

Der Stellenwert suggestiver Techniken im Rahmen der zahnärztlichen Anxiolyse

form one overall concept that uses both the chances and limitations of each method in individual procedural steps. The method is applied in the following hierarchical sequence: "psychoconcordant termination" - dentist's communication - desensibilization program - positive stimulation therapy - suggestive techniques, hypnosis - pharmacotherapy - general anaesthesia. In the patient population on which the study is based, the application of this concept led to the reduction of inevitable general anaesthesia cases from formerly approx. 16% to currently 0.7% of all dental therapies.

Key words: *anxiolysis, dental anxiety, suggestion, hypnosis, problem patient*

Gerhard Kreyer, Primarius Univ. Lektor DDr. med.
Kremsersstraße 9
A-3550 Langenlois

erhalten: 23.05.01

akzeptiert: 21.06.01

"Die Hypnose hat nicht geklappt!"

Ein Video über die indirekte Hypnose bei Zahnarztphobie von Albrecht Schmieder

Dieses Video zeigt die Behandlung einer Patientin mit Zahnarztphobie. Zu Beginn wurde die ebenfalls ängstliche Tochter mit indirekter Hypnose behandelt. Die Mutter war nach der Leistung ihrer Tochter bereit, ihre eigene, jahrelang aufgeschobene Zahnbehandlung anzugehen. Da sie für direkte Hypnose nicht zugänglich war, wurde ihre Angst allmählich im Laufe der Behandlung mit indirekten Hypnosetechniken abgebaut. Der Film zeigt, wie sich die Persönlichkeit im Verlauf einer zahnärztlichen Sanierung positiv verändert und welche Kommunikationstechniken nützlich sind.

Länge: ca. 40 Minuten

System: VHS-PAL

Zahnextraktion in Hypnose **Video von Albrecht Schmieder**

Der erste Teil zeigt die Extraktion von 2 Weisheitszähnen mit der Turboinduktion. Im zweiten Teil werden 2 Weisheitszähnen gezogen, während der Patient über Kopfhörer die CD "Beim Zahnarzt in Hypnose" hört.

Länge: ca. 40 Minuten

System: VHS-PAL

Informationen:

Hypnos-Verlag GmbH & Co. KG
Esslinger Str. 40, D-70182 Stuttgart
Tel.: +49 (0)711 2369344
FAX: +49 (0)711 244032
e-mail: verlag@hypnos.de



HYPNOS VERLAG
Gudrun Schmieder GmbH & Co KG

Behandlung von Myoarthropathien. Ein Bericht aus der Praxis

Albrecht Schmieder

■ Die Kombination von zahnärztlicher (z.B. Schienen-) Therapie mit Hypnose und Selbsthypnose ermöglicht eine rasche Reduktion der Symptomatik bei Myoarthropathien und hilft, eine erfolgreiche kausale Therapie einzuleiten. Unsere Erfahrung aus mehr als zwanzig Jahren Arbeit mit chronischen Schmerzpatienten führt zu der hier detailliert vorgestellten Systematik. Wir wenden eine Kombination aus Gnathologie (Funktionsanalyse), Hypnose, Physiotherapie und Akupunktur an. Auf die aktive Mitarbeit der Patienten und die Einbeziehung vorhandener Ressourcen vom ersten Termin an wird besonderer Wert gelegt. Ziel der Therapie ist, die Medikation zu reduzieren, Teufelskreise zu unterbrechen und den Patienten auf diese Weise schmerzfrei zu machen.

Schlüsselworte: Myoarthropathien, Chronischer Schmerz, Hypnose

Einführung

Die Myoarthropathie (Synonyme: TMJ-Probleme/Syndrom, Temporomandibuläre Dysfunktion, Costen-Syndrom) ist eine psychosomatische Erkrankung. Je nach Fall überwiegen somatische oder psychische Komponenten. Die häufig von Patienten angegebenen "Diagnosen" sind Migräne, Gesichtsschmerz, Trigeminalneuralgie, Tinnitus, Schwindel oder auch Spannungskopfschmerz.

Eine durch überkonturierte Füllungen oder falschen Zahnersatz ausgelöste Myositis muss natürlich kausal therapiert werden. Dekompensiert jedoch ein stomatognathes System durch Nachbeschwerden nach zahnärztlichen Eingriffen oder führt eine notwendige Bissveränderung zu reaktiven Parafunktionen, so kann besser und schneller durch die Kombination von zahnärztlicher Behandlung und Hypnosetherapie geholfen werden. Durch das rasche Unterbrechen der Teufelskreise mit Hilfe von Hypnose, Autogenem Training (Thomas, 1976), progressiver Mus-

kelentspannung nach Jacobson (Jacobson, 1938; Peter & Geissler, 1988) oder ähnlichen Verfahren, eventuell in Kombination mit Akupunktur, lässt die generelle Muskelverspannung nach. Auf diese Weise sinkt die Schmerzempfindlichkeit und der Patient spürt, dass ihm geholfen wird.

Chronifizierung von Schmerzen

So mancher hoffnungsvolle Amalgamsanierungspatient musste nach Eingliederung von z. B. mehreren Keramikinlays wochenlange Nachbeschwerden ertragen. Aus der Erfahrung heraus, dass verschiedene Behandlungsmaßnahmen nicht die erhoffte Besserung gebracht haben, führt die Angst vor noch mehr Schmerz zu einer verzweifelten depressiven Verstimmung. Durch Intensivierung der Parafunktionen kommt es zu einer weiteren Schmerzsteigerung. Pulpitische sowie myositisische Beschwerden führen durch Überlagerung zu unklaren Diagnosen, Einscheifmaßnahmen, Wurzelbehandlungen und weiteren Negativverfahren des Patienten, der vorher nie Beschwerden an seinen Zähnen kannte.

Je länger das Schmerzbild besteht, um so mehr verselbständigt sich der Schmerz und um so weniger erfüllt er seine nützliche Funktion als Alarmsignal (Miltner, Larbig & Brengelmann, 1988). Durch Angst vor immer neuen Schmerzattacken entsteht eine höhere Anspannung des Patienten. Die Erwartung neuer Beschwerden führt zu negativen Autosuggestionen. Weil die Gedanken ständig um den Schmerz kreisen, tritt der Schmerz um so häufiger und heftiger auf, er wird chronisch (Larbig, 1982).

Im Gegensatz zu den akuten Schmerzen ist die Anwendung von Medikamenten bei chronischen Schmerzen von einigen unserer Patienten wegen der Nebenwirkungen als "quälend", "deprimierend" und auch als "ineffektiv" erlebt worden. Teilweise hatten sie bereits stationäre Aufenthalte in renommierten Schmerzkliniken hinter sich.

Je länger die Medikation andauerte, um so höher wurden die Nebenwirkungen und um so ineffizienter wurde die Medikation. Es kommt zur Dosissteigerung und Gewöhnung, teilweise zur Medikamentensucht. Schließlich führt der chronische Gebrauch von Schmerzmitteln selbst zu Schmerzen, die erst durch Absetzen des Analgetikums zum Verschwinden gebracht werden können. Deshalb ist bei *chronischen Schmerzen* und bei *psychosomatischen Beschwerdebildern* die Anwendung von Hypnose zur Schmerztherapie besonders angezeigt (Peter, 1990-2002). Hypnose kann bei allen chronischen Schmerzzuständen im Bereich der Zahn- und Kieferheilkunde, insbesondere bei Myoarthropathien, aber auch z.B. bei Mundbrennen, bei Phantomschmerzen, bei Trigeminalneuralgien und bei psychogener Prothesenunverträglichkeit angewandt werden (Schmierer, 1993, 2001).

Nur wenn eine eindeutige Diagnose besteht, die im Zweifelsfall neurologisch, orthopädisch, HNO-ärztlich und internistisch abgesichert werden muss, kann und darf Hypnose zur Schmerzkontrolle eingesetzt werden. Bei unklaren Diagnosen könnte es durch das "Weghypnotisieren" des Alarmsignals Schmerz zu einer Verzögerung der korrekten Diagnostik kommen und dadurch eine notwendige Behandlung unterbleiben.

25 Jahre Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Beschwerden im Kopf-Hals-Nackenbereich und im Kausystem haben zu einer Systematik im Vorgehen und zu einem mehrschichtigen Therapiekonzept geführt, das hier vorgestellt werden soll.

Einfache Tranceinduktion mit CDs für den Notfall

Wenn ein Patient als Schmerzfalle (ohne vorgeplanten Termin) in die Praxis gekommen ist, bekommt er als Notfallmaßnahme im Wartezimmer vor der Behandlung auf einem ruhigen, bequemen Stuhl für ca. 60 Minuten die speziell für diesen Zweck produzierte Hypnose-CD "Lokker Lassen Lernen" über Kopfhörer vorgespielt. Dies führt in der Regel schon zu einer deutlichen Reduktion der Stressreaktion und zu einer Verringerung der Empfindlichkeit. Während der Behandlung hört er die CD "Beim Zahnarzt in Hypnose", wodurch eine völlig ruhige, schmerzfreie (je nach Fall in Kombination mit Lokalanästhesie) zahnärztliche Therapie möglich ist. Nach der Behandlung soll er zu Hause wieder die CD "Locker Lassen Lernen" täglich anhören, um selbsthypnotische Schmerzkontrolle zu lernen und die Parafunktionen einzustellen.

Ablauf einer Myoarthropathie-Behandlung

Telefonischer Erstkontakt

Das Gespräch mit dem Patienten bei der Terminvereinbarung bereitet eine effektive Therapie vor und klärt sein Einverständnis mit den Praxismodalitäten vor dem ersten Behandlungstermin ab. Folgende Informationen müssen vermittelt und diskutiert werden:

- Die Erwartung lenken: "Wir haben über 20 Jahre Erfahrung in der Therapie von chronischen Schmerzen, sowohl zahnärztlich wie auch naturheilkundlich (Akupunktur, "natürliche" Medikamente, Hypnose)."
- Die Bedingung für die Behandlung klären: Ganzheitliche Behandlung unter Einbeziehung von Physiotherapie, Videodokumentation, schulmedizinische Diagnose.
- Informieren: Die Beratung wird wie die Hypnose nach Zeiteinheiten berechnet.
- Über die Erfahrungswerte der Praxis informieren: 50 % der Patienten erreichen eine Besserung bis zur Schmerzfähigkeit; 50 % machen wenig bzw. keine Fortschritte. (Als Seeding:) "Eine Erstverschlimmerung ist möglich. Sie ist ein Zeichen dafür, dass Sie auf die Therapie ansprechen."

Eventuell findet in der ersten Sitzung bereits eine Hypnose oder Akupunktur statt. Die Voraussetzung dafür ist, dass vorher die oben erwähnte telefonische Aufklärung stattgefunden haben muss und der Patient mit den Konditionen einverstanden ist! Der Patient soll in Ruhe überlegen und für einen ersten Termin eventuell noch einmal anrufen. Falls sich der Patient nicht meldet, sollte nach einer Woche eine telefonische Nachfrage erfolgen.

Erste Sitzung

Zur Herstellung des Rappports ist es u.a. auch wichtig, die Aggression zu "pacen" und zu "utilisieren". Der Patient möchte zwar die Befreiung von chronischem Schmerz, hat aber häufig eine lange Vorgeschichte mit großen Fehlinvestitionen, falschen Versprechungen und Enttäuschungen. Er macht häufig Ärzte, Materialien, Behandlungsfehler/Unterlassungen, also äußere Ursachen für seine Schmerzen verantwortlich.

Cave: Solange akute negative Emotionen im Vordergrund stehen (Ärger, Wut, Trauer oder Schuldzuweisung), darf in der ersten Sitzung keine zahnärztliche Behandlung stattfinden.

Eine exakte Dokumentation vor irgendeiner definitiven Veränderung (z.B. Einschleifen) ist zwingend notwendig, falls ein Gutachten nötig wird. Nach einer zahnärztlichen Behandlung entsteht ein Behandlungsvertrag mit dem Anspruch des Patienten auf Behandlung. Danach ist es schwierig, die weitere Behandlung abzulehnen.

Grundbedingungen für Schmerztherapie

1. Die Einverständniserklärung für eine Videodokumentation muss vorliegen. Dabei muss auf Wahlmöglichkeiten für den Patienten geachtet werden (z. B. "Ich erkläre mich einverstanden, dass die Hypnose für Bildungszwecke, Supervision und Patientenaufklärung verwendet wird. (ja/nein)").
2. Bereits die Aufklärung und das Vorgespräch muss auf Video aufgezeichnet werden: "Ich kann Ihnen nicht garantieren, dass Sie geheilt werden, das hängt von Ihrer guten, aktiven Mitarbeit und Geduld sowie dem erfolgreichen Zusammenspiel verschiedener Behandlungsmaßnahmen ab."
3. Vereinbarung eines Zeithonorars mit der Argumentation: "Hypnose erfordert einen hohen Zeitaufwand - auch für das Vorgespräch -, der nicht über Kasse abrechenbar ist: "Wir wollen uns Zeit für Sie nehmen können." Statt einen fixen Betrag zu nennen sollte man besser formulieren: "Der Preis (der Kostensatz) für die Stunde in meiner Praxis beträgt xy Euro."

1. Vorgespräch

Das Vorgespräch mit dem Patienten führen wir nach den Techniken der indirekten Hypnose durch: Durch eingestreute Suggestionen wird dem Patienten nahegelegt, seine Erkrankung nicht als eine lebensbedrohliche Funktionsstörung zu betrachten, sondern als eine, die er sich selbst "zufügt" und die er auch selbst beeinflussen kann. Manchmal ist es erforderlich, eine versteckte Krebsangst oder auch Suizidabsichten aufgrund einer langen Schmerzgeschichte zu zerstreuen.

2. Anamnese

Bei der Myoarthropathie ist eine gründliche Anamnese genau so wichtig wie die klinische Funktionsanalyse: Die Anamneseerhebung gibt dem Patienten Zeit, seine Beschwerden zu formulieren und sie genauer zu definieren, sie hilft dem Behandler, vorhandene Bewältigungsstrategien zu nutzen, sowie den zeitlichen Ablauf, die Schwankung der Intensität, die bisherige Medikation und Hinweise auf den sekundären Krankheitsgewinn zu erfragen. Während der Anamnese bekommt der Patient durch einfühlsames Zuhören die nötige Zuwendung, mit der Technik des "seeding" (Ideen einpflanzen) werden zukünftige Veränderungen vorbereitet und der Patient öffnet sich für alternative Behandlungsmöglichkeiten. Schon während der Anamnese kann der Patient Hoffnung auf Heilung durch ganzheitliche Therapie erfahren.

Zur Beurteilung des Falles, für die Diagnose und Behandlungsplanung haben sich folgende Punkte bewährt:

A: Abklärung, ob es sich um eine überwiegend psychologische Ätiologie handelt

Problempatienten zeigen nach Freesmeyer (1992) folgende Charakteristika:

1. Lange Anamnese
2. Häufig wechselnder Behandler (Killerphänomen)
3. Diffuses und wechselndes Beschwerdebild
4. Die Ursachenattribution ist meist fixiert: "falsche Unterkieferposition", "falsch her gestellter Zahnersatz", "Zähne zu groß, zu klein", usw.
5. Erfolg heischend: "Sie, Herr Doktor, werden es schon schaffen, meine Beschwerden zu beseitigen!"
6. Glauben an Erfolglosigkeit: "Es hat bisher nichts geholfen, egal was man gemacht hat!"
7. Wechselnder Therapieerfolg, mal besser, mal schlechter, mal beschwerdefrei, ohne dass wesentliche Änderungen z. B. in der Unterkieferposition durchgeführt wurden.
8. Placeboeffekte zeigen große Wirkung

Merke: Auch wenn viele dieser Punkte zutreffen, ist dennoch eine genaue Diagnostik nötig, um organische Erkrankungen auszuschließen.

B: Weitere Anamnesepunkte

Nach Adler (1983) sind folgende Anamnesepunkte wichtig:

- Vorstellen, Begrüßen, Schaffen einer günstigen Situation (Rapport herstellen)
- Erstellung einer Landkarte der Beschwerden
- Jetziges Leiden
- 1. Zeitliches Auftreten
- 2. Qualität (ist die Lebensqualität beeinträchtigt?)
- 3. Intensität
- 4. Lokalisation und Ausstrahlung
- 5. Begleitzeichen
- 6. Intensivierende/hindernde Faktoren
- 7. Umstände
- Persönliche Anamnese
- Familienanamnese
- Psychische Entwicklung
- Soziales
- Systemanalyse
- Fragen/Pläne

Bei der Anamnese sollte man immer in der Vergangenheitsform fragen, das impliziert, dass es sich ab heute ändern kann; z.B.

- Seit wann traten die Schmerzen auf (subjektive Einschätzung des Patienten)?
- Wo waren sie genau?
- Wie fühlten sie sich genau an?

Schmerztherapie für Myoarthropathie (Checkliste, Seite 1)

I Vorgespräch, Anamnese, Diagnose mit seeding

- Rapport herstellen mit Humor und (je nach Fall liebevoller Provokation)
- den Patienten wissen lassen, dass schon viele ähnliche Fälle gelöst werden konnten (bei guter Mitarbeit)
- die langjährige Erfahrung mit der Therapie von Myoarthropathien betonen

1. Schulmedizinische Diagnose, Anamnese nach Adler (1983) und Freesmeyer (1992)
2. Name / Symbol / Farbe für Schmerz einführen: aktive / passive Stressbewältigung
3. Zielzustand definieren: was wird sich privat und beruflich ändern, wenn Sie schmerz frei geworden sind; was werden Sie als erstes tun
4. Schmerzska: 0 bis 10 oder 0 bis 100; wo war der Schmerz auf der Skala, als er am schlimmsten war, wo ist er jetzt, wo soll er nach der Hypnose sein (welcher Wert ist realistisch?)
5. Schmerztagebuch führen: aufschreiben, mit Skizzen, mindestens 4 Wochen lang, wann, wo, wie, wie lange, wie intensiv, Medikation festhalten, eigene bisherige Strategien zur Schmerzkontrolle angeben
6. Anamnese: Fragen zum sekundären Gewinn, Penetranz
7. Ressourcen erfragen: schmerzfreie Zeit / schmerzfreie Stellen, Hobby, Ziele
8. Vertrag für Selbsthypnose statt Medikation aufsetzen (Alman & Lambrou, 1995).
9. "gute Absichten" des Schmerzes herausarbeiten, ein Symbol für den Schmerz finden
10. Schmerz und Zielzustand als "Hausaufgabe" malen
11. Eigenverantwortung herstellen
12. Humor zum Auflockern

II "Schmerzsteigerung" vor Beginn der Hypnose

13. Schmerzsteigerung: der Patient soll eine Minute lang den Schmerz auf seiner Skala für einen Punkt bzw. um 10 % erhöhen
 - a) Der Zahnarzt soll dabei beobachten: Wie "macht" der Patient seinen Schmerz? Dies gehört zur wichtigsten Diagnostik!
 - b) Utilisation: Die eventuell erreichte Schmerzsteigerung utilisieren und die
 - c) Beeinflussbarkeit des Schmerzes durch den Patienten erleben lassen

Schmerztherapie für Myoarthropathie (Checkliste, Seite 2)

III Hypnose

14. Induktion durch
 - a) Levitation der Unterarme (Etablieren des Ja-Signals: Hände nach innen, und des Nein-Signals: Hände nach außen) (Eberwein & Schütz, 1996)
 - b) Atmen mit Pausen
 - c) Vorstellungsbild vom sicheren Ort der Erholung und Heilung
15. Frage an das Unbewusste: "Unbewusstes, bist Du bereit, mit uns über X (=Name des Schmerzes) zu kommunizieren?"
16. Das Symbol für den Schmerz wird geankert (VAKOG)
17. Ein neues Symbol für Gesundheit und Wohlbefinden wird etabliert und mit dem Ja-Signal geankert (VAKOG)
18. Reise durch das Körperinnere
19. Posthypnotische Suggestion für tägliche Selbsthypnose, Entspannung, Schmerzreduktion, Wohlbefinden und Etablieren eines neuen Symbols
20. Dehypnose
21. Zweite Posthypnose

IV "Aufgaben für den Patienten"

- Tägliches Üben, Selbsthypnose, Selbstbeobachtung, aktive und passive Stressbewältigung,
- Feedback zur Praxis nach einer Woche,
- Schmerztagebuch und -skala, Physiotherapie,
- Massage durch den Partner

- Wann traten sie bisher auf?
- Wie häufig traten sie bisher auf?
- Wie stark traten sie bisher auf?
- "Liegt ein Rentenanspruch vor?" Wenn ja, sollte keine Behandlung stattfinden, bis er akzeptiert ist!

3. Fragen nach Ressourcen: Bisherige Bewältigungsstrategien erfragen

- "Bis jetzt hatten Sie immer Schmerzen? Wann hatten Sie schmerzfreie Momente?"
- "Was wird sich für Sie verändern ohne Schmerzen?"
- Ein Name, ein Symbol wird für die Schmerzen gefunden
- Eine Schmerzskala wird etabliert, evtl. ein Schmerztagebuch geführt

4. Zielformulierung: Was erwartet der Patient von der ersten Sitzung, wie erwartet er den weiteren Behandlungsverlauf

5. Klinische Diagnostik

Nach der Anamnese erfolgt die klinische Untersuchung.

A: *Muskeltastbefund*, vgl. die klinische Funktionsanalyse nach Krogh-Poulsen (1968):

- M. digastricus venter posterior (70% aller Befunde links)
- M. masseter (Masseterlücke, oft Myogelosen im vorderen Teil)
- M. trapezius am Ansatz, Schulter
- M. temporalis (Retraktoren?)
- M. sternocleidomastoideus (Ansatz am Mastoid)
- M. pterygoideus lateralis
- Mundöffnung aktiv/passiv
- Kiefergelenk (von retral, Knacken)
- Subjektives Empfinden des Patienten mit den Händen zeigen lassen

B: *Okklusion*: Unterschied Rk/Ik, klare Okklusion, Frontfunktion/Belastung

C: *Schädeltyp/Okklusionstyp* (passen Okklusion und Anatomie zusammen, z.B. Front-Eck-zahnführung beim Dolichocephalen, Gruppenführung beim Brachiocephalen)

D: *Fotos*, Abdrücke für Modelle und unter Umständen Röntgenbilder

6. Therapie

Falls der Rapport stimmt, sollte gleich eine *schnelle direkte Hypnose* z.B. mit Hilfe der "Turboteknik" durchgeführt werden, um eine rasche Induktion von Analgesie in dem betroffenen Bereich zu ermöglichen.

Oder es wird eine Ohrakupunktur durchgeführt (geringer Zeitaufwand, Test auf Schmerzreaktionen als diagnostisches Hilfsmittel, gelegentliche "Wunderheilung"), um die Compliance zu testen.

Wichtig: In der ersten Sitzung muss etwas Signifikantes passieren, um zu überzeugen.

Wenn keine Hypnose möglich ist, geben wir die im Hypnos-Verlag erschienene CD "*Lernen-Lernen*" als Motivation zur Selbsthilfe mit, sie ist kostengünstiger als eine individuelle Hypnose.

Der Patient bekommt eine Anleitung zur *Selbstbeobachtung* nach Schulte (1983) mit nach Hause und wird instruiert, wann, wie oft und wo er diese durchführen soll: Er soll in seinem Blickfeld ein Merkzeichen anbringen und immer, wenn sein Blick zufällig darauf fällt, sich fragen, was er in diesem Moment mit seinen Zähnen und mit seiner Zunge macht.

Der Patient soll in einem *Schmerztagebuch* festhalten, wann er welche Medikamente nimmt und wann welche Schmerzen auftreten. Er dokumentiert Tag, Zeit, Schmerzqualität und -lokalisation.

Zur Verbesserung der körpereigenen Schmerzbewältigung, zur Auflösung von Myogelosen, zur Veränderung von Fehlhaltungen und zur Verbesserung der Durchblutung sollte schnellstmöglich eine *Physiotherapie* eingeleitet werden.

Die Ziele der 1. Sitzung (Dauer ca 60 Minuten) sind:

- Herstellung der Eigenverantwortlichkeit.
- Den Patienten einen Namen bzw. ein Symbol für seinen Schmerz finden lassen.
- Der Patient muss begreifen, dass er selber etwas tun muss; und er soll
- eine Schmerzskala (auch aus juristischen Gründen) erstellen und nutzen.

Zweite Sitzung

Spätestens eine Woche nach der ersten Sitzung wird die zweite Sitzung durchgeführt. Der Patient wird über seine *Selbstbeobachtung* befragt, ob er sie durchgeführt hat, ob es Häufigkeitsgipfel gibt und welche Parafunktionen er durchführt.

Zahnmedizinisch werden die Vorbereitungen für die Herstellung einer Schiene getroffen: Bissnahme, Abdrücke, Festlegung der Position und Art der Schiene.

Hat sich das Schmerzerleben auf der Schmerzskala schon verändert? Was hilft? Was stört? Hat der Patient Selbsthypnose geübt; was stört, was hilft?

(Falls in der ersten Sitzung nicht genügend Zeit war, erfolgt spätestens jetzt die erste Hypnose.)

Hypnosesitzung mit Anleitung zur Selbsthypnose

Danach folgt eine Hypnosesitzung von etwa 45 Minuten Dauer, in der eine Anleitung zur Selbsthypnose gegeben wird. Die Hypnose wird individuell durchgeführt und ist so strukturiert, dass dem Patienten als individuelle Anleitung zur Selbsthypnose ein ca. 30minütiges Tonband mit nach Hause gegeben werden kann.

Er bekommt nochmals den Auftrag, zuhause täglich einmal eine halbe Stunde Selbsthypnose durchzuführen und sich mit Hilfe des Tonbands zu entspannen. Es wird ihm erlaubt, das Tonband unmittelbar vor dem Einschlafen zu benutzen; es ist unerheblich, wenn er während des Anhörens einschläft, weil dann die Suggestionen besonders gut in sein Unbewusstes eindringen können. Neben dem Auftrag, täglich Selbsthypnose mit Hilfe des mitgegebenen Tonbands zu trainieren, soll er weiterhin die Selbstbeobachtung durchführen und die Schiene regelmäßig tragen.

Nach der ersten Hypnosesitzung wird wieder der Wert der Schmerzeinschätzung auf der *Schmerzskala* festgelegt. Sehr häufig empfinden die Patienten unmittelbar nach der ersten Hypnosesitzung sehr viel weniger bis zu gar keinen Beschwerden mehr.

Dritte Sitzung

In der dritten Sitzung wird die *Schiene* eingesetzt, es wird festgelegt, wie oft und wie lange die *Schiene* getragen werden muss und wie man sie gebrauchen und reinigen muss. Bei Positionierungsschienen bitten wir den Patienten, die *Schiene* 24 Stunden am Tag zu tragen und trainieren mit ihm das richtige Einsteigen in die Impressionen. Relaxierungsschienen soll er tagsüber bei Stress und nachts immer tragen.

Wir fragen ihn wieder nach der Selbstbeobachtung und ob er damit Fortschritte gemacht hat. Der momentane Wert auf der *Schmerzskala* wird festgehalten.

Dann wird der Patient gefragt, wie oft er die *Selbsthypnose* durchgeführt hat. Wenn er angibt, dass er "keine Zeit" gehabt habe, die *Schiene* zu tragen oder die *Selbsthypnose* durchzuführen, ist über eine weitere Behandlung zu diskutieren. Entweder liegt ein sehr hoher sekundärer *Krankheitsgewinn* vor und der Patient will unbewusst seine Beschwerden nicht loswerden, oder er hat seine Selbstverantwortlichkeit für die Schmerzen noch nicht begriffen. Manche Patienten denken, dass sie sich die Schmerzen weghypnotisieren lassen können. Dies ist zwar manchmal möglich, aber wenig wünschenswert, weil es dabei eher zur Symptomverlagerung kommt. Jeder Schmerz hat seine Aufgabe, und es wäre falsch, einfach von außen den Schmerz zu beseitigen, ohne dass der Patient mit Hilfe des Schmerzes seine individuelle Erfahrung und seinen individuellen Wachstumsprozess durchlaufen hätte. Nur gemeinsam mit dem Patienten ist es möglich, die positiven Aspekte seiner Krankheit herauszuarbeiten und sein Verständnis für die Bedeutung des Krankheitserlebnisses zu schulen (Stahl, 1988).

Danach wird mit dem Patienten besprochen, ob er weitere Hypnosesitzungen wünscht. Gleichzeitig wird ihm gesagt, dass wir maximal drei bis fünf Hypnosesitzungen durchführen. Wenn mehr Hypnosesitzungen erforderlich sein sollten, würden wir ihn zu einem psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten überweisen.

Wenn weitere Hypnosesitzungen durchgeführt werden sollen, ist eine nochmalige gründliche Anamnese erforderlich. Der Patient wird über die Kindheit, seine Familie, seine Partnerbeziehung und seinen Beruf befragt, um Informationen über einen möglichen sekundären *Schmerzgewinn* zu bekommen und herauszufinden, welche Aufgabe seine Erkrankung innerhalb seines Systems hat. Dann wird die *zweite Hypnosesitzung* mit dem Versuch der Induktion einer Tiefenhypnose durchgeführt.

In dieser Hypnose wird dem Patienten der *posthypnotische Auftrag* gegeben, z. B. jedes Mal, wenn er Parafunktionen durchführt, kurz aus dem Schlaf aufzuwachen bzw. seine Alltags-handlungen zu unterbrechen und ganz kräftig die Faust zu ballen, um dem Bedürfnis nach muskulärer Abreaktion Rechnung zu tragen.

Während der Hypnose wird der Patient im Schmerzbereich gründlich *massiert*. Dies ist unter Hypnose sehr viel besser möglich, weil dabei die Myogelosen intensiv durchmassiert und ausgepresst werden können, was im Wachzustand wegen der hohen Schmerzen kaum möglich wäre.

Der Patient bekommt den Auftrag, sich einmal pro Tag von seinem Partner massieren zu lassen (dies ist manchmal hilfreich bei verursachenden Partnerproblemen). Mit dem Partner wird die Durchführung dieser *täglichen Massage* trainiert. (Dadurch kann es sekundär zu einem neuen Kontakt zwischen den Beiden kommen mit der Möglichkeit, Konflikte entweder auszu-tragen oder zu beseitigen.)

Als weitere Hausaufgabe bekommt der Patient den Auftrag, seine *Schmerzskala* bildlich darzustellen. Er soll eine Zeichnung oder ein Bild seiner *Schmerzskala* erstellen.

Vierte Sitzung

In der vierten Sitzung wird kontrolliert, ob der Patient die *Schiene* getragen hat, sie wird überprüft und gegebenenfalls eingeschliffen. Bei Positionierungen muss überprüft werden, ob der Patient bereits ohne *Schiene* in die durch die Schienen vorgegebene Position in seiner normalen Kau-Funktion hineinfindet. Er muss intensiv darauf hingewiesen werden, dass die *Schiene* zu einer Umprogrammierung seines neuromuskulären Systems führen soll und dass dies um so besser gelingt, je mehr er sich aktiv daran beteiligt.

Häufig helfen auch geeignete *Metaphern* (Gordon, 1986), nachdem der Patient schon einige Erfahrung mit Hypnose hat, beispielsweise: "Der Müller wacht aus seinem Schlaf sofort auf, wenn seine Mühle leer läuft; er schützt frisches Korn zwischen die Mühlensteine, damit diese wertvollen Mühlensteine sich nicht gegenseitig aufreiben."

Literatur

- Adler, R.H. (1983). Schmerz bei Tumorpatienten, Diagnostik und medikamentöse Therapie. Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis, 72, 1301.
- Alman, B.M. & Lambrou, P.T. (1995) Selbsthypnose. Heidelberg: Carl Auer.
- Eberwein, W. & Schütz, G. (1996). Die Kunst der Hypnose. Dialoge mit dem Unbewussten. Paderborn: Junfermann.
- Freesmeyer, W.B. (1992). Funktionstherapie in der zahnärztlichen Praxis. München: Hanser.
- Gordon, D. (1986). Therapeutische Metaphern. Paderborn: Junfermann
- Jacobson, E. (1938). Progressive Relaxation. Chicago: University of Chicago Press.
- Krogh-Poulsen, W. (1968). Facial Pain and Mandibular Dysfunction, Vol XVI. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Larbig, W. (1982). Schmerz. Stuttgart: Kohlhammer.
- Miltner, W., Larbig, W. & Brengelmann, J.C. (1988). Psychologische Schmerzbehandlung. IFT-Texte 20. München: Gerhard Rötger.
- Peter, B. (1990-2002). Hypnose. In H.D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig, & H.P. Rehfisch (Hrsg.), Psychologische Schmerztherapie (Auflagen 1 - 5). Berlin: Springer.
- Peter, B. & Geissler, A. (1988). Muskelentspannung. München: Mosaik.
- Schmierer, A. (1993). Einführung in die zahnärztliche Hypnose. Berlin: Quintessenz.
- Schmierer, A. (2001). Zahnärztliche Problempatienten. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Heidelberg: Springer.
- Schulte, W. (1983). Die exzentrische Okklusion. Berlin: Quintessenz.

Stahl, Th. (1988): Triffst du 'nen Frosch unterwegs... NLP für die Praxis. Paderborn: Junfermann.
Thomas, K. (1976). Praxis der Selbsthypnose des Autogenen Trainings. Stuttgart: Georg Thieme.

Treatment of temporomandibular disorder

Abstract: The combination of dental treatment with hypnosis and self-hypnosis contributes to a rapid reduction of myoarthritis symptoms and is helpful for the initiation of a successful causal therapy. More than 20 years of experience with patients suffering from chronic pain enabled us to work out a detailed plan for treatment we present. We use a combination of gnathology, hypnosis, physiotherapy and acupuncture. Particular emphasis is laid on the patients' active co-operation and the utilization of existing resources from the first moment on. The aim of the therapy is an interruption of vicious circles, reduction of medication and the attainment of a condition free of pain.

Keywords: temporomandibular joint arthropathy, chronic pain, hypnosis

Albrecht Schmierer, Dr. med. dent
Esslinger Str. 40
D-70182 Stuttgart
email: aschmierer@aol.com

erhalten: 15.02.02

revidierte Version akzeptiert: 15.03.02

NEU IM HYPNOS-VERLAG

Diverse Autoren

KINDERHYPNOSE IN DER ZAHNMEDIZIN

Eine Gemeinschaftsarbeit von zehn Kolleginnen und Kollegen, die erfahren sind sowohl in der praktischen Kinderbehandlung mit Hypnose als auch als Seminarleiter und Referenten für Hypnose. Verschiedene Behandlungsmethoden, gemeinsame Grundlagen und Strategien sowie Unterschiede in der Gewichtung zeigen Konzepte aus der Praxis für die Praxis auf. Der stabile Ordner im Schuber mit zehn Autorenbeiträgen als jeweils einzelne Broschüre mit Ringheftung umfasst ca. 250 Seiten und zahlreiche Abbildungen

Bestell-Nr. B 1001

ISBN 3-933569-29-X

Informationen:

Hypnos-Verlag

Esslinger Str. 40, D-70182 Stuttgart

Tel.: +49 (0)711 2369344

FAX: +49 (0)711 244032

e-mail: verlag@hypnos.de

www.hypnos.de



HYPNOS VERLAG

Gudrun Schmierer GmbH & Co KG

Bestimmung der Referenzposition des Unterkiefers vor und nach einer Sitzung in Hypnose

Xenia Themistokleous

Anna Knaus

Henriette Walter

Ines Hertling

Eva Pieshlinger

■ Die Bestimmung einer zuverlässigen Referenzposition des Unterkiefers ist in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde für diagnostische und therapeutische Maßnahmen wichtig. Dazu werden die PatientInnen gebeten, den Unterkiefer zu entspannen. Hohe interindividuelle Unterschiede erschweren die exakte Feststellung. Subjektives Empfinden von entspannter Kieferstellung muß nicht unbedingt auch einer objektiven Entspannung entsprechen. Interindividuelle Unterschiede ergeben sich aus dem unterschiedlichen muskulären Anspannungsgrad bei verschiedenen Menschen und sicherlich auch aus der momentanen Alltagssituation der PatientInnen. Die muskelrelaxierende Wirkung einer Spannungshypnose (über eine CD) genutzt werden. Ziel dieser Arbeit ist zu zeigen, ob mittels einer standardisierten Hypnose (über eine CD) die gleichen Werte einer entspannten Kieferstellung erreicht werden wie im subjektiv entspannten Wachzustand, oder ob Unterschiede festzustellen sind. Mit Hilfe der elektronischen Axiographie wurde an 22 Probanden die Referenzposition vor und nach der Hypnose je 3 mal aufgezeichnet. Die Hypnose wurde standardisiert über eine CD erreicht. In der x-Achse zeigte sich eine signifikante Abweichung (entweder nach vorne oder nach hinten) der UK-Position nach der Hypnose. Bei einigen Probanden war die Position weiter nach vorne, bei anderen weiter nach hinten verlagert. In der y- und z-Achse konnten keine signifikanten Abweichungen festgestellt werden.

Schlüsselwörter: Referenzposition, Hypnose, Axiographie, Muskelrelaxation