik ggf. betroffen sind, werden ermuntert, mit dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V. Kontakt aufzunehmen, um insoweit die Möglichkeiten einer Kooperation zur Durchführung eines Klageverfahrens einmal zu erörtern.

Die Vizepräsidentin der DGH erläutert weiter, dass diesbezüglich die Thematik auch auf der letzten gemeinsamen Vorstandssitzung, die von der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie und der Milton-Erickson-Gesellschaft für klinische Hypnose durchgeführt wurde, besprochen worden ist.

Die MEG hat insoweit in Aussicht gestellt, zu prüfen, ob sie sich an den in Rede stehenden Vorgehen beteiligen werde, was insoweit eine Reduzierung der Kosten mit sich brächte, die die DGH zu tragen hätte.

Der DPTV hat auf Nachfrage insoweit bestätigt, als „Sparringpartner“ die Bestrebungen der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V. bzw. der MEG entsprechend zu unterstützen.

Der DPTV hat auf Nachfrage insoweit bestätigt, als „Sparringpartner“ die Bestrebungen der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V. bzw. der MEG entsprechend zu unterstützen.

Der DPTV hat auf Nachfrage insoweit bestätigt, als „Sparringpartner“ die Bestrebungen der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V. bzw. der MEG entsprechend zu unterstützen.

» TOP 7 Aussprache zum Bericht des Vorstandes

Die Mitgliederversammlung diskutiert die Frage, ob aufgrund von begrenzten Kapazitäten in Bad Lippspringe die Teilnehmerzahl zu begrenzen sei.

Herr Dr. Ungar regt an, es möge eruiert werden, ob die Fortbildungsnotwendigkeiten (40 Stunden) reduziert werden könnten.

Ein Ansatz besteht darin, zu eruieren, ob die

Preise für den Kongress angehoben werden müssen.

Herr Zahnarzt Sebastian Knoop bringt ins Spiel, einen anderen Tagungsort zu wählen. Dies, da die Anreise nach Bad Lippspringe nicht unbedingt einfach sei.

Überlegt wird, ob zusätzliche Seminarangebote oder Projektstage in Bad Lippspringe auch unabhängig von den Jahreskongressen stattfinden können.

Herr Dr. Hönig merkt an, dass hierdurch ein weiterer organisatorischer Aufwand entsteht, da die in Rede stehenden Veranstaltungen unabhängig von dem bereits zu organisierenden Jahreskongress und unabhängig von der in Rede stehenden Summer-School, auch organisatorisch abzuwickeln seien.

Hervorgehoben wird die familiäre Atmosphäre in Bad Lippspringe, die den informellen Austausch von Kolleginnen und Kollegen deutlich fördert.

Insoweit müsse es in der Zukunft darum gehen, den Charakter der Veranstaltung zu erhalten.

Herr Dipl.-Psych. Hans-Joachim Scholz bringt ins Gespräch, ob die Kongresshalle in Bad Lippspringe möglicherweise für den Jahreskongress nutzbar gemacht werden kann, wobei die Vizepräsidentin der DGH anmerkt, dass die Atmosphäre dort möglicherweise nicht mit der im Parkhotel zu vergleichen sei.

Es wird auch ins Gespräch gebracht, dass die Milton-Erickson-Gesellschaft von Bad Orb nach Bad Kissingen umgezogen sei, wobei Bad Kissingen nach Auffassung einiger ähnlich strukturiert sei wie Bad Lippspringe, sich indes das Problem dort stelle, dass kein zentraler Tagungsort vergleichbar mit dem Parkhotel in Bad Lippspringe existiere.

Herr Dipl.-Psych. Hans-Gerd Hoff spricht sich deutlich für einen Verbleib der Jahrestagung in Bad Lippspringe aus.

Er gibt zu bedenken, dass die Atmosphäre des Ortes die positive Mitgliederentwicklung und auch die ansteigenden Teilnehmerzahlen aus seiner Sicht entscheidend bedingen.

Herr Dr. Ungar gibt zu bedenken, dass durch die Anzahl der Workshop-Teilnehmer eine gewisse Kapazitätsbegrenzung eintrete. Eine weitere Deckelung sei nach seinem Dafürhalten nicht erforderlich.

Nach ausführlicher Diskussion wird ein Stimmungsbild der Mitgliederversammlung eingeholt. Bei acht Stimmen für eine Deckelung votiert die Mitgliederversammlung im Ergebnis klar gegen eine Deckelung der Teilnehmerzahlen in Bad Lippspringe.

» TOP 8 Bericht der Kassenprüfer

Herr Dipl.-Psych. Scholz stellt den Bericht der Kassenprüfer vor,

Die Kassenprüfung hat keine Unstimmigkeiten ergeben. Der anliegende Bericht der Kassenprüfer ist Bestandteil dieses Protokolls.

Der Kassenprüfer empfiehlt die Entlastung des Vorstandes. Herr Dipl.-Psych. Hans Joachim Scholz erläutert als Kassenprüfer, welche Rechtsfolgen mit der Entlastung des Vorstandes von Rechtswegen verknüpft sind und dass insbesondere eine persönliche zivilrechtliche Verantwortlichkeit der Mitglieder des Vorstandes im Regelfall dann entfällt, wenn bzw. soweit diese die Entlastung ausgesprochen worden ist.

» TOP 9 Aussprache zum Bericht der Kassenprüfer

Es liegen keine Meldungen vor.

» TOP 10 Bericht des Datenschutzbeauftragten

Der anliegende Bericht des Datenschutzbeauftragten Dr. med. dent. Peter Dünninger ist Bestandteil dieses Protokolls.

» TOP 11 Aussprache zum Bericht des Datenschutzbeauftragten

Diesbezüglich wird aus der Mitgliederversammlung angeregt, eine zusätzliche Datensicherung dergestalt durchzuführen, dass ein entsprechender Datenträger im Schließfach einer Bank hinterlegt wird.

» TOP 12 Entlastung des Vorstandes

Dipl.-Psych. Hans Joachim Scholz stellt den Antrag auf Entlassung des Vorstandes. Die Versammlung beschließt die Entlastung des Vorstandes bei Stimmenenthaltung der Mitglieder des Vorstandes einstimmig ohne Gegenstimme. Die Mitgliederversammlung regt an, einen Wirtschaftsplan für das jeweils kommende Jahr, d. h. im konkreten Fall für das Jahr 2016 anzulegen.

» TOP 13 Verschiedenes

Im Lichte der oben durchgeführten Diskussionen um die Teilnehmerbegrenzung und die Zukunft der Jahrestagung bzw. deren Verortung in Bad Lippspringe wird von dem Herrn Dipl.-Psych. Dr. Michael Hübner angeregt, ein Votum zum Verbleib des Jahreskongresses in Bad Lippspringe einzuholen, was er formell beantragt.

Auf diesen Antrag hin votiert die Mitgliederversammlung klar dafür, im jetzigen Zeitpunkt den Jahreskongress in Bad Lippspringe zu belassen. Aus der Mitgliederversammlung wird indes auch angeregt, die Möglichkeiten von potenziellen Al-

ternativen zu prüfen.

Aus der Mitgliederversammlung heraus wird der Hinweis gemacht, dass im Internet ein sogenanntes Thermedius Institut durchaus forciert werbend in Erscheinung trete und namentlich – so wird jedenfalls berichtet – zum Ausdruck bringe, das einzige Institut zu sein, das hypnotherapeutische Ausbildung auf hohem Niveau anbiete. Das Mitglied regt an, zu prüfen, ob hier ggf. ein Wettbewerbsverstoß oder ein anderer Rechtsverstoß vorliegt, der entsprechende Unterlassungsansprüche begründet.

Die Mitgliederversammlung votiert hierfür bei drei Enthaltungen und drei Gegenstimmen.

Herr Dr. Mende bittet darum, das Ergebnis der Prüfungen auch anderen Gesellschaften, namentlich auch der ÖGATAP, die er vertritt, zugänglich zu machen.

Herr Dipl.-Psych. Hans-Joachim Scholz kündigt an, sein Amt als Kassenprüfer im kommenden Jahr zu Verfügung stellen zu wollen.

Herr Hans-Joachim Scholz ist im Übrigen langjähriger Vorsitzender des Zertifikatsausschusses. Dieses Amt wird er nunmehr niederlegen. Der Vorstand und die Mitgliederversammlung sprechen Herrn Dipl.-Psych. Hans-Joachim Scholz Dank und Anerkennung für die langjährig geleistete Arbeit aus. Es wird hervorgehoben, dass Herr Dipl.-Psych. Hans-Joachim Scholz in der Vergangenheit stets die eingehenden Zertifikatsanträge kurzfristig und mit besonderer Gründlichkeit bearbeitet hat, wofür die Mitgliederversammlung ihm nochmals ihren Dank ausspricht.

Neuer Vorsitzender des Zertifikatsausschusses der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e. V. ist Herr Dipl.-Psych. Norbert Loth.

Der ehemalige Vorsitzende des Zertifikatsausschusses Herr Dipl.-Psych. Hans-Joachim Scholz regt an, dass die Organisatoren von Fortbildungsveranstaltungen, namentlich neben Punktwerte, die für die Anerkennung bei den Ärztekammern erforderlich sind, auch Stundenwerte in die Teilnehmerbestätigungen aufzunehmen, so dass die Anzahl der verwertbaren Stunden bereits aus dem Dokument ergebe, ohne dass eine entsprechende Umrechnung erforderlich sei, da dies sich im Einzelfall ggf. etwas problembehaftet darstellen könne.

Der Versammlungsleiter schließt die Versammlung um 22.17 Uhr.

Dr. Klaus Hönig (Präsident)
Sebastian Knop (Versammlungsleiter)
Dr. Christian Bernd Hüsken (Protokollführer)

Interview: Brant Secunda

Autor: Dr. med. dent.
Dünninger / Foto: DGH



Interview mit Brant Secunda

Brant Secunda

ist Schamane und Heiler in Tradition der Huichol Indianer aus Mexiko. Er hat eine ausführliche Lehrzeit von 12 Jahren bei dem bekannten Schamanen Don José Matsuwa abgeschlossen, der im November 1990 im Alter von 110 Jahren verstorben ist. Brant ist der adoptierte Enkel von Don José und war sein naher Vertrauter. Als Direktor der „Dance of the Deer Foundation“, Zentrum für schamanische Studien, Kalifornien, leitet er Seminare und Zeremonien in Europa, den USA und Japan. Seine Arbeit wurde weltweit im Fernsehen, Radio, in Artikeln und Büchern dokumentiert. Er ist außerdem Co-Autor des Buchs „Fit Soul – Fit Body So bringen Sie Körper, Geist und Seele in Bestform“.

Was erwarten Sie sich von Ihrem Workshop?

Ich möchte die Grundlagen der Energie-medicin erläutern und die alte schamanische Weiheit teilen, was für uns alle in der modernen Welt bedeutsam. Es wird für alle im Gesundheits- und Heilwesen Tätigen eine Gelegenheit sein, ihr Verständnis für eine authentische ursprüngliche Heilmethode zu erweitern. Zusammen wollen wir das Leben mit der Hirschtanz-Zeremonie feiern und die Teilnehmer werden auch verschiedene Praktiken erlernen, mit der Natur in Verbindung zu treten, einschließlich der Kunst der Pilgerschaft, durch die wir heilige Plätze der Kraft erreichen. Mithilfe dieser Erfahrungen können die Teilnehmer Techniken und Praktiken mit nach Hause nehmen, die ihnen helfen, ihr alltägliches Leben mit Kraft zu erfüllen. «

Gab es etwas in Ihrem (Ihrem) Beruf, was Sie in den letzten Jahren besonders beeindruckt hat?

Ich war davon beeindruckt und angenehm überrascht, wie weitgehend der Schamanismus mittlerweile akzeptiert und als eine wertvolle Alternative im Gesundheitswesen gefragt ist.

Was macht Ihrer Meinung nach einen guten Schamanen aus?

Bei den Huichol muss ein Schamane vier Kräfte entwickeln: Liebe als Fundament aller Kraft, physische Kraft, psychische Kraft, die Kraft der Intuition und die Kraft der Einsicht (richtig zu handeln). Ein Schamane wird bei den Huichol danach beurteilt, wie gut er oder sie diese vier Kräfte entwickelt hat.

Welche besondere Rolle kann Ihrer Meinung der Schamanismus in der Therapie spielen?

Schamanische Heilkunst strebt danach, die Ursache der Erkrankung zu behandeln. Ein Schamane muss lernen, die Energie des Patienten zur Wurzel des Gebrechens zu lenken, um die negative Energie herausziehen und den natürlichen Energiefluss im Patienten wieder herzustellen. Das hilft die zu heilen, die sowohl emotionale wie auch physische Symptome aufweisen.

Wie sind Sie in Kontakt zur DGH gekommen?

Die DGH hat uns kontaktiert. Sie hat uns zu ihrem Kongress „Hypnose – Aufbruch ins Leben“ eingeladen. Ich bin sehr glücklich über diese Einladung und geehrt dadurch, im „Forum der Begegnung“ die Eröffnung machen zu dürfen.

Wie wurden Sie Schamane beziehungsweise Heiler?

Ich lebte beim Eingeborenenvolk der Huichol in Mexiko und absolvierte eine traditionelle zwölfjährige Lehre bei dem angesehenen Schamanen Don José Matsuwa. Er adoptierte mich als seinen Enkel und wir wurden sehr enge Vertraute auf dem Weg des Schamanen. Er nahm mich auf eine Pilgerfahrt zu unzähligen heiligen Bergen und Flüssen mit, schickte mich auf viele lange Visionsprüfungen und lehrte mich die Heilkunst der Huichol. Don José reiste mit mir mehrmals in die Vereinigten Staaten und nach Europa und erklärte, er würde mich an seiner Statt zurücklassen, um die Tradition des Schamanismus der Huichol weiterzutragen, bevor er im Alter von 110 Jahren verschied.

Wie gut ist Ihrer Meinung nach die Akzeptanz für die Anwendung von Schamanismus in der Therapie in Ihrer Heimat und wie lässt sich das mit der Situation in Deutschland vergleichen?

In den USA wie auch in anderen modernen Gesellschaften werden Schamanismus und schamanische Praktiken mehr und mehr in die Therapie integriert. Viele Therapeuten, Ärzte und Psychologen besuchen meine Kurse, und unterschiedliche Fachrichtungen von Medizinerinnen schicken mir ihre Patienten, damit ich sie heile. Eine steigende Anzahl von Therapeuten versucht, schamanische Techniken zum Wohle ihrer Patienten einzusetzen. Daher denke ich, dass alte Formen ganzheitlicher Medizin, wie der Schamanismus, in der modernen Medizin immer größere Akzeptanz finden.

Kopfkino in der Schmerztherapie

Autor: Dr. med. Dipl. Psych. Claus Derra / Fotos: DGH, shutterstock

Schmerztherapie könnte heute eigentlich recht wirksam sein. Wir haben inzwischen ein umfangreiches Wissen über die neurobiologischen Zusammenhänge bei der Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen und es gibt kaum ein Krankheitsbild, für das wir so vielfältige Behandlungsansätze kennen. Aber obwohl wir „interdisziplinär“ und „multimodal“ behandeln, sind die Ergebnisse im Einzelfall oft enttäuschend und wenig nachhaltig.

Gerhard Roth stellte 2015 in einem Vortrag über neurobiologische Grundlagen der stressinduzierten Hyperalgesie heraus, dass die heutigen Konzepte der Schmerzbehandlung zu sehr kognitiv und bewältigungsorientiert sind. Ursächlich sei ein Zusammenhang zwischen dem zentralen Stress- und Schmerzsystem inzwischen gut belegt. Sowohl Stress- wie auch Schmerzverarbeitung würde viel mehr durch Beziehung, Bindung und das emotionale Erleben beeinflusst. Die alleinige Vermittlung von Strategien könne daher kaum nachhaltig wirksam sein, wenn daraus keine Lebensstiländerung umgesetzt wird (Roth 2015).

Diese Überlegungen bedeuten, dass wir in der Schmerzbehandlung Beziehung und innere, emotional bedeutsame Bilder und Erlebnisse wesentlich umfangreicher einsetzen sollten als bisher. Hetero- und Autosuggestion sowie Imagination könnten systematisch in die Behandlung integriert werden. In der klinischen Realität erfahren wir jedoch immer wieder, dass das „Sich Einlassen“ auf eine entspannte Innenwelt gerade Schmerzpatienten oft nur schwer verständlich zu machen ist und trotz Hilfestellungen nicht gelingt.

Wir haben daher vor ca. 15 Jahren begonnen, imaginative Erlebnisangebote zu vereinfachen und quasi unauffällig in andere Therapieelemente zur Stress- und Schmerzreduktion zu integrieren. Außerdem haben wir überlegt, unsere Interventionen für Schmerzpatienten visuell interessanter und packender zu gestalten und z.B. auch Körperrhythmen zu nutzen, um die Aufmerksamkeit trotz Schmerz zu fokussieren. Alle Elemente der Schmerzbehandlung (Bewegung, Entspannung, Medikamenteneinnahme, Konfliktmanagement, Umgang mit Beziehungen, genussvolles Erleben etc.) werden mit Bildern verbunden und die Patienten werden angeleitet, diese imaginativ für sich selbst umzusetzen, um eine breitere Wirksamkeit und tiefere Verankerung zu erreichen. Diese Vorgehensweise haben wir in Anlehnung an die Erlebniswelt unserer Patienten „Kopfkino“ genannt (Derra und Schilling in Vorbereitung).

Wir erklären das ungefähr so: „Kopfkino sind bewegte Bilder, die unsere Gedanken und Gefühle begleiten können. unser innere Erlebniswelt bewirkt, dass Bilder sich zu einem inneren Film zusammenfügen können das kennen Sie alle von Ihren Träumen auch Kopfkino kann z.B. während einer Entspannungsübung wie eine

Art Traum bei wachem Bewusstsein sein. ...innere Filme wirken durch die Bewegung noch stärker als innere Bilder damit haben Sie eine sehr wirksame Strategie zur Veränderung Ihrer Schmerzen.“

Als praktisches Beispiel zeigen wir dann die erste Bewegungsübung „Der Schrankenwärter“. Diese wird folgendermaßen angeleitet:

Der Schrankenwärter ist eine Bewegungsübung, mit der Sie alle großen Gelenke, die Brust- und Lendenwirbelsäule und den Bauch ansprechen und lockern können. Mit anderen Worten: mit einer einfachen Schwingbewegung lockern Sie den ganzen Körper.

Führen Sie die Übung anfangs bitte mit offenen Augen durch. Wenn Sie etwas vertrauter damit sind, können Sie die Augen auch schließen.

Sie stellen sich erst einmal bequem hin beide Füße stehen etwa schulterbreit ... die Fußspitzen leicht nach außen ... die Fersen etwas näher zusammen die Arme hängen locker am Körper ... in dieser Haltung ist ein leichtes Hin- und Herschwingen möglich

Stellen Sie sich nun vor, Sie hätten eine Bahnstrecke zu beaufsichtigen und müss-

ten dazu immer wieder feststellen, „von welcher Seite kommt der Zug?“... Sie drehen also den Oberkörper leicht nach rechts und schauen, ob von dort ein Zug kommt dann drehen Sie den Oberkörper leicht nach links und schauen, ob von dort ein Zug kommt da Sie beide Seiten gleichzeitig beachten wollen, drehen Sie den Oberkörper in einem leichten Hin- und Herschwingen immer wieder so, dass Sie dabei abwechselnd nach rechts und nach links schauen ... so könnten Sie als Schrankenwärter schon ganz früh den Zug erkennen, auch wenn er noch weit weg ist... lassen Sie sich aber ruhig etwas Zeit dabei und spüren Sie vor allem das rhythmische Hin- und Her-Schwingen ... so dass mit der Zeit der ganze Körper in eine schwingende und lockernde Drehbewegung kommt.... (aus Derra und Schilling 2016)

Besonders in der Gruppe erleben die Patienten die humorvolle Seite dieser kleinen Bewegung und werden angeregt, sich von den Bildern etwas leiten zu lassen und mit dem Körper zu experimentieren. Sie kommen durch die Drehbewegung in Blickkontakt miteinander und es entsteht nicht selten ein Lachpegel in der Gruppe.

So werden auch andere Bewegungsübungen (z.B. der Kirschenklauer, der Stadtrat, Frau Müller – Frau Meier, Nein, Waldi der Kühlschranks bleibt heute zu) mit kleinen Geschichten und Bildern zum Kopfkino angeboten. Zu Beginn jeder Therapiestunde werden die bisher gelernten Übungen wiederholt und Erfahrungen dazu ausgetauscht (Wo habe ich, mit welchem Effekt die Übung in meinem Alltag durchgeführt?).

Bei der Entspannungsübung „Der kurze Jacob“ werden Muskelanspannung und –entspannung mit Imaginationen verbunden. Zum Schließen der rechten Hand wird beispielsweise angeboten: „Stellen Sie sich vor, sie haben einen kleinen Schmetterling gefangen und wollen ihn auf eine Wiese bringen.... und jetzt beim Lösen der Spannung lassen Sie den Schmetterling wieder fliegen ...“ Dieses Bild wird erfahrungsgemäß sehr gut angenommen, fokussiert die Aufmerksamkeit weg vom Erzwingenwollen von Entspannung und führt vor allem dazu, dass nicht zu fest (in den Schmerz) hinein angespannt wird.

Auch die zur Schmerzedukation verwendeten Filme werden in diesem Kontext genutzt. Die Patienten bekommen einen kurzen Film mit Animationen auf einem USB-Stick mit nach Hause. Sie werden gebeten, diesen Film einmal am Tag anzuschauen, sich möglichst viele Details einzuprägen, damit in der nächsten Sitzung darüber gesprochen werden kann. Die Begrifflichkeiten werden dann in alltagsbezogene Bilder umgesetzt. „Serotonin wirkt schmerzhemmend, eine schmerzhemmende Situation nennen wir eine Serotoninsituation, wo finden Sie Serotoninsituationen in Ihrem Alltag?“ Am Ende der Therapie werden die Patienten angehalten, aus besonders wirksamen Szenen ihres inneren Kinos ein sog. Schmerz-lass-nach-Ritual zu entwickeln. Dieses soll nicht länger als fünf Minuten sein und dann 5 bis 6 mal täglich im Sinne einer Basis zur Lebensstiländerung durchgeführt werden.

Kopfkino in der Schmerztherapie bedeutet daher vor allem, die Patienten anzuleiten, wie sie quasi nebenbei bewegte Bilder entstehen lassen, sie kurz nutzen können und sich dann wieder davon zu verabschieden mit der Gewissheit, dass sie im Alltag nachwirken. Es bedeutet aber auch zu lernen, sich von ungünstigen Bildern z.B. im Rahmen von Katastrophisieren und ängstlicher Körperbeobachtung distanzieren zu lernen. In der Autosuggestion erlebt sich der Patient als Handelnder. Wirksames Kopfkino sollte daher überzeugend und wirksam sein, Spaß machen und zur Wiederholung anregen.

Literatur des Verfassers:

Derra C., Schilling C. Kopfkino zum Ausprobieren – wie Bilder in uns wirken. Klett-Cotta. Stuttgart 2016

Derra C., Schilling C. Aufmerksamkeit und Schmerz. Klett-Cotta. Stuttgart (in Vorbereitung)

Roth G. Der Zusammenhang von frühkindlicher Traumatisierung und Schmerz und Stressverarbeitung aus neurobiologischer Sicht. Vortrag 2015 «



Der Autor
.....
Dr. med. Dipl. Psych.
Claus Derra

**Dr. med. Dipl. Psych.
Claus Derra**

Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin, Spezielle Schmerztherapie, Sozialmedizin, Medizinische Begutachtung, seit 1996 Weiterbildungsbefugter bei der BezÄK Nordwürttemberg, AT und Hypnose-Dozent der DGÄHAT, Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Hypnosegesellschaften. Mehrere Bücher zu Entspannungsverfahren, Schmerztherapie sowie zu sozialmedizinischer Begutachtung und CDs zu AT, PR und Achtsamkeit.

Erlernen eines professionellen Umgangs mit Menschen in Extremsituationen

Autor: Dr. med. Colin Schmidt /
Fotos: DGH, shutterstock

„Worte sind das mächtigste Werkzeug, über das ein Arzt verfügt. Worte können allerdings – wie ein zweischneidiges Schwert – sowohl tief verletzen, als auch heilen.“ (Lown 2003)

Der Autor
Dr. med.
Colin Schmidt



Dr. med. Colin Schmidt

Facharzt für Anästhesiologie mit den Zusatzbezeichnungen Notfallmedizin, Spezielle Schmerztherapie und Palliativmedizin; Engagement in der Ausbildung von Medizinstudenten und angehenden Notärzten. Derzeit in fortgeschrittener Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm.

E-Mail: colin.schmidt@uniklinik-ulm.de

HINTERGRUND

Terroranschläge, Natur- und Umweltkatastrophen haben uns in der jüngeren Vergangenheit vor Augen geführt, wie notwendig Konzepte und Maßnahmen zur Bewältigung solcher Ereignisse sind. Spezifische medizinische Kenntnisse sind für das Management von Katastrophensituationen unabdingbar und erfordern eine Basisausbildung für derartige Aufgaben im studentischen Unterricht. Seit 2003 schreibt die ärztliche Approbationsordnung für den 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung Kenntnisse im Bereich Notfall- und Katastrophenmedizin vor, was zur Entwicklung des Curriculums Katastrophenmedizin im Rahmen eines Konzepts zur katastrophenmedizinischen Ausbildung im studentischen Unterricht an deutschen Hochschulen führte (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe 2006). Auf der Basis dieses Curriculums werden im Wahlfach Katastrophenmedizin eigenständige, interdisziplinär ausgerichtete Vorlesungen bzw. Seminare angeboten. Einer der 14 empfohlenen Lernabschnitte des Curriculums beschäftigt sich mit der psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) als wichtigem - und hinsichtlich möglicher psychosozialer Belastungsfolgen auch präventiv wirksamem - Bestandteil im Umgang mit Menschen in Extremsituationen. Ein schweres Unglück bzw. eine Katastrophe stellt nicht nur für Überlebende eine psychisch hochbelastende Extremsituation dar, sondern wird auch von vielen (Erst-)Helfern als beklemmend und überfordernd erlebt. Eine entscheidende Rolle spielt hierbei immer wieder, dass zu wenige Kenntnisse darüber bestehen, welche Verhaltensweisen Helfer für Überlebende, Angehörige und Zeugen sinnvoll und hilfreich sind (Helmerichs

2010). In der Praxis folgen viele daher dem „gesunden Menschenverstand“, was ungewollt zu zusätzlichen Belastungen in der Verarbeitung traumatischer Ereignisse und konsekutiven Folgeschädigungen führen kann. Dies liegt zum einen an den besonderen Verfassungen, in denen sich die Betroffenen in solchen außergewöhnlichen Belastungssituationen befinden und die mit ganz eigentümlichen Verarbeitungsprozessen verbunden sind, zum anderen an den in der Medizin leider weitverbreiteten Negativsuggestionen. In Katastrophensituationen – aber auch im Krankenhaus, Operations- oder Kreißsaal – neigen Menschen zu natürlichen Trancezuständen mit verstärkter Regression und erhöhter Suggestibilität, wobei sich im Wahrnehmen und Erleben meist eine Voreingenommenheit für negative Aspekte findet (Hansen und Bejenke 2010). Diese besondere Verarbeitungssituation ist Fluch und Segen zugleich. In Kombination mit unbedachten Negativsuggestionen („Das sieht ja furchtbar aus...“, „Sie brauchen keine Angst zu haben, das tut nur kurz weh...“ oder „Dann schauen wir mal, ob das Medikament wirkt...“ etc.) können hier ungewollt tiefgreifende Verunsicherungen entstehen. Andererseits bieten diese besonderen Verarbeitungssituationen auch ungeahnte Möglichkeiten, wirkungsvoll für Abschirmung, Sicherheit und Vertrauen bei den Betroffenen zu sorgen, indem man entsprechende Positivsuggestionen in der Kommunikation verwendet („Sie sind jetzt in Sicherheit. Atmen Sie einfach ganz ruhig weiter, während wir alles dafür tun, damit sie optimal versorgt sind...“).

IMPLEMENTIERUNG EINES HANDLUNGSORIENTIERTEN STUDENTENUNTERRICHTSKONZEPTS

ZIELSETZUNG

Es ist nachgewiesen, dass durch ein systematisches Training Kommunikationstechniken gelernt und verbessert werden können (Yedidia et al. 2003). Leider besteht jedoch nach wie vor eine große Diskrepanz zwischen hohen Erwartungen an ärztliche kommunikative Kompetenzen im Rahmen der PSNV auf der einen – und einer bisher häufig nicht ausreichenden Integration praxisbezogener Inhalte unter besonderer Berücksichtigung kommunikativer Aspekte im Curriculum Katastrophenmedizin auf der anderen Seite. Daher entwickelten wir in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm ein Unterrichtskonzept, in dem neben der curricular empfohlenen Präsentation theoretischer Lerninhalte großer Wert auf die praxisbezogene Vermittlung wesentlicher Handlungsempfehlungen für die psychosoziale Unterstützung von Betroffenen in der Akutphase gelegt wurde. Insbesondere sollten beobachtbare Trancephänomene sowie Auswirkungen von Negativ- und Positivsuggestionen im Kontext von Katastrophensituationen erlebbar und mit den Prinzipien positiver Kommunikation und hypnotherapeutischen Elementen (Hansen, Zimmermann und Dünzl 2010) praktisch verknüpft werden. Wichtiges Ziel ist es hierbei auch, die Furcht angehender Ärzte vor der Kommunikation mit Menschen in Extremsituationen zu reduzieren.

METHODEN

Der eineinhalbstündige Unterricht gliedert sich in einen theoretischen und praxis-orientierten Teil mit anschließendem Feedback an die Studenten (siehe Abb. 1).

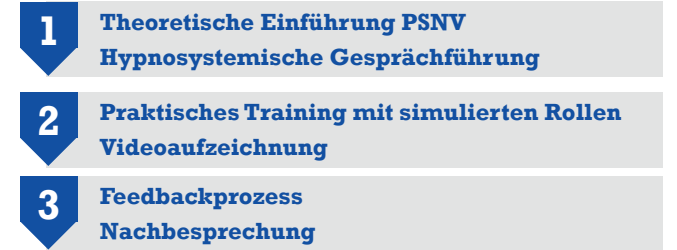


Abb. 1: Gliederung des handlungsorientierten Studentenunterrichts

In einem ersten interaktiven Vortrag werden die Studenten in die curricular empfohlenen theoretischen Lerninhalte bezüglich PSNV eingeführt (siehe Tab. 1).

Die Studentin / der Student soll die Grundlagen der durch Katastrophenstress ausgelösten Erkrankungen und die Maßnahmen psychosozialer Unterstützung von Katastrophen-situationen kennen	Psychologische Reaktionsmuster Akute Stress-Symptomatik Chronische Stresssymptomatik Post Traumatic Stress Disorder Aufgaben der Psychosozialen Notfallvorsorge Einsatzstrategie der Psychosozialen Unterstützung im Katastrophenfall
--	--

Tab. 1: Ausschnitt aus dem Curriculum Katastrophenmedizin zur Ausbildung der Studenten der Humanmedizin an Universitäten der Bundesrepublik Deutschland (nach Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe 2006)

In diesem Kontext werden auch fünf wesentliche Handlungsempfehlungen für die psychosoziale Unterstützung Betroffener von schweren Unglücksfällen und Katastrophen in der Akutphase (erste Stunden und Tage) vermittelt (siehe Tab. 2). Die Handlungsempfehlungen werden im Leitfaden „Katastrophenmedizin“ für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall ausführlich erörtert; der Leitfaden „Katastrophenmedizin“ kann beim Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe kostenlos bezogen werden.

» Das Erleben von (relativer) Sicherheit fördern
» Beruhigen und Entlasten
» Selbstwirksamkeit und Kontrolle fördern
» Kontakt und Anbindung fördern
» Das Gefühl von Hoffnung stärken

Tab. 2: Fünf wesentliche Handlungsempfehlungen (nach Helmerichs 2010)

Der zweite Vortrag bezieht sich auf beobachtbare Trancephänomene (siehe Tab. 3) bei Menschen in Extremsituationen, ungünstige Signale und Negativsuggestionen sowie die Prinzipien positiver Kom-

munikation. Detailliert vermittelt werden dabei hypnosystemische Methoden der Gesprächsführung, die darauf ausgerichtet sind, (a) patienteneigene Coping-Strategien anzuregen und zu nutzen, und dabei (b) negative Suggestionen und unachtsame beiläufige Kommunikation zu vermeiden, und (c) positive Suggestionen zu fördern.

Tab. 3 Trancephänomene

- » Fokussierte Aufmerksamkeit
- » Veränderte Wahrnehmung
- » Wortwörtliches Verstehen
- » Selektive, partielle Amnesie
- » Dissoziation / ideomotorische Reaktionen
- » Hyperästhesie bzw. ausgeprägte Anästhesie
- » Katalapsie: körperlich-geistige Starre („unter Schock stehen“, „Todstellreflex“)
- » Gesteigerte Suggestibilität (z.B. vegetative Beeinflussbarkeit)

Tab. 3: Trancephänomene bei Menschen in Extremsituationen (nach Hansen und Bejenke 2010)

In Anlehnung an Hansen, Zimmermann und Dünzl (2010) sollen primär Prinzipien positiver Kommunikation (siehe Tab. 4) zur Anwendung kommen - mit dem Ziel, einen guten Rapport, d.h. eine gute verbale/nonverbale gegenseitige Bezogenheit zwischen Helfern und Betroffenen aufzubauen und aufrechtzuhalten.

Tab. 4 Positive Kommunikation

- REALISTISCH UND GLAUBWÜRDIG**
- » Subjektbezogen
 - » Folgen und Führen
 - » Indirekt eher als direkt
 - » Offen und permissiv
 - » Doppelbindung („double bind“)
 - » Kleine Schritte in Gang bringen
 - » Veränderungen wahrnehmen
 - » Möglichkeiten eröffnen
 - » Unbewusste Suchprozesse anregen
 - » Innere Bilder wirksam werden lassen

Tab. 4: Prinzipien positiver Kommunikation (nach Hansen, Zimmermann und Dünzl 2010)

Rapport-fördernde Verhaltensweisen umfassen eine namentliche Vorstellung als Helfer, eine langsame, klare und deutliche Sprache, die Ankündigung von Maßnahmen sowie die Verwendung von Bildern und Analogien. Eine ernsthafte Anteilnahme an den Anliegen und Belangen des Betroffenen sowie die Freiheit, Fragen zu stellen, die über die notwendigste Anamnese hinausgehen, können hierbei eine Atmosphäre der Ruhe und Sicherheit suggerieren und Zuversicht ermöglichen. Beistand kann aber auch durch non-verbale Kommunikation (z.B. Entspanntes Seufzen, Händedruck,

Hand auf Schulter) signalisiert werden. Nach Möglichkeit sollten die Bedürfnisse und die gefühlsmäßige Realität des Betroffenen frühzeitig erkannt bzw. erfragt und angemessen darauf reagiert werden. Dabei empfiehlt es sich, auf positives Reframing zurückzugreifen. Eine Ansprache des Betroffenen sollte in jedem Fall erfolgen, selbst bei Bewusstlosigkeit oder dissoziativen Zuständen. Umgekehrt ist jede Form unachtsamer, beiläufiger Kommunikation zu unterlassen, da nicht klar ist, welche Wirkung vermeintlich belanglose Bemerkungen trotz oder gerade aufgrund eines getrübteten Bewusstseins-zustands beim Betroffenen haben können. Sämtliche Ereignisse sollten wahrheits-getreu und verständlich – jedoch keinesfalls drastisch/dramatisierend oder pessimistisch – angesprochen bzw. erklärt werden. Missverständnisse sind hierbei möglichst zügig auszuräumen. Positive Ergebnisse oder Entwicklungen dürfen jederzeit offen und permissiv impliziert werden („Und wenn die Blutung nun nach und nach stoppen wird, während Sie den Eisbeutel in Ihrer Armbeuge halten, ist dies eine gute Gelegenheit, sich derweil ein wenig auszuruhen und dabei Ihrem Körper zu erlauben, sich Schritt für Schritt zu erholen und wieder Kräfte zu schöpfen...“).

Im Anschluss erfolgt zur Veranschaulichung von Trancephänomenen und Einübung günstiger Verhaltensweisen sowie Kommunikationstechniken der praxisorientierte Teil des Unterrichts, der methodisch mittels angeleiteter Rollenspiele in einem Übungs-Parcours umgesetzt wird. Hierfür sollen die Studenten sich folgende fiktive Situation vorstellen (siehe Abb. 2):

Psychozoiale Notfallversorgung**SITUATION**

- » Terroranschlag auf eine Universität, mehrere Terroristen mit automatischen Schusswaffen
- » Viele Tote/Verletzte
- » Unübersichtliche Lage
- » Täter allem Anschein nach überwältigt/erschossen
- » Einige Studenten/Dozenten/Angestellte halten sich noch in verschiedenen Räumlichkeiten der Universität auf
- » Sichtung bzw. Triage ist bereits durchgeführt worden, die Betroffenen waren unverletzt und wurden aufgefordert, noch in den Räumlichkeiten zu verbleiben, bis weitere Hilfe eintrifft

Abb. 2: Fiktive Situation

Der Übungs-Parcours beinhaltet drei unterschiedliche Szenarien, die in getrennten Räumlichkeiten szenisch vorbereitet und von Schauspielern realitätsnah dargestellt werden. Hierfür waren drei ausführliche Rollenleitungen mit unterschiedlichen „Reaktionstypen“ (hysterisch, paralysiert, verzweifelt) entwickelt worden, um den Studenten zu ermöglichen, verschiedene Reaktionsmuster kennenzulernen und adäquat darauf reagieren zu können. Die Schauspieler werden zuvor aufgefordert, nur auf adäquate Interventionen von Seiten der Studenten mit einer „Entschärfung“ der Situation zu reagieren. Die Studenten erhalten vor Beginn der jeweiligen Simulationsübung eine kurze Rollenleitung bzw. ein kurzes Briefing (siehe Tab. 5):

**Tab. 5 Rollenleitung für Studenten****DREI SZENARIEN:**

- » Eine Reinigungskraft, deren Sohn an der Universität studiert, hatte Schüsse gehört und sich in Seminarraum versteckt. Sie macht sich größte Sorgen um ihren Sohn.
- » Eine Studentin hat sich rechtzeitig in einen Seminarraum der Universität flüchten können, zuvor jedoch aus der Entfernung miterleben müssen, wie Kommilitonen kaltblütig erschossen wurden und panikartige Szenen entstanden. Sie hat es noch nicht realisiert, dass die Gefahrenlage inzwischen entschärft ist.
- » Eine Dozentin hält sich gemeinsam mit ihrem in der Zwischenzeit an seinen schweren Schussverletzungen verstorbenen Freund in einem Raum auf.

IHRE AUFGABE:

Die (emotional überwältigten) Betroffenen sollen von Ihnen (in Ihrer Eigenschaft als nachgeforderter Notarzt) im Rahmen der psychischen ersten Hilfe seelisch stabilisiert und motiviert werden, die Räumlichkeit zu verlassen und sich in Begleitung zu einer Sammelstelle zu begeben.

Tab. 5: Rollenleitung für Medizinstudenten des Seminars PSNV in der Katastrophenmedizin

Vor jeder Übung wird in der Kleingruppe der Studenten jeweils ein Leader bestimmt; die übrigen werden als Beobachter eingeteilt. Jeder Student soll mindestens einmal die Möglichkeit haben, sich als Leader zu erproben.

Im Anschluss an die drei verschiedenen Simulationsübungen, die mittels Video-aufzeichnungen festgehalten werden, erhalten die Studenten von Seiten ihrer Kommilitonen, den Schauspielern sowie den Dozenten ein konstruktives Feedback.

Zusammenfassung und Ausblick

Ärztliche kommunikative Kompetenzen im Rahmen der Psychozoialen Notfallversorgung (PSNV) sind nicht allein in der Theorie vermittelbar, sondern benötigen ein systematisches Training adäquater und einfacher Kommunikationstechniken. Ein in der Klinik für

Psycho-somatische Medizin und Psychotherapie Ulm für die studentische Lehre entwickeltes, handlungsorientiertes und zeitökonomisches Unterrichtskonzept wurde aufgrund der Verzahnung verschiedener Methoden (theoretische Einführung, praktisches Training und Feedbackprozess) von Seiten der teilnehmenden Studenten als sehr interessant, abwechslungsreich und motivierend erlebt und mit „Hervorragend“ bewertet. Besonders geschätzt wurden die Möglichkeiten praktischer Übungen im Übungs-Parcours sowie das konstruktive Feedback. Künftig ist im Rahmen des studentischen Unterrichts auch an den Einsatz eines Video-Feedbacks zu denken. Zudem könnte zur „Auffrischung“ kommunikativer Kompetenzen eine Implementierung des Übungs-Parcours in die Ausbildung von Notärzten in Erwägung gezogen werden.

Literaturverzeichnis

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Konzept zur katastrophen-medizinischen Ausbildung im studentischen Unterricht an deutschen Hochschulen. 2006. bkk.bund.de.

Hansen E, Zimmermann M, Dünzl G. Hypnotische Kommunikation mit Notfallpatienten. Notfall Rettungsmed 2010; 13: 314-321.

Hansen E, Bejenke C. Negative und positive Suggestionen in der Anästhesie. Anaesthesist 2010; 59: 199-209.

Helmerichs, J. Umgang mit Menschen in Extremsituationen. In Katastrophenmedizin - Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall. Herausgeber: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Bonn. 6. Auflage, unveränderter Nachdruck 2013.

Lown, B. Die verlorene Kunst des Heilens. Stuttgart: Schattauer Verlag 2003.

Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepatitis AE, Snyder CW, Lazare A, Lipkin M. Effect of communications training on medical student performance. JAMA 2003; 290 (9): 1157-1165.

Interview: Dr. med. Michael Bohne

Autor: Dr. med. dent. Dünninger / Foto: DGH

„Wie sind Sie darauf gekommen, die Klopftechnik in Ihrer Therapie anzuwenden?“



Interview mit Dr. med. Michael Bohne

Dr. med. Michael Bohne

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ist Deutschlands bekanntester Auftritts-Coach für Opernsänger und klassische Musiker. Er ist einer der bedeutendsten Vertreter der Klopftechniken in Deutschland und hat diese entmystifiziert und prozessorientiert weiterentwickelt, sowie mit psychodynamisch-hypno-systemischem Wissen kombiniert. Er ist Autor und Herausgeber zahlreicher Bücher über Auftrittsoptimierung, Klopftechniken und PEP.

Gunther Schmidt hatte 2001 den amerikanischen Psychologen Fred Gallo nach Deutschland eingeladen, und ich habe die Workshops damals besucht, da ich immer auf der Suche nach neuen und noch wirksameren Methoden war. Im Workshop hatte ich dann an einem eigenen Anliegen eine enorm schnelle Veränderung durch das Klopfen bemerkt. Daraufhin setzte ich das Klopfen bei meinen Klienten mit Ängsten, Typ I Traumata und vor allem bei den Klienten im Auftrittscoaching ein. Bei allen Zielgruppen habe ich beeindruckende Ergebnisse beobachten können. Da ich zeitgleich die Ausbildung in EMDR gemacht hatte, konnte ich ganz zur Energiegleichheit und mir schien, dass die Klienten von dem Klopfen weit mehr und schneller profitierten. Somit habe ich mich eher weiter mit den Klopftechniken als mit EMDR beschäftigt. Ich finde zwar das wissenschaftliche Bemühen aus dem EMDR Feld sehr wichtig und interessant, muss aber nach wie vor sagen, dass mich eine Methode, wie das Klopfen mehr überzeugt, da sie den Klienten viel intensiver ermöglicht, Selbstwirksamkeitserfahrungen zu machen und die Technik auch ohne Therapeuten anzuwenden. Auch erscheint mir die unpräzise Art, wie sich das Klopfen in die Prozesse integrieren lässt, aus hypnotherapeutischer Sicht sehr interessant. Es kommt viel eher eine Atmosphäre von Leichtigkeit und Experimentierfreude auf. Der Neuroforscher Stephen Porges, der ja auch einer der Hauptreferenten unserer diesjährigen Tagung „Reden reicht nicht?!“ ist, hat zu bedenken gegeben, dass alles, was an Spiel erinnert, dem Klienten auf einer nonverbalen und tiefen kommunikativen Ebene, nämlich der des Social Engagement Sys-

tems signalisiert, dass keine Gefahr (mehr) vorhanden ist. Dies ist natürlich vor allem in der Traumatherapie eine sehr sinnvolle Sache. Das Klopfen sieht ja tatsächlich eher wie ein Kinderspiel aus, kommt also nicht so seriös und beeindruckend daher, wie viele andere Methoden.

Wie schätzen Sie die Akzeptanz der Klopftechnik, bzw. der Hypnose in Deutschland ein?

Die Hypnotherapie, könnte man sagen, ist in der Mitte der therapeutischen Community angekommen, viele TherapeutInnen sind in Hypnotherapie ausgebildet, einige werde in den nächsten Jahren sicherlich noch folgen. Das Klopfen wird hingegen zwar schon von vielen KollegInnen praktiziert, es befindet sich aus meiner Sicht aber gerade erst am Übergang von den Early Adopters, also den frühen Anwendern zur frühen Mehrheit (early majority). In den nächsten Jahren werden dann noch die späte Mehrheit (late majority) und danach die Nachzügler (laggard) kommen. Diese Entwicklung sieht man ja im Grund bei allen Innovationen und auch sozialen Bewegungen, so auch bei den Anwendern der verschiedenen Therapiemethoden. Den Klopftechniken haftete zunächst noch der Ruch der Esoterik an. Dies lag vor allem an ihrer Nähe zur energetischen Denke, also der Wirkklärung über Energiehypothesen und der Nutzung des Muskeltests, der ja von vielen Menschen im psychologischen Bereich eher kritisch gesehen wird. Es war mir ein großes Anliegen, die Klopftechniken zu entmystifizieren und von unnötigem Ballast zu befreien. Dies ist auf der ganzen Linie gelungen. Dadurch wurde aus der zunächst überschaubaren Intervention Klopfen und die der Nutzung von eher standardisierten Selbstakzeptanzaffirmationen ein mehrdimensionaler Ansatz, der sowohl psychodynamische, systemische, hypnotherapeutische, Ego State orientierte und bifokal-multisensorische Interventionen und diagnostische Strategien kombiniert und sich PEP nennt, also Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie. Man sieht das auch an den Zahlen der KursteilnehmerInnen. Seit 2009 haben ca. 2000 KollegInnen eine Fortbildung in PEP angefangen, bzw. abgeschlossen. PEP wird seit ca. zwei Jahren in der Hirnforschung der Medizinischen Hochschule Hannover u.a. mittels fMRT, also bildgebender Diagnos-

tik untersucht, da es uns interessiert, wo im Gehirn was genau passiert, wenn Menschen während ihres Stress- oder Angsterlebens Klopfen und andere Interventionen praktizieren. Wir haben für eine dritte Studie Forschungsgelder über Crowdfunding gesammelt und in nicht ganz 3 Monaten haben wir 50.000 € zusammen bekommen. Die zweite Studie wird vom Parkinson Fond Deutschland mitfinanziert. PEP ist also auch in der Forschung angekommen. Wer sich aber neue Methoden erst dann anschaut, wenn sie wissenschaftlich auf breiterer Front bestätigt sind, muss sicherlich noch 10 Jahre oder mehr warten.

Gibt es etwas, was Sie im letzten Jahr in Ihrer Berufsausübung besonders beeindruckt hat?

Durch meine unterschiedlichen Fortbildungen und vor allem durch die systemische und die hypnotherapeutische Sozialisation habe ich meinen Blick sehr gut schulen können, um in psychotherapeutischen Prozessen Muster zu erkennen. Diese Prägung hat vermutlich dazu geführt, dass ich hinter dem Klopfen noch andere sehr aufregende diagnostische und interventorische Tools gefunden habe. So überrascht mich die Entdeckung der von mir als Big Five Lösungsblockaden bezeichneten psycho- und systemdynamischen Aspekte immer wieder. Mir war aufgefallen, dass das Klopfen in bestimmten Situationen nicht wirkte und dann habe ich die Klienten sehr gezielt exploriert und war überrascht, was ich dann herausfand. Es waren immer wieder die gleichen Lösungsblockaden vorhanden. Zu den Big Five Lösungsblockaden gehören Selbstvorwürfe, Vorwürfe an andere Menschen, Erwartungshaltungen an andere, Altersregression und parafunktionale Loyalitäten zu anderen Menschen, wie z.B. transgenerational oder aber auch auf Ego State Ebene. Diese Phänomene an sich waren ja überhaupt nicht neu, dass es aber immer mindestens einer dieser Aspekte war, der den Prozess stagnieren ließ, war dann doch schon sehr überraschend. Ich werde ja auf der DGH Tagung über diese diagnostischen Strategien in meinem Workshop sprechen. Ich spreche übrigens statt von Dysfunktionalität lieber von Parafunktionalität, also neben-funktionalen Dynamiken, da im Begriff dysfunktional etwas Despektierliches mitschwingt und man ja sagen muss, dass die Dinge, die für uns heute

dysfunktional sind, uns früher manchmal das Leben gerettet haben oder zumindest funktional waren.

Wie sollte sich Ihrer Meinung nach ein guter Therapeut verhalten?

Oh je, schwierige Frage. Ich glaube, was wirklich wichtig ist, dass man innerlich zwei Perspektiven an Bord hat. Die eine geht davon aus, dass der Klient in dem therapeutischen Prozess sehr schnell profitieren kann, so dass alle Beteiligten sich nur wundern und die andere Perspektive hält es für möglich, dass es auch dauern kann. Ansonsten halte ich eine Haltung von Leichtigkeit und Humor für essentiell wichtig, da ja unsere Haltung eine tiefe Tranceinduktion ist und realitätskonstruierende Auswirkungen hat.

Was könnte Ihrer Meinung nach die besondere Rolle der Klopftechnik bei der Therapie von Patienten ausmachen?

Ich kenne keinen anderen Ansatz, dessen Selbsthilfepotential so groß ist. Weite Strecken kann das Klopfen ja zur emotionalen Selbsthilfe eingesetzt werden und die Klienten nutzen es auch tatsächlich. Es ist ein Stück Demokratisierung von Psychotherapie. Ansonsten ist das Klopfen eben proaktivitätssteigernd, also die Klienten machen sehr schnell eine Erfahrung von Selbstwirksamkeit, was aus Sicht der Psychotherapie-Wirksamkeitsforschung ein wesentlicher Punkt ist. Ich würde aber unbedingt auch an uns TherapeutInnen denken wollen. Gerade im Traumabereich ist das Klopfen ein Schutz vor sekundärer Traumatisierung, da die TherapeutInnen ja immer mitklopfen. So einen Schutz habe ich selbst bei keiner anderen Methode erlebt.

Wie sind Sie mit der DGH in Kontakt gekommen?

Ich glaube, Helga Hüsken-Janßen hatte damals auf der wunderschönen Fraueninsel im Chiemsee einen EDxTM Klopfkurs bei mir gemacht (das war noch vor PEP) und da haben wir uns und ich die DGH kennengelernt.

Was erwarten Sie sich von Ihrem Workshop in Bad Lippspringe?

Ich freue mich schon auf die vielen netten TeilnehmerInnen und ReferentInnen, die tolle Atmosphäre und einen regen Austausch. ☺

Im MRT auf Reisen

Hypnose für eine entspannte Untersuchung in der „Röhre“

Autorin: Dipl.-Psych. Irina Schlicht / Fotos: DGH, shutterstock



„Zweimal kam ein Anflug von Panik, die ich aber mit den erlernten Bildern herunterkämpfen konnte. Der ‚Schiffsmechaniker‘ hat wirklich viel Lärm gemacht, zusätzlich ist dann noch ein ‚Hubschrauber‘ über dem Schiff gekreist. Gut, dass die Bilder am Ufer so schön und beruhigend waren.“

Diese Sätze schrieb mir eine Patientin nach ihrer MRT-Untersuchung, die wir mit einer Hypnose-Sitzung vorbereitet hatten, damit sie ihre starken Ängste vor der „engen Röhre“ verlieren und die medizinisch dringend notwendige Diagnostik relativ angstfrei durchstehen würde.

Das erste Mal bat mich vor ca. 10 Jahren eine Patientin, ihre Ängste vor der Kernspintomografie mittels Hypnose überwinden zu lernen. Sie würde eine notwendige Untersuchung immer wieder hinausschieben, weil allein schon der Gedanke, in so einer engen Röhre auch nur eine Minute liegen zu müssen, sie in schwere Panik versetzte. Die damals von mir spontan entwickelten Bilder und Suggestionen für diese kleine Reise habe ich in der Folge öfter angewandt, und regelmäßig beschrieben die jeweiligen

Patienten und Patientinnen anschließend, dass sie den Aufenthalt „in der Röhre“ gut überstanden hätten und die vorher befürchtete Panik – wenn überhaupt – verschwindend gering gewesen sei.

Die herkömmliche MRT-Röhre hat einen Durchmesser von 60 cm, so dass sich ein Gefühl der Enge, der Beklemmung, des Ausgeliefertseins leicht einstellen kann; und tatsächlich beschreiben Radiologen, dass ca. 10-15% der Patienten in der engen Apparatur Platzangst bekämen, der mit Beruhigungsmitteln oder Kurznarkosen begegnet werde. Die wenigsten radiologischen Praxen verfügen heute schon über den sogenannten offenen Tomographen, der es von der Bildqualität mit dem geschlossenen Apparat aufnehmen kann, so dass es sich anbietet, Hypnose zur Beruhigung einzusetzen.

In der das MRT vorbereitenden Hypnose-Sitzung erleben die Patienten im entspannten Zustand die Untersuchung in sensu und lernen dabei die Bilder der „MRT-Reise“ kennen, mittels derer sie innerlich in ein Gefühl von Weite gelangen, die die Enge der Röhre ausblendet. Wäh-

rend der Untersuchung lassen sie dann in Selbsthypnose diese Bilder vor ihrem inneren Auge vorüberziehen. Allen Patienten gebe ich die Instruktion mit, dass sie, noch bevor sie in den Tomographen hineingeschoben werden, unbedingt die Augen schließen und während der ge-

samten Untersuchung geschlossen halten sollten. Manche Patienten nehmen sich dafür sogar eine Augenbinde mit, um so sichergehen zu können, dass sie nicht doch plötzlich während der Untersuchung die Augen öffnen und dann die dortige Enge wahrnehmen.

HYPNOSE-SKRIPT – „ENTSPANNT IM MRT“

» (Induktion)

» „... und so möchte ich Sie zu einer kleinen Schiffsreise einladen, die so angenehm, so schön, so beruhigend ist ... auch wenn man vielleicht schon die Motoren des Schiffes hört, die immer mal wieder lautstark zum Einsatz kommen ... dieses Klopfen und Hämmern sind geradezu ein Hinweis dafür, dass sich der Schiffsmechaniker unten im Maschinenraum um alles gut kümmert und man durchweg sicher und beruhigt sein kann ...

» Und so mag man oben auf dem Deck ganz bequem und entspannt in einem Deckchair ruhen und den weiten Blick auf die in einiger Entfernung liegende Küste richten ... es ist so angenehm warm, die Sonne scheint ... gerade so, wie man es gerne hat ... das Meer liegt ruhig vor einem ausgebreitet ... ganz sanft schwappen kleine Wellen an die Bordwand ... man spürt eine leichte Brise ... so mild ... so wohltuend ... und immer mehr mag sich ein wohliges Gefühl von frei sein und von Weite in einem ausbreiten ...

» Und was man da alles an der Küste sehen kann ... den hellen Sandstreifen des breiten Strandes ... und wenn man genau hinschaut, erkennt man vielleicht sogar hier und da ein paar bunte Son-

nenschirme, die so klein aussehen wie die Papierschirmchen auf einem Eisbecher ... so sommerlich ... so heiter ...

» Und der Schiffsmechaniker treibt wieder die Maschinen an ... man hört das Dröhnen, das Hämmern ... und wie beruhigend ist es zu wissen, dass er seine Arbeit macht und man ganz sicher vorankommt, während man den Blick auf die Küste weiter genießen kann ...

» Der breite Sandstreifen wird schmaler und ist schließlich nur noch als dünner Strich zu sehen, hinter dem sogleich eine felsige Steilküste aufragt, auf der oben einzelne weiße Häuser zu erkennen sind ... wie Miniaturen aus einer Spielzeuglandschaft, über der sich der blaue Himmel wölbt ... und alles ist so friedlich ... so beschaulich ... und man mag ganz neugierig sein, was man noch alles an dieser so bezaubernden Küste sehen wird ...

» Das Meer ist so ruhig ... die Sonnenstrahlen glitzern auf der Wasseroberfläche ... ein paar Möwen folgen dem Kielwasser des Schiffes ... man liegt so bequem auf dem Deckchair ... zwischen den kleinen Ruhepausen, in denen das Schiff lautlos dahingleitet, macht sich der treue Schiffsmechaniker immer wieder lautstark mit seinen Maschinen bemerkbar ... wie beruhigend

... wie sicher ...

» Und weit über das Wasser auf die Küste zu schauen, lässt einen so frei atmen ... dass man immer mehr ein Gefühl von innerer Weite spüren mag ... ja, vielleicht kann man sogar die Meeresluft riechen ...

» Und die Steilküste hat sich nun in eine sanft ansteigende Felsküste verwandelt ... zwischen dem Grün von Bäumen und Sträuchern erkennt man kleine Dörfer, deren weiße Häuser mit roten Dächern klein und niedlich an den Felshängen sitzen ... so idyllisch ... so geruhsam ...

» Und irgendwann öffnet sich die Felslandschaft und man schaut auf ein riesiges gelbblühendes Feld ... Ist es Ginster? ... Sind es Sonnenblumen? ... einfach nur malerisch ...

» Und welch' eine Freude, diesen Fernblick auf die Küste mit ihren vielfältigen Panoramen auf dieser Schiffsreise erleben zu dürfen ... was für eine angenehme, schöne und beruhigende Fahrt ...

» Und wenn das Schiff dann demnächst in einen der pittoresken Küstenhäfen einlaufen wird, wird man diese schönen Bilder noch voller Ruhe und innerem Frieden erinnern ...“

(Rücknahme) «

Die Autorin
Dipl.-Psych. Irina
Schlicht



Dipl.-Psych. Irina Schlicht

Geb. 1954, Psychologische Psychotherapeutin, Verhaltenstherapeutin, Klinische Hypnotherapeutin (DGH), seit 1996 in eigener Praxis in Berlin, Autorin des Buches „Was quält mich, und wenn ja, warum? Faszinierende Geschichten aus der Hypnose-Therapie“

www.hypnoseundtherapie.de



Literatur

Autor: Dr. med. dent. Peter Dünninger /
Foto: shutterstock

01 Die Autoren kombinieren Hypnose mit Kognitiver Verhaltenstherapie bei „emotional disorders“. Dabei wird Hypnose hauptsächlich als Vorbehandlung zur Linderung der Symptome eingesetzt. Dies allerdings in solcher Ausführlichkeit, dass man eigentlich eher von Hypnotherapie sprechen müsste. Das vorgestellte Konzept ist ein Beispiel für den immer häufiger anzutreffenden Einbau hypnotischer Elemente in VT/ KVT, der ja in der klinischen Praxis schon länger mit gutem Erfolg empirisch angewendet wurde, aber jetzt auch in die Forschung Einzug hält.

**Assen Alladin &
Jon Amundson (2016)**

» Cognitive Hypnotherapy as a Transdiagnostic Protocol for Emotional Disorders

International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis; 64:2, 147-166

02 Ein Beispiel dafür, wie selektiv Suggestionen wirken können: Probanden wurde suggeriert, dass ein eher langweiliger Text, den sie lesen sollten, für sie sehr interessant sei. Sie fanden den Text nach der Suggestion tatsächlich auch interessanter, verstanden ihn aber nicht besser als die Kollegen aus der Kontrollgruppe!

John C. Mohl, Donna M. Finigan & Lisa M. Scharff (2016)

» The Effect of a Suggestion to Generate Interest in a Reading in Highly Hypnotizable People: A Promising Use in Education,

International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 64:2, 239-260

Aus der immer größer und in ihrer Fragestellung immer unüberschaubarer werdenden Flut der neueren „Hypnoseliteratur“ ein paar subjektiv ausgewählte Beispiele:



03 Sexuelle Dysfunktion ist ein häufiges Problem für postmenopausale Frauen. Als Teil einer größeren randomisierten kontrollierten Untersuchung untersuchte diese Studie einen zweiten Studienausgang, nämlich den Effekt hypnotischer Entspannungstherapie auf die sexuelle Dysfunktion bei postmenopausalen Frauen. Die sexuelle Dysfunktion wurde mittels Sexual Activity Questionnaire (SAQ) untersucht. Eine signifikante Verbesserung von sexuellem Vergnügen und Unwohlsein wurde nach 5 aufeinanderfolgenden wöchentlichen Sitzungen hypnotischer Entspannungstherapie im Gegensatz zu Teilnehmern, die Aufmerksamkeitskontrolle erhielten, berichtet. Die SAQ-Endergebnisse zeigten signifikante Verbesserungen in der Gruppe, die die hypnotische Entspannungstherapie erhalten hatte. Die Verbesserungen zeigten einen leichten Anstieg im 12-Wochen-follow up. Die Ergebnisse dieser Untersuchung unterstützen die Anwendung hypnotischer Entspannungstherapie, um die sexuelle Funktion bei postmenopausalen Frauen zu verbessern.

Aimee K. Johnson, Alisa J. Johnson, Debra Barton & Gary Elkins (2016)

» Hypnotic Relaxation Therapy and Sexual Function in Postmenopausal Women: Results of a Randomized Clinical Trial

International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 64:2, 213-224

04 Diese randomisierte, kontrollierte klinische Studie untersucht die Effizienz von Selbsthypnose auf das Schmerzempfinden. Es wurden Schmerzschwellen gemessen und ein gezielter, standardisierter Schmerzreiz durch elektrische Stimulation der Zahnpulpa an einem oberen vorderen Zahn ausgelöst. Der Schmerzreiz wurde durch eine Visuelle Analog Skala (VAS) bewertet. Die Schmerzschwelle war unter Hypnose höher (57.1 ± 17.1) als ohne hypnotische Intervention (39.5 ± 11.8) ($p < 0.001$). Schmerz wurde auf der VAS unter Selbsthypnose geringer bewertet (4.0 ± 3.8) als unter gewöhnlichen Umständen ohne Selbsthypnose (7.1 ± 2.7) ($p < 0.001$). Selbsthypnose kann in der klinischen Praxis sowohl als Ergänzung des Goldstandards der Lokalanästhesie zur Schmerzbehandlung als auch als Alternative in bestimmten Fällen angewandt werden.

Diese sehr sorgfältig gemachte Studie zeigt eine erhebliche durchschnittliche Reduktion des subjektiven Schmerzempfindens durch Selbsthypnose. Bei einigen Probanden war die Schmerzempfindung sogar völlig aufgehoben, obwohl es sich „nur“ um Selbsthypnose handelte und das Setting rein experimentell war, d.h. für die Motivation für die Probanden nicht besonders hoch.

Thomas Gerhard Wolf, Dominik Wolf, Dagna Below, Bernd d'Hoedt, Brita Willershausen & Monika Daubländer (2016)

» Effectiveness of Self-Hypnosis on the Relief of Experimental Dental Pain: A Randomized Trial
International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 64:2, 187-199

Gut aufgelegt

Hypnose und Hypnotherapie bei Carl-Auer

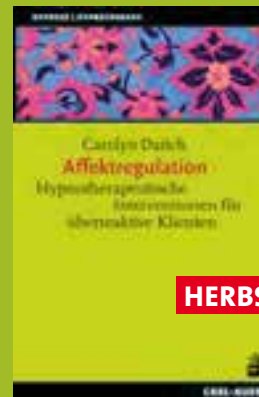


HERBST 2016

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

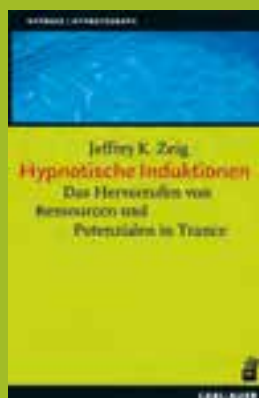


240 Seiten, 26 Abb., Kt, 2016
€ (D) 29,95/€ (A) 30,80
ISBN 978-3-8497-0096-6



HERBST 2016

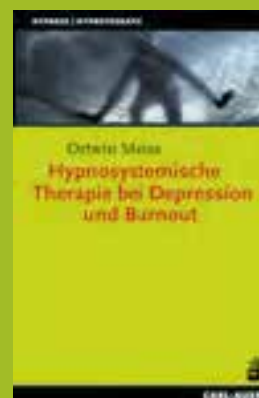
ca. 352 Seiten, Kt, 2016
ca. € (D) 49,-/€ (A) 50,40
ISBN 978-3-8497-0142-0



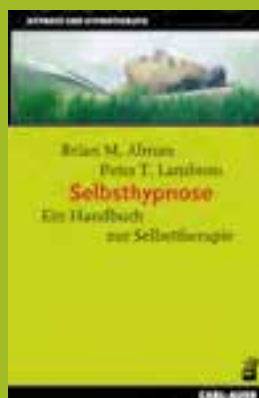
271 Seiten, Kt, 2015
€ (D) 44,-/€ (A) 45,30
ISBN 978-3-8497-0052-2



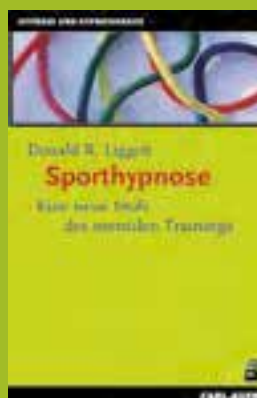
248 Seiten, Kt, 2015
€ (D) 29,95/€ (A) 30,80
ISBN 978-3-8497-0079-9



336 Seiten, Kt, 2., überarb. Aufl. 201
€ (D) 34,95/€ (A) 36,-
ISBN 978-3-8497-0097-3



377 Seiten, Kt
12. Aufl. 201
€ (D) 27,95/€ (A) 28,80
ISBN 978-3-89670-842-7



221 Seiten, 2 Abb., 5 Fotos, Kt
3. Aufl. 201
€ (D) 24,95/€ (A) 25,70
ISBN 978-3-89670-434-4



275 Seiten, Kt
2., korr. Aufl. 201
€ (D) 29,95/€ (A) 30,80
ISBN 978-3-8497-0139-0



Carl-Auer Verlag • www.carl-auer.de

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



HYPNOSE

Körper und Seele in Balance

BAD LIPPSRINGE
16.11. – 19.11.2017

Vorträge und Seminare zur Anwendung von
Hypnose und Hypnotherapie in Medizin,
Psychotherapie und Zahnmedizin

Information und Anmeldung: Geschäftsstelle der DGH,
Daruper Str. 14 | 48653 Coesfeld

Tel. 0 25 41-88 07 60 | Fax 0 25 41-7 00 08

DGH-Geschäftsstelle@t-online.de | www.hypnose-dgh.de