

Die hypnosuggestive Angst- und Schmerzbekämpfung in der zahnärztlichen Praxis

Originalia

W. Burk

„Dans l'hypnose, le sujet ne dort que d'un oeil“
(„In der Hypnose schläft das Subjekt nur mit einem Auge“)
Held

Zusammenfassung

Enorme Möglichkeiten für die tägliche praktische Arbeit des Zahnmediziners sind der Aussage von R R Held zu entnehmen. Der Patient „schläft“ — ist also (für beide Seiten) streßfrei zu behandeln — und ist doch mit dem anderen Auge „wach“ und während der Behandlung therapeutisch zu „führen“.

Doch leider ist unsere Zahnheilkunde diesbezüglich selbst in den „Dornrosenschlaf“ zurückgesunken, sowohl aus der Anzahl der zahnärztlichen Mitglieder in der Deutschen Gesellschaft für Hypnose, als auch an der Relation der kaum mehr als ein Dutzend die Hypnose praktizierenden Kollegen bei knapp 30 000 abrechnenden Kassenzahnärzten wird deutlich, was die Anwendung psychologischer Erkenntnisse in der Zahnmedizin angeht, ist die Bundesrepublik Deutschland wieder Schlußlicht geworden „Wieder!“ — insofern, als das Studium der Literatur bis dato eine günstigere Entwicklung der Hypnosuggestiv-Therapie aufzeigt.

Die Entwicklung der Hypnosuggestiv-Therapie unter besonderer Berücksichtigung der Zahnheilkunde — Fälle aus der Literatur

1837 — soll der Zahnarzt Jean Victor Oudet (1788—1868) in Paris die erste Zahnextraktion in Hypnose vorgenommen haben (Persing [36]).

1841 — im Hause des Zahnarztes Talbot-Descourty (Raisin) wird einem Patienten (vor Zeugen) im „magnetischen Schlaf“ der Zahn 38 extrahiert, d. h. der Zahn wurde zunächst frakturiert und der Wurzelrest nach dessen Freilegung entfernt (Persing [36]).

1843 — James Braud, als wissenschaftlicher Entdecker der Autohypnose angeführt, ersetzt den Begriff „Magnetismus“ durch „Hypnose“ (nach Langen [27]).

Die Ergebnisse seiner Untersuchungen, in neun Thesen zusammengestellt, besitzen noch heute sämtlich Gültigkeit, u. a.

These 5 „Man vermag den Tonus und die Kraft der Muskulatur zu verändern und zu kontrollieren“.

These 8 „Diese Wirkung (der Hypnose) kann man benutzen, Schmerzen, die bei chirurgischen Operationen vorkommen, zu vermindern oder gänzlich auszuschalten“ (Zitate nach T. Persing [36], S. 48).

1896 — Einer der ersten deutschen Zahnärzte, die sich um die Anwendung der Hypnose verdient machten, war laut Schobel [40] der Berliner Zahnarzt Dr. R. Hummel.

1899 — Der Berliner Zahnarzt P. Ritter [38] führt erfolgreich Vitalextraktionen in Hypnose durch.

1900 — Von Erfahrungen in rund 50 Fällen „larvierter“ suggerierter Narkosen berichtet P. Hotz [21].

1904 — E. Glogau ([15], S. 619) „Wir haben in der hypnotischen Narkose hypersensible Zahnhalskavitäten präpariert, Pulpen für arsenige Säure freigelegt und extirpiert, Zähne trepaniert und extrahiert, kurz alles das schmerzlos ausführen können, was den Zahnarzt in den Augen der Patienten immer noch als eine Art Henker erscheinen läßt“.

1921 — Baumer, A., beschreibt in seiner Dissertation „Hypnose in der Zahnheilkunde“ [2] sieben eigene Fälle: Extraktionen, Vitalextraktionen und Epulis-Exzisionen.

1923 — Eisenstadt [9] führt in einer ähnlichen Dissertation weitere 7 Fälle, meist Extraktionen, an.

1952 — Zwicker, M. [45] Spaltungen von Abszessen, Phlegmonen, Panaritien und Punktionen von Aszites in reiner Hypnose.

1959 — Mit Hilfe der Ablationshypnose konnte man in 14 von 23 Fällen mit schwersten chronischen Schmerzzuständen — u. a. auch bei der Trigeminusneuralgie — eine Schmerzbefreiung bzw. eine sofortige Kupierung eintretender Schmerzen erreichen (Klumbies [24]).

1964 — Petrow, P. [37] teilt die Anwendung der psychotherapeutischen Therapie (Hypnoanästhesie) bei 20 stomatologischen Patienten

verschiedener Altersgruppen mit. Von ihnen waren 8 Frauen und 12 Männer. Die behandelten Krankheiten teilten sich wie folgt auf: Caries profunda — 22, Pulpitis — 15, Extraktionen — 17, Tonsillektomien — 3 (Alter der Patienten zwischen 12—18 Jahren), drei Fälle von stomatologischen Erkrankungen.

„Die Operationen erfolgten in einer Atmosphäre der Ruhe und waren ohne Schmerz und Blutverlust“ (Petrow [37], S. 62).

Zwei Patienten, die Zahnprothesen (die objektiv in Ordnung waren) nicht hatten ertragen können, hatten nach einigen ermutigenden und hypnosuggestiven Sitzungen ihre Beschwerden vergessen und empfanden ihre Prothesen als angenehm.

1970 — Cederreutz [5] Von 27 Fällen mit posttraumatischen Kopfschmerzen, die mittels der Hypnotherapie behandelt wurden, waren 14 primär symptomfrei, 4 weitgehend gebessert und 9 therapieresistent.

1970 — Kobos, R. [25], referiert über die hypnotische Betäubung in der ästhetischen Chirurgie. Seinen Ergebnissen läßt sich entnehmen, daß die Dauer des chirurgischen Eingriffes (auf das Gebiet der ästhetischen Chirurgie bezogen) dank Anwendung der hypnotischen Betäubung jeweils um die Hälfte gekürzt werden konnte, die Heilung der postoperativen Wunden beschleunigt und selbst die immunologische Barriere bei der Hautverpflanzung überwunden werden kann.

Die folgende Tabelle (Kobos [25], S. 166) zeigt die auch für die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bemerkenswerten Ergebnisse (Gedacht sei hier an die notwendigen Rekonstruktionen nach Tumor-Radikaloperationen —, Oberkieferresektionen, Basaliomen).

Art der Operation	Zahl	Blutungsregulation					Heilungszeit			
		Sehr gut	gut	zufriedenstellend	Ohne Reaktion	3-5 Tage	5-8 Tage	über		
1. Glatze	17	15	—	—	2	15	2	—		
2. Brauenrekonstruktion	5	4	—	—	1	2	3	—		
3. Nasenkorrektur	13	7	3	3	—	9	4	—		
4. Lifting	8	6	2	—	—	2	5	1		
5. Augenfalteln	7	5	—	1	1	5	1	1		
6. Andere	3	3	—	—	—	2	1	—		
Zusammen	53	40	5	4	4	35	16	2		

Für sein Fachgebiet kommt Kobos zu dem Resultat, daß die hypnotische Analgesie weit über anderen Betäubungsmethoden stehe, insbesondere dann, wenn man die beliebige Regulierung der Blutung unter hypnotischer Einwirkung berücksichtige.

Der Kreislauf: Angst — Streß — Schmerz

Zwar ist in der Regel mit den heutigen Lokalanästhetika eine vollständige Schmerzfreiheit bei zahnärztlichen Eingriffen zu erreichen, doch mißachten mehrheitlich die derzeitigen Praktiker boshaft konstant ein durch alle Gesellschaftsschichten gehendes Faktum (vielleicht weil sie selbst nicht frei davon sind): die Angst.

Nur wenige geben sie zu, die meisten aber haben sie: die Angst vor dem Zahnarzt, vor der Behandlung. Meist wird gewartet bis Schmerzen auftreten. Aber auch der Zahnarzt hat in vielen Fällen „Beklemmungen“ vor der Angst seiner Patienten.

So haben der Zahnarzt und der Kieferchirurg mit dem Anästhesisten eines gemeinsam: Sie begegnen dem Kranken zu einem Zeitpunkt, in welchem das mit der Krankheit und der bevorstehenden Operation verbundene innere Erleben — mit ihm die Schmerzerwartungsangst und Furcht ganz allgemein — einen dramatischen Höhepunkt erreicht hat, einen Höhepunkt, bei dem

selbst Todesfälle aus Angst nicht ausgeschlossen werden können (Hammer [18], Cannon [4]).

„Das Angstniveau des Patienten beim Zahnarzt unterscheidet sich tatsächlich nicht von dem des Patienten auf dem Operationstisch“ (Levitt [31], S. 132). Das Gefahrensignal Angst: Gefahr vor dem Schmerz (Keen [22]) führt unabhängig vom Schmerz zu deutlichen Abwehrreaktionen: Alarmreaktion, Bereitstellungs- und Abwehrreflex. Obwohl die Schmerz- als auch die Abwehrreaktionen des Patienten erschweren die vom Arzt erwartete Hilfe oder machen sie gar unmöglich. Dies um so mehr, als die übertriebenen Schreckensvorstellungen über die Arbeit des Zahnarztes noch durch Autosuggestion gesteigert werden können (Paradies [35]).

Angstauslösende Schmerzerlebnisse haben besonders im Kindes- und Jugendalter zugenommen (Schulte [41]). Gesellschaftspolitische Bedingungen sind eine Ursache, traumatische Kindheitserlebnisse und Erziehungsfehler

— die negative Einstellung der Eltern wird quasi als Tradition an die Kinder weitergegeben — sind eine andere Erklärung.

„Herr Doktor — aber nur mit Spritze!“ ist in der Regel der erste Satz des gequälten Patienten, obwohl die Angst vor dem Piekser genauso groß ist wie vor dem Bohrer.

Hier schließt sich der *Kreislauf*: (siehe Abb. unten rechts)

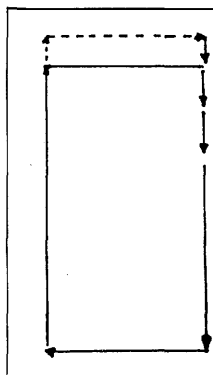
Der Schmerz stellt somit gleichsam die Achse eines Rades dar, um die sich sämtliche Reaktionen und Emotionen mit wachsender Geschwindigkeit bewegen.

Das *Resultat* ist ein verspannter und verkrampfter Patient. „Spannung“ ist mit dem Begriff „Streß“ eng verwandt (Levitt [31]).

Dadurch setzt der Patient von vorneherein sein ganzes Nervensystem in erhöhte Reaktionsbereitschaft. Wenn das Gefühl der Bedrohung und die Erwartungsangst die Sinne quasi „schärfen“, muß es das Ziel einer zahnärztlichen Angst/Schmerzbekämpfung also sein, die Sinne zu „entschärfen“. Die Distanzierung vom Schmerzerlebnis ist auf dreierlei Art möglich:

1. Über die psychisch „sanierte“ Praxiseinrichtung, d. h. eine Praxis von beruhigender Atmosphäre, die nicht nur von der Einrichtung, sondern auch von den Mitarbeitern ausgestrahlt werden sollte.

2. Auf rationalem Wege: Über die Aufklärung des Patienten bezüglich der anstehenden Arbeits- und Behandlungsabläufe. Die Vorstellungen, die die Patienten von den Verfahren haben, weichen in der Regel erheblich von denen



- Der Patient hat Angst vor dem Schmerz.
 - Die Streßsituation „Zahnarzt“ verstärkt die Angst.
 - Die Angst wiederum senkt die Schmerzschwelle.
 - Die derart intensiviert erscheinenden Schmerzen provozieren ein zunehmendes Angstgefühl.
 - Starke emotionale Belastungen — hier: Angst, Schmerzerwartungsangst —, steigern, ebenso wie der Schmerz selbst, die Adrenalinausschüttung des Kranken, was umfangreiche Veränderungen im gesamten vom Sympathikus innervierten Teil des Organismus zur Folge hat (Veränderung der Verdauung und Blutgerinnung, Blutdrucksteigerung etc.) [4, 30, 39].
- Emotionelle Belastungen können also als weiterer Streßfaktor angesehen werden.

des Therapeuten ab. Begriffe, mit denen der Arzt eine feste Vorstellung verbindet, rufen beim Patienten oft nur vage Assoziationen hervor.

3. Die auf den Schmerz fixierte Aufmerksamkeit des Patienten wird seitens des Hypno-Therapeuten suggestiv unterbrochen.

Der Applikationsbereich der Hypno- und/oder suggestiven Schmerztherapie in der Zahn- und Kieferheilkunde

Die Hypnosuggestiv-Therapie findet Anwendung:

1. Bei der *prämedikamentösen* Sedierung: (Auto-)Hypnotische Durchbrechung des Angst-Schmerz-Komplexes durch (Übungen zur) Muskelentspannung [8, 11, 25, 29, 32].

2. Als „*Psychosomatische Prämedikation*“:

Durch Muskel- und Atmungsentspannung wird ein hypnoider Zustand erreicht, in dem die Erscheinungen der Angst beseitigt oder verringert werden können [20, 26, 28, 42].

Zum täglichen zahnärztlichen Behandlungsbild gehören jene Patienten, die angesichts einer anstehenden Injektion oder einer Abformung (insbesondere im OK) aus Angst zum Teil hyperventilieren, häufiger aber noch hypoventilieren.

Jene laufen Gefahr, die Abdruckmasse zu aspirieren, da in einer Art autohypnoidem Block die Nasenatmung aufgegeben wird —, die anderen kollabieren durch Sauerstoffmangel.

Wird in dieser Situation durch beruhigendes Auflegen der Hand des Therapeuten auf die Schulter des Patienten dieser per Kommando in seiner Atmung geführt oder dessen ängstlich fixierte Konzentration abgelenkt, ergibt sich eine problemlose Weiterbehandlung.

Z. B.: Bitte achten Sie mit ihrem inneren Auge einmal auf ihre Bauchdecke, und sie werden feststellen, wie sich ihr Bauchnabel beim Ein- und Ausatmen

hebt und senkt, und daß sie beim Ausatmen immer ein wenig mehr Dampf ablassen, sie sich ein wenig tiefer sinken lassen können. Eine zusätzliche suggestive Intervention wird ermöglicht in Form des „temporal tap“ — ein bilateral mit allen Fingerkuppen der Hände des Therapeuten auf die Sutura squamosa des Patienten (Scheitel/Schläfenbein) ausgeführter leichter Schlag. Dieser wird dem Patienten als Auslösung eines positiven Reflexes auf den Liquor cerebrospinalis deklariert, der jeden zuvor entstandenen Würgereflex bei einer intraoralen Röntgenaufnahme oder bei der Abformung zur problemlosen Routine werden läßt.

3. Als *präoperative Hypnose*: Frühzeitige Ausschaltung intraoperativer Komplikationen oder Phobien (als Folge vorangegangener Angst- und Streßsituationen) [17].

Fallbeispiel:

Patientin Fr. K. B., 18 J., multiple kariöse Defekte, zum Teil Karies profunda. Ängstliche, aber behandlungswillige Patientin. Das Geräusch der Turbine indes erzeugt als schmerzhaftes Erinnerung (Assoziationen) sofortige schüttelnde Weinkrämpfe und Abwehrreaktionen. Die Behandlung erweist sich als nicht durchführbar.

2. *Sitzung*: Therapie in Trance. Es wird suggeriert, das Geräusch der Turbine sei nicht existent. Die Behandlung läßt sich mit Schwierigkeiten durchführen. Die Patientin hinterher: sie sei ganz wach gewesen und habe auch die Turbine noch gehört.

3. *Sitzung*: Der Therapeut korrigiert seine Fehler und suggeriert: es könne sein, daß die Patientin noch dumpf aus der Entfernung das Pfeifen der Turbine wahrnehme — dies sei aber gänzlich unwichtig für sie geworden. Ergebnis: ohne Lokalanästhesie und jegliche Abwehrreaktion kann die Patientin saniert werden.

4. In Form der *direkten oder indirekten hypnotischen Suggestion von Analgesie*.

Als Beispiel möge der beigefügte OP-Bericht dienen. Eine Indikation zur Behandlung bestand bei diesem Fall nicht. Der sehr suggestive Patient hatte sich zur Demonstration der therapeutischen Möglichkeiten den ungläubigen Kollegen gegenüber zur Verfügung gestellt.

Vorausgegangen war bei diesem Patienten eine frühere Notfallbehandlung — eine typische Indikation für die Hypnotische Intervention: Zahn 15: akuter apikaler Abszeß mit Restvitalität. Die

Lokalanästhesie versagt. Wegen extremer Schmerzen und Klopfempfindlichkeit wird die übliche Therapie unmöglich.

Nach 8minütiger Tranceinduktion: reaktionslose Trepanation und Aufbereitung des Zahnes (2wurzelig). (Der Patient moniert lediglich die Hintergrundmusik — dazu später — ein Thema aus dem „Schwanensee von Tschai-kowsky“. Als Musiker erkannte er das „Sterbemotiv“ und empfand dies nicht gerade als „positiv“.)

Auch in der zweiten und dritten Sitzung wird der Patient auf seinen Wunsch hin erneut in Trance saniert.

4. *Sitzung*: Da beim Zahn 15 keine Wurzelfüllung ad apicem erreicht wurde, und die vorhandene tiefe Knochen-tasche nicht regeneriert, sondern sezerniert: Der Zahn 15 wird ohne Anästhesie (ohne Lockerungsgrad) in Trance entfernt.

5. *Trance-Sitzung*: Am Vorabend der operativen Entfernung des Zahnes 38 (s. o.) wird nach viermonatiger Therapiepause zur „Auffrischung“ der Hypnose-Tiefe eine 30minütige Trancesitzung angesetzt.

5. Als *Hypnotische Anästhesie*:

a) *Hypnoanästhesie* [7, 44]

b) *Hypnonarkose* [43]: Die Hypnose wird als ein technisches Hilfsmittel verwandt, um mit einem Minimum an Narkosemitteln auszukommen.

c) *Narkoidhypnose* [43]: Tiefster Grad des hypnotischen Schlafes, bei dem ein narkoseähnlicher Zustand auftritt.

d) *Narkohypnose* (Stokvis [43]): Hypnose, zu deren Herbeiführung als technische Hilfsmittel Narkotika oder Hypnotika benutzt werden.

6. Bei der *Hypnolokalanästhesie* [45, 17]:

Kombination von Hypnose und Lokalanästhesie.

7. Beim „*Hypnotic displacement of pain*“ (Erickson [10])

Die Schmerzempfindungen werden suggestiv auf solche Körperregionen verlagert, bei denen der Schmerz nicht so intensiv erlebt wird; bei Abdominalschmerzen als Folge eines metastasierenden Prostatakarzinoms z. B. wird

Abteilung für Mund-, Kiefer-, Gesichts- und Plastische Chirurgie
 der Städtischen Kliniken Oldenburg (Oldb)
 Leitender Arzt:
 Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. dent. Petzel
 2900 Oldenburg, Dr.-Eden-Straße

Datum	Name	Vorname	Alter
05.03.86		Günter	07.02.57

Station
amb.

OPERATIONSBERICHT

Diagnose: Verlagertes, teilretinierter Z 38

Therapie: Operative Entfernung Z 38 mit Aufklappung und Osteotomie

Operateur: PD Dr. Dr. Petzel Diktat Pe./B

Assistenz: Dr. Dr. Fissing

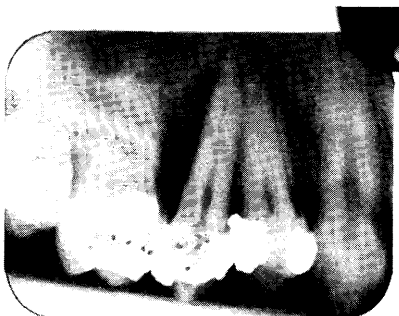
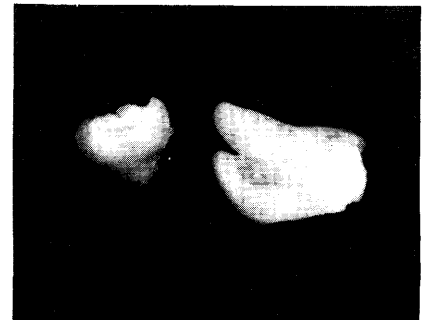
Anästhesie: Hypnose/Dr. Burk

Nach Lagerung und ausreichender Trance des Patienten typischer winkelförmiger Schnitt regio 38. Zirkuläre Osteotomie. Separation der mesial hinter Z 36 gekippten Krone Z 38 und typische Hebeluxation Z 38. Kürretage. Einstäuben von Jodoformpulver. Wundverschluß mit Ethibond-Einzelknopf-Nähten der Stärke 3 x 0. Druckverband.

Blutung und Speichelfluß waren unauffällig. Der Patient hatte offensichtlich keine Schmerzen und konnte langsam aus der Hypnose wieder erwachen.



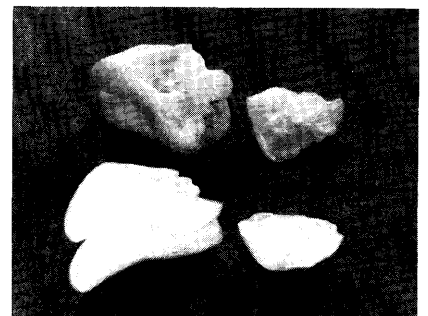
Priv.-Doz. Dr. Dr. Petzel



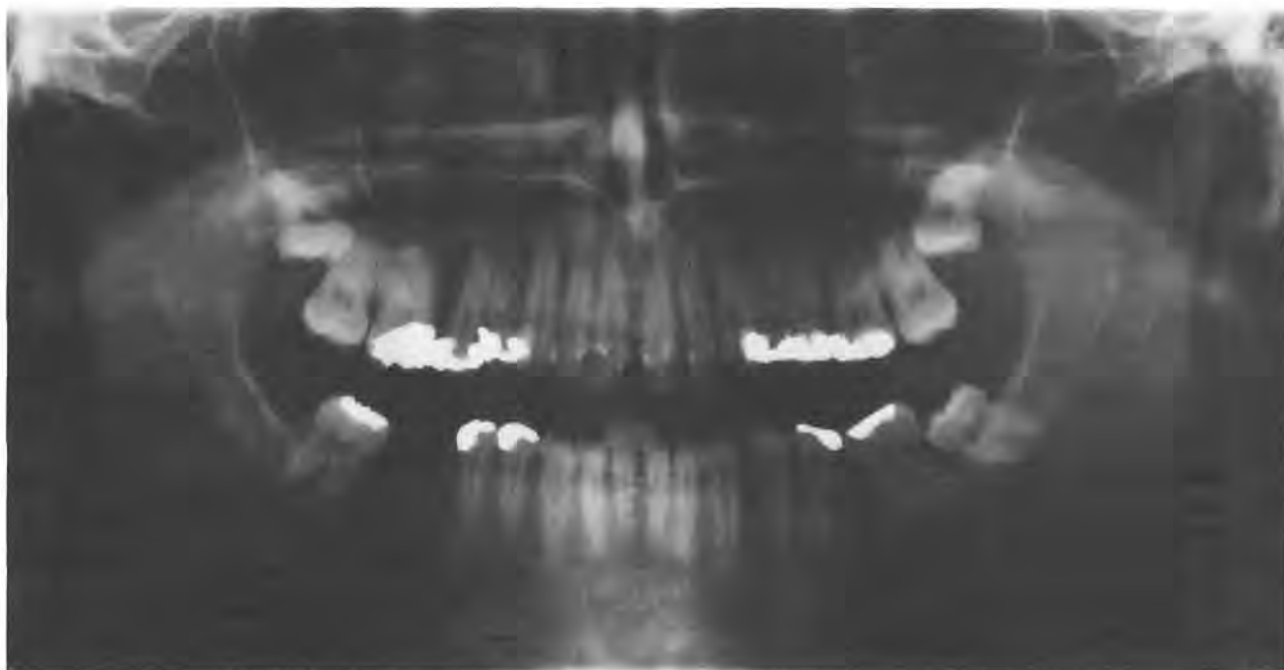
Zahn 15: prae-operativ



12 Tage postoperativ



Zahn 38: Röntgenologisch war die 3. Wurzel nicht zu erkennen



eine suggestive Projektion der im Abdominalbereich unerträglichen Schmerzen auf die Hand vorgenommen.

8. Bei der Schmerztherapie in Form von „*Körperlicher Disorientation*“. Dem Patienten wird die Vorstellung suggeriert, er verlasse seine körperliche Hülle, um sich z. B. in einem anderen Raum aufzuhalten, während der schmerzhaft Körper auf dem Krankenbett zurückbleibe (Erickson [10], S. 28).

9. Bei der Schmerztherapie in Form der „*Hypnotic time distortion*“: Cooper et al. [6]: Bei intermittierenden Schmerzattacken wird dem Kranken beispielsweise die posthypnotische Suggestion gegeben, bei der kommenden Schmerzepisode spontan in „Trance“ zu fallen und den Zeitraum des Schmerzanfalles gleichsam zu Sekunden verkürzt zu erleben.

10. Bei der *hypnotischen und posthypnotischen Amnesie*.

11. Bei der *postoperativen Analgesie*.

12. Bei der *postoperativen Medikation* und *postoperativen Schmerztherapie* (z. B.: Sedierung) [11, 17, 32, 34].

13. Bei der *Plazebothherapie* und *larvierten Suggestion*:

Glass and Barber ([39], S. 540): „ . . . tentative conclusion: Under one order of treatment presentation (trance induction, control, placebo), a placebo administered by a physician as a ‚hypnosis-producing‘ drug is as effective as a formal 20-minute trance induction procedure in enhancing suggestibility.“

Aus der Praxis des Autors:

Fall 1: Zur Präparation einer Brücke von 44/45 auf 48 wird bei den Prämolaren eine Lokalanästhesie (LA) durchgeführt und der Patient mit der „neuen“ Technik vertraut gemacht, bei der die LA bis zum „Weisheitszahn“ flutet. Dank Anästhesie können natürlich 44/45 präpariert werden, bei entsprechend motiviertem Patienten allerdings auch problemlos der Zahn 48. Sollte der therapeutische „Anfänger“ suggestiv „versagen“, kann er sich jederzeit mit der Intraligamentären Anästhesie helfen.

Fall 2: Der „Aber nur mit Spritze“-Patient erhält seine Plazebo-Spritze und ist glücklich: z. B. Zahn 26 soll extrahiert werden. Man nehme ein Pellet mit einem Oberflächenanästhetikum und betäube die „Einstichstelle“. Sodann wird mit der „neuen“ Technik injiziert (Peri-press-Spritze), bei der nur der Zahn, aber nicht mehr die Lippe „taub“ wird!

Der Zahnarzt „tut also, als ob“, wobei allerdings die Schutzhülle auf der Kanüle belassen wird! Mit einem „Ruck“ wird die „Nadel“ nach leicht drückender „Injektion“ entfernt.

Das Medikament schmecke lediglich etwas bitter (Oberflächenanästhesie!) und man könne nach Prüfung mit der Zunge (bitter!) ausspülen.

Da das Medikament erst „einwirken“ muß, kann der Zahnarzt inzwischen das Zimmer verlassen und anderweitig weiterbehandeln.

Zurück, „prüft“ der Zahnarzt die Tiefe der Lokalanästhesie. Mit der Spitze einer Sonde wird in die Gingiva des nicht behandelten kontralateralen Zahnes 16 gepickt (Schmerzäußerung des Patienten!), dann mit der runden SONDENSEITE im Gebiet des Zahnes 26 gedrückt. Der Patient bemerkt nach der Oberflächenanästhesie natürlich ein deutlich verändertes Gefühl, d. h. keinen Schmerz, nur noch Druck! Nun kann exkaviert werden; bei besonders sensiblen Patienten kann jederzeit „nach-injiziert“ werden. In der Regel sind so aber mehrere benachbarte Zähne zu therapieren.

14. Als *Differential-Diagnostisches Mittel* [14, 16, 33, 43]:

Fallbeispiel: Die Vorbehandlung wurde seitens der Patientin wie folgt aufnotiert (wobei die vergeblichen Mühen dreier Zahnärzte vergessen wurde):

Jutta V

Beschwerden:

Nasennebenhöhlen- und Kieferhöhlenvereiterung

Zeitraum:

Anfang 1982—1985

Behandelnde Ärzte und verabreichte Medikamente:

Dr. D , HNO

Durchstechen in der Nase, Hunderte von Antibiotika-Tabletten verschiedener Sorten, Nasensprays

Dr. H, HNO

Mikrowellenbestrahlungen, verschiedene Tabletten und Nasensprays

Dr. O, HNO

Durchstechen in der Nase

Dr. S, prakt. Arzt

Eigenblutspritzen, Tabletten gg. Erkältungskrankheiten

Dr. R, Internist

Mikrowellenbestrahlungen, Nasensalbe, 15 Spritzen zur Stärkung der Abwehrkräfte.

Dr. M, Internist

Magen-Darmbehandlung aufgrund der Nebenwirkung von zuviel Antibiotika (erfolgreich)

Heilpraktiker:

Herr W (Spritzen und Tabletten)

Diagnose des Autors: Starke Nasennebenhöhlen- und Stirnhöhlenbeschwerden bei unsymptomatischen Befunden.

Röntgendiagnose: Unauffällig.

Vitalität aller Zähne: Positiv.

Therapie: Die zeitliche Regression in Hypnose zum Ursprungsdatum der Schmerzen half nicht weiter. Zwar konnte der Beginn auf eine Woche eingegrenzt werden, der Schmerz war aber innerhalb zweier Tage „einfach da“ — (der vom Verfasser vermutete ursächliche Zusammenhang mit einer alio loco erfolgten zahnärztlichen Behandlung / Pulpentrauma wurde nicht bestätigt).

Gemäß *Hilgards* „hidden observer“-Methode (Divided consciousness/1977 aus *Campbell Perry: Dissociation and Hypnosis*, in: Experimentelle und Klinische Hypnose 1985, I, Heft 2, Seite 81—90) „gibt es einen Teil Deines Geistes, einen verborgenen Teil, der weiß, was vor sich geht . . .“ Wurde die Patientin nun zum anatomischen Ursprungsort ihres Schmerzes geführt: Zu meiner Überraschung wurden sofort die Zähne 16/17 angegeben. Nach erneuter Röntgenkontrolle dieser Zähne stellte sich die Patientin wie verabredet zum Zeitpunkt extremer Beschwerden wieder vor: Zahn 16 wurde lokal (intragingival — um nicht 15

oder 17 mit zu erfassen —) anästhesiert. Der Schmerz war sofort eliminiert. Der Zahn wurde trepaniert: zwei vitale Pulpen, eine trockene Gangrän! Die Patientin blieb schmerzfrei.

15. Bei der *Verringerung des Verbrauchs von Narkotika und Analgetika* [1, 14, 21, 45].

Frey [12] schätzt die Einsparung an Analgetika und Narkotika bei guter psychischer Führung auf etwa 50% ein.

Die Rolle der Musik

Auf die verschiedenen Induktionstechniken, bewährte und weniger geeignete für die zahnärztliche Hypnose, soll im Rahmen dieser Abhandlung nicht eingegangen werden.

Wohl aber auf die Rolle der Musik, die den zahnärztlichen Therapeuten zu 50% ersetzen kann!

Denn im Gegensatz zu anderen Fachgebieten gilt es beim Zahnarzt, den Patienten nicht nur in Trance zu bringen und zu halten, sondern auch gleichzeitig technisch auf kleinem Raum präzise und konzentriert zu arbeiten.

Im Rahmen einer Dissertation [3] wurden die Patienten bezüglich des Angebotes an dezente Hintergrundmusik im Behandlungsraum befragt:

Addiert man zu der Mehrheit jener 68% der Patienten, die die Hintergrundmusik als angenehm empfanden, die Patienten hinzu, die sie für nicht notwendig hielten (andererseits aber auch nicht „unangenehm“ notiert hatten), ergibt sich mit 96% ein Wert, der daran denken lassen sollte, zumindestens bei psychisch labilen und ängstlichen Patienten eine dezente Hintergrundmusik laufen zu lassen.

Schon 1745 hat *Nikolai* — so *Kleinsorge* und *Klumbies* 1965 [23] — ein Buch über „Die Verbindung der Musik mit der Arznei-Gelahrtheit“ veröffentlicht. Heute sei die Verminderung des Exzitationsstadiums der Narkose durch Musik in allen chirurgischen Kliniken Washingtons und Chicagos fester Bestandteil der Narkosetechnik und unterliege dem Anästhesisten.

Kleinsorge und *Klumbies* ([45], S. 427): „Wir bevorzugen während des autogenen Trainings die Air aus der Suite d-Dur von *J. S. Bach*“.

Der Verfasser gesteht: In seiner Praxis wird von der ständigen Hintergrundberieselung abgesehen, diese wohl aber gezielt zur Entlastung des Therapeuten während der Hypnosearbeit eingesetzt: „Meine Stimme und die Musik werden sie immer begleiten.“ Das heißt: wird gearbeitet und nicht verbal geführt, wird der Patient von „den anderen 50%“, — der Musik — getragen.

Besonders bewährt haben sich Kassetten wie: „Waldspaziergang“, „Inselträumereien“ (jeweils endlos hintereinandergeschnitten) von Fantasy-Sounds/Bauer-Verlag/Freiburg sowie Kassetten mit der Musik „Schwanensee“ und „Träumereien in Trance“ vom Verlag N. B. Enkelmann/Königstein/Taunus.

An speziell für zahnärztliche Bedürfnisse zugeschnittener Musik (Durchdringung der Absauganlage und Turbinengeräusche), wird zur Zeit gearbeitet.

Dem mit Hintergrundmusik in der Praxis arbeitenden Kollegen sei das Werk von *John Diamond* empfohlen: „Lebensenergie in der Musik“, Verlag Bruno Martin, mit seiner Auflistung kinesthesiologisch positiv getesteter Musik.

Literatur

- [1] *Abraham, H.*: Hypnotismus und Suggestion. Ihre Geschichte u. Brauchbarkeit für die Zahnheilkunde. Corresp.-Bl. Zahnärzte (1899) 193—209.
- [2] *Baumer, A.*: Hypnose in der Zahnheilkunde. Med. Diss., Würzburg (1921).
- [3] *Burk, W.*: Möglichkeiten der Hypnosuggestiven Schmerzbekämpfung in der Zahn- und Kieferheilkunde. Dissertation, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (1979).
- [4] *Cannon, W. B.*: Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear, and Rage. Appleton, New York (1915).
- [5] *Cedercreutz, C.*: Beseitigung posttraumatischer Kopfschmerzen durch Hypnose. Hypnose u. Psychosomatische Medizin 21 (1970) 151.
- [6] *Cooper, L., Erickson, M. H.*: Time Distortion in Hypnosis. Baltimore: Williams and Wilkins (1959).

- [7] *Degen, H.*: Die Hypnoanästhesie. Naturwissenschaft. Rdsch. 12 (1959) 311.
- [8] *Eggers-Lura, H.*: Muskelentspannung als Hilfe zur Schmerzherabsetzung in der Zahnbehandlung. In: Zahn-Mund- und Kieferheilkunde in Vorträgen (1952) Heft 12.
- [9] *Erikson, M. H.*: Hypnose und Suggestion in der Zahnheilkunde. Med. Diss., Würzburg (1923).
- [10] *Eisenstädt, W.*: An introduction to the study and application of Hypnosis for pain control. In: Hypnosis and Psychosomatic Medicine by *J. Lassner*. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York (1965).
- [11] *Finer, B.*: Hypnosis as a psychosomatic weapon in the anaesthesiologist's armory. In: Hypnosis and Psychosom. Med. by *J. Lassner*. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York (1965).
- [12] *Frey, R.*: Suggestion und Narkose. Psychother. Psychosom. 14 (1966) 454—458.
- [13] *Friedländer, A.*: Die Hypnose und die Hypnonarkose. Enke, Stuttgart (1920).
- [14] *Glogau, E.*: A note on hypnotic behavior, the definition of the situation and the placebo-effect. J. Nerv. Ment. Dis. 132 (1961) S. 540.
- [15] *Glass, L. B.; Barber, T. X.*: Hypnotische Narkosen. Dtsche. Med. Mschr. Zahnheilk. 22 (1904) 617—625.
- [16] *Glückmann, W.*: Hypnose und Suggestion als Hilfsmittel in der zahnärztlichen Praxis. Med. Diss. Breslau (1921).
- [17] *Haas, A.*: Über die Anwendung der Hypnose in der Chirurgie und ihren Grenzgebieten. Arch. Klin. Chir. 135 (1925) 23—38.
- [18] *Hammer, H.*: Die Hypnonarkose. Med. Diss. Mainz (1962).
- [19] *Held, R. R.*: Hypnotisme, Hysterie, Relaxation: Mythes et Réalités. In: Hypnosis and Psychosomatic Medicine by *J. Lassner*. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York (1967) 135—141.
- [20] *Hoffmann, U.*: Hypnose und Psychosomatische Prämedikation in der zahnärztlichen Praxis. Med. Diss. Mainz (1971).
- [21] *Hotz, P.*: Erfahrungen mit Brodtbecks suggerierten Narkosen. Schweiz. Vjschr. Zahnheilk. 10 (1900) 157—164.
- [22] *Keen, E.*: vgl. *Candland, K.; Fell, P.; Keen, E.; Leshner, A. J.; Trapy, R. M.; Plutchik, R.*: Emotion. Brooks/Cole Publishing Company, Monterey, California (1977).
- [23] *Kleinsorge, H. G.; Klumbies, G.*: Psychotherapie in Klinik und Praxis. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin (1959).
- [24] *Klumbies, G.*: Erfahrungen mit der Ablationhypnose bei chronischen Schmerzzuständen. Dtsch. Gesundh.-Wes. 14 (1959) 2102.
- [25] *Kobos, R.*: Hypnotische Betäubung in der ästhetischen Chirurgie. In: Hypnose u. Psychosom. Med. 21 (1970) 161—166.
- [26] *Kuntze, B.*: Die modifizierte Hypnosuggestivtherapie in der Zahnheilkunde. Med. Diss. Mainz (1979).
- [27] *Langen, D.*: Die Entwicklung zur modernen Hypnotherapie. Dtsche. Med. Wschr. (1964) 1592—1595.
- [28] *Langen, D.*: Die hypnosuggestive Analgesie aus den Erfahrungen mit den Selbstversenkungsmethoden. Psychother. Psychosom. 14 (1966) 475—480.
- [29] *Langen, D.*: Autohypnoide Verfahren zur Therapie Schmerzkranker. In: Schmerz und Schmerzbehandlung heute, Hrsg.: *R. Frey*, Gustav-Fischer Verlag (1977).
- [30] *Leshner, A. J.*: vgl.: *Candland, D. K.* [26].
- [31] *Levitt, E. E.*: Die Psychologie der Angst. Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz (1976).
- [32] *Marmar, M. J.*: Current applications of hypnosis in anaesthesiology. In: Hypn. Psychosom. Med. by *J. Lassner*. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York (1967) 213—216.
- [33] *Marmar, J.*: Unusual applications of hypnosis in anaesthesiology. Int. J. Clin. Exp. Hypnosis 17/4 (1969) 199—208.
- [34] *Owen-Flood, A.*: Hypnosis in anaesthesiology. In: Hypnosis in modern medicine, by *J. M. Schneck*, Thomas, Springfield, Ill., (1959).
- [35] *Paradies, F.*: Die Suggestion in der zahnärztlichen Praxis, eine psychologische Studie. Med. Diss. Würzburg (1923).
- [36] *Persing, T.*: Die Anwendung des Magnetismus zur Schmerzausschaltung in der Zahnheilkunde. Med. Diss. Köln (1964).
- [37] *Petrow, P.*: Die Psychotherapie in der Behandlung stomatologischer Erkrankungen (Vorläufige Mitteilung). Psychiat. Neurol. med. Psychol. (1964) Beih. 3.
- [38] *Ritter, P.*: Beitrag zu zahnärztlichen Operationen im Stadium der Hypnose. Wien. zahnärztl. Mschr. 1 (1899) 483—487.
- [39] *Rubin, R. T.; Mandell, A. J.*: Adrenocortical activity in pathological emotional states: a review. Amer. J. Psychiatry, 123 (1966) 387—400.
- [40] *Schöbel, R.*: Historischer Beitrag zur Anwendung der Hypnose in der Zahnheilkunde. Zahnärztl. Rschr. 46 (1937) 213—217.
- [41] *Schulte, W.*: Das Ansehen unseres Standes, der Schmerz-, Angst-, Anaesthesiekomplex vor zehn Jahren und heute. ZM 11 (1977) 661—666.
- [42] *Stern, R.*: Anwendungsmöglichkeiten der Hypnose und Suggestion in der zahnärztlichen Praxis. Dtsch. zahnärztl. Zschr. 6 (1960) 529—535.
- [43] *Stokvis, B.*: Hypnose in der ärztlichen Praxis. Basel-New York (1955).
- [44] *von Watraszewskii*: Hypnose als Schmerzlinderungs- und Schlafmittel bei schwer Leidenden. Unser Hausarzt 12 (1906) 3.
- [45] *Zwicker, M.*: Suggestion und Analgesie.