

Hypnose in der Zahnmedizin

Kognitive Therapie von kranio-mandibulären Dysfunktionen

Hypnose zu Heilzwecken ist ein altes, früher als magisch verstandenes, heute wissenschaftlich immer besser dokumentiertes psychosomatisches Therapieverfahren, das eine hohe Akzeptanz bei zahnärztlichen Patienten genießt (1–3). Hypnose ist zugleich Wissenschaft und Poesie der Sprache. Sie nutzt Kommunikation auf verbaler und nonverbaler Ebene, um den Patienten in Trance zu führen. Trancen sind tiefere natürliche Bewusstseinszustände, die sich vom Alltagsdenken unterscheiden. Die Aufmerksamkeit des Patienten wird mit Unterstützung des Therapeuten gebündelt. Diese Fokussierung der Aufmerksamkeit führt zu einer hohen Achtsamkeit, die in der Hypnose genutzt wird, um Gefühle zu verstärken oder abzuschwächen, bzw. Wahrnehmungen wie Schmerzen zu verändern. Die Kreativität zu Problemlösungen lässt sich im Trancezustand steigern (4–6).

In diesem Sinne eignet sich die medizinische Hypnose zur kognitiven Schmerztherapie und zur Veränderung von Verhaltensmustern bei kranio-mandibulären Dysfunktionen (CMD) (7–11). Dabei stehen verschiedene therapeutische Ansätze zur Verfügung:

- So kann der Patient in Trance vom Schmerzgeschehen dissoziiert werden. Dies bietet ihm die Möglichkeit, unter Anleitung durch einen geschulten Hypnotherapeuten das Schmerzgeschehen aus einer neutralen Position heraus zu analysieren und kreative kognitive Lösungsansätze zur Veränderung von Schmerzqualität, -quantität sowie -häufigkeit zu finden. Durch diese Anleitung zur Selbsthypnose kann einerseits eine deutliche Linderung und ein besserer Umgang mit den Beschwerden erzielt, und andererseits die Selbstkompetenz des Patienten gefördert werden, indem er eine gewisse Kontrolle über das Schmerzgeschehen zurückerhält (12).
- Verhaltenstherapeutisch dient die medizinische Hypnose dazu, den Patienten zur Selbsthypnose und somit zur Stärkung seiner Eigenkompetenz anzuleiten. Dabei soll die Achtsamkeit auf seinen Körper und sein Verhalten erhöht werden, was eine kognitive Veränderung von Verhaltensmustern wie orale und okklusale Parafunktionen erlaubt (12–18).
- Zudem können in Hypnose kreative Lösungsansätze zur besseren Bewältigung und Reduktion von Alltagsstressoren gefunden und die Selbsthypnose als effektive Entspannungstherapie genutzt werden (9, 19, 20).



Prof. Dr. med. dent.
Christian E. Besimo
Brunnen

Experimentelle Untersuchungen

Die folgenden Studien dokumentieren beispielhaft die Wirksamkeit hypnotischer Interventionen bei der Therapie von CMD. Simon & Lewis (2000) untersuchten 28 CMD-Patienten, die auf eine konservative Therapie nicht angesprochen hatten. Schmerzintensität, -dauer und -häufigkeit sowie kranio-mandibuläre Funktion wurden in der Wartephase, unmittelbar vor und nach Therapie sowie anlässlich einer Kontrolle sechs Monate später beurteilt. Die Therapie mit Hypnose umfasste eine Aufklärung über medizinische Hypnose sowie fünf Sitzungen mit Tranceinduktion durch Schliessen der Augen, Suggestionen zur Entspannung, Analgesie und Anästhesie sowie Verwendung von entspannenden sowie verhaltensändernden Metaphern. Die Patienten wurden zudem dazu angeleitet, täglich in Selbsthypnose die auf Tonträger abgespeicherte Therapie zu wiederholen. Die Datenanalyse ergab eine signifikante Reduktion der Schmerzhäufigkeit, Schmerzdauer und eine Verbesserung der kranio-mandibulären Funktion. Es konnte auch gezeigt werden, dass die Linderung der Beschwerden sowie die Verbesserung der Funktion über sechs Monate anhält.

Winocur et al. (2002) verglichen die Hypnorelaxation mit Schienentherapie bzw. Aufklärung über CMD und deren Selbsttherapie durch Kontrolle der Bewegungsaktivität sowie Ernährung. Die Hypnorelaxation beinhaltete Suggestionen zur progressiven Muskelentspannung und Training zur Selbsthypnose mit dem Ziel, die Kiefer- und Gesichtsmuskulatur zu entspannen. 40 weibliche Patienten wurden randomisiert den drei Versuchsgruppen zugeteilt: Hypnorelaxation (n = 15), Schienentherapie (n = 15) und Aufklärung/Selbstkontrolle (n = 10). Die Schmerzstärke wurde mit einer visuellen Analogskala (VAS) vor und nach Therapie bestimmt. Die aktive Therapie mit Hypnose und Aufbisschiene war effektiver als die Patientenaufklärung und -anleitung zur Selbstkontrolle. Aller-

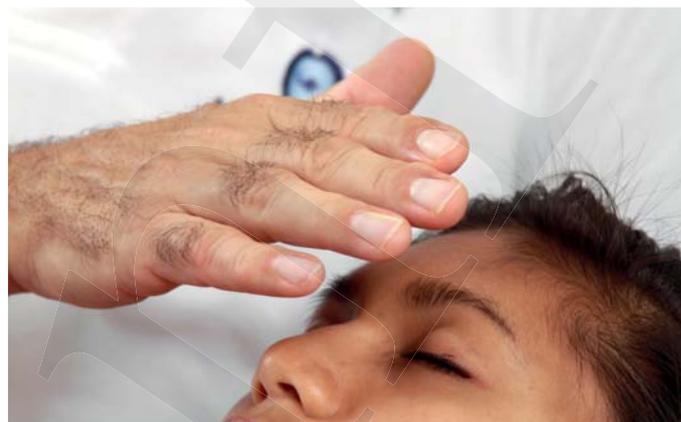
dings erreichte nur die Hypnorelaxation, nicht aber die Schienentherapie, eine signifikant grössere Reduktion der Schmerzintensität im Vergleich zur reinen Patientenanleitung und -selbstkontrolle, nämlich 57% der durchschnittlichen und 51% der maximalen Schmerzintensität. In einer vergleichbaren Studie beobachteten Freesmeyer & Pfanne (2011) ebenfalls eine signifikante Abnahme der Schmerzintensität und -beeinträchtigung durch Selbsthypnose und Schienentherapie. Patienten mit einer hohen Stressbelastung in der Ausgangssituation erreichten dabei positivere Behandlungsergebnisse als Patienten mit geringerer Vorlast.

Abrahamsen et al. (2009) untersuchten 40 Frauen, die randomisiert einer Gruppe mit Hypnointervention und einer Kontrollgruppe mit herkömmlicher Entspannungstherapie zugeordnet wurden. Beide Gruppen erhielten über mehrere Wochen vier individuelle einstündige Sitzungen und eine auf Tonträger (CD) abgespeicherte Anleitung zur Selbsttherapie zu Hause. Diese umfasste in der einen Gruppe hypnotische Suggestionen und eine Instruktion zur Selbsthypnose, in der anderen Instruktionen zur selbständigen Anwendung von Entspannungstechniken. Die Rückführbarkeit der Symptomveränderungen auf die Suggestibilität bzw. Hypnotisierbarkeit der Probandinnen in der Hypnosegruppe wurde mit Hilfe der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (21) untersucht. Alle Probanden führten während der gesamten Untersuchungsdauer ein Schmerztagebuch, mit Beginn sieben Tage vor der ersten therapeutischen Intervention. Dabei wurde die mittlere tägliche Schmerzstärke zwischen den beiden Gruppen verglichen. Die schmerzverändernden Strategien der Probanden wurden vor und nach Therapie mittels eines speziellen Fragebogens analysiert. Im Weiteren erfolgte die Erhebung des funktionellen und psychologischen Status, der Schlafqualität und einer etwaigen Pharmakotherapie.

Es konnte gezeigt werden, dass die Schmerzintensität in der Hypnosegruppe mit 50,4% signifikant gesenkt werden konnte, nicht aber in der Kontrollgruppe, in welcher eine Schmerzverstärkung von 0,7% auftrat. 26% der Probandinnen in der Hypnosegruppe erreichten eine Schmerzreduktion von 75%. Niemand in der Kontrollgruppe erzielte dieses Niveau der Schmerzminderung. 52% in der Hypnose-, und lediglich 5% in der Kontrollgruppe gelang eine Schmerzsenkung von 50%. Die Probandinnen in der Hypnosegruppe waren eindeutig kreativer und besser in der Lage, ihre schmerzverändernden Strategien zu optimieren als jene in der Kontrollgruppe. Letztere zeigten keine Veränderung in der Anwendung der instruierten Methoden. Beide Gruppen zeigten eine signifikante Reduktion der Zahl auf Palpation schmerzhafter Muskelstellen sowie der Häufigkeit schmerzbedingter Unterbrechungen des Schlafes. Angstsymptome nahmen in den zwei Gruppen in vergleichbarer Weise ab. Vier Hypnoseinterventionen genügten somit, um den Umgang mit den Schmerzen deutlich zu verbessern und eine signifikante Verminderung der täglichen Schmerzintensität zu erreichen. Nebenwirkungen traten keine auf. In einer ähnlichen früheren Arbeit konnten Stam et al. (1984) keinen Unterschied in der Schmerzreduktion zwischen hypnotischer und konventioneller Verhaltenstherapie feststellen. Die medizinische Hypnose scheint somit eine effektive und mit konventionellen Verfahren vergleichbare Therapiemethode zu sein, um CMD-bedingte Schmerzen zu behandeln (22, 23).

In einer weiteren vergleichbaren Studie mit 44 Probanden konnte Abrahamsen et al. (2008) auch für die Behandlung

idiopathischer orofazialer Schmerzzustände einen signifikanten Behandlungserfolg mit medizinischer Hypnose nachweisen. Die mit einer VAS bestimmte Schmerzstärke reduzierte sich in der Hypnosegruppe um 33,1%, in der Kontrollgruppe lediglich um 3,2%. Probanden mit hoher Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit erreichten eine grössere Schmerzreduktion (55%) als solche mit geringeren Werten (17,9%). Bezüglich der Schmerzareale und dem Gebrauch von Schmerzmitteln bestanden ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den zwei Gruppen. Die Berichte über die Lebensqualität waren dagegen vergleichbar.



Patientenbeispiel: Hypnoseintervention zur Verbesserung der Stressbewältigung

Anamnese

Die 46-jährige Patientin klagte im Rahmen der Anamnese über Kiefer-, Gesichts- und Kopfschmerzen sowie Verspannungen im Hals-, Nacken- und Schulterbereich. Die Befundaufnahme sowie die zu Beginn verordnete Selbstbeobachtung ergaben die Diagnose eines myofascialen Schmerzsyndroms mit Stressoreneinwirkung als primäre Ursache. Die Selbsttherapie erlaubte zwar das Erkennen belastender Alltagssituationen, reichte aber zur Entspannung der Muskulatur nicht aus. Deshalb wurde eine hypnotische Intervention zur Verhaltensänderung bzw. zur besseren Stressverarbeitung ins Auge gefasst.

Tranceprotokoll

Die ersten zwei Trancesitzungen dienten der Verankerung und Vertiefung eines sicheren Rückzugsortes im Unterbewussten. Die Trance wurde über die Atmung induziert und anhand des Bildes einer Treppe vertieft. Aufgrund der im Vorgespräch evaluierten Freizeitneigungen schlug man der Patientin ein Segelschiff auf dem Meer als sicheren Ort vor. Die Evaluation dieser ersten Trance ergab, dass das Steuern des Segelschiffes die Patientin überforderte. Deshalb wurde in der zweiten Sitzung mit dem Bild eines Seevogels gearbeitet, der frei und unbeschwert über das weite Meer fliegen konnte, wohin er wollte. Entscheidend waren dabei zwei Aspekte: einerseits das Bewusstsein, dass der Vogel zum Fliegen praktisch keine Kraft benötigte und sich völlig entspannt von der vom Meer aufsteigenden warmen Luft tragen lassen konnte, und andererseits die Möglichkeit, durch Aufsteigen in den weiten Himmel Distanz schaffen zu können zwischen sich selbst und den Problemstellungen auf der Erde (Dissoziation).

In Trance wurde daran gearbeitet, die entspannte Haltung des Seevogels zur Relaxation der gesamten Körpermuskulatur sowie

im Speziellen der Kopf-, Hals- und Nackenmuskulatur zu nutzen. Zudem wurde geübt, mit Hilfe der Dissoziation Stress auslösende Herausforderungen aus einer anderen, nicht direkt involvierten Perspektive analysieren zu können. Die Patientin wurde aufgefordert, die erlebte Trance im Alltag regelmässig zu wiederholen. In der dritten Sitzung wurde der geschützte Kontext des sicheren Ortes, also das Fliegen über dem weiten Meer, dazu benutzt, eine schwierige Alltagssituation aus der Distanz zu analysieren, um neue Strategien für eine bessere Situationsbewältigung entwickeln zu können.

Verlauf

Die Patientin gelangte mit Hilfe dieser Anleitung zur Selbsthypnose in die Lage, ihren Körper und dabei insbesondere auch die Kopf- und Halsmuskulatur selbst in Stress belasteten Situationen immer besser entspannen zu können. Die Spannungsgefühle und Muskelschmerzen am Kopf verschwanden innerhalb weniger Wochen vollständig. Zudem setzte sie gezielt und erfolgreich die Möglichkeit der Dissoziation in schwierigen Alltagssituationen ein. Sie erarbeitete auf diese nachhaltige Weise bessere Lösungsansätze und einen abgeklärteren Umgang bei der Bewältigung von bisher belastenden Problemstellungen des Alltags. Sie fand in der Folge die Kraft, die unbefriedigende Arbeitsstelle zu kündigen und eine neue berufliche Herausforderung mit wieder gewonnener Zuversicht und Freude anzunehmen.

Schlussfolgerungen

Dieser Patientenfall illustriert den Nutzen der Evidenz wissenschaftlicher Untersuchungen für die nachhaltige Therapie von CMD in der täglichen Praxis. Dabei ist aber zu betonen, dass die medizinische Hypnose nicht als alleinstehende Behandlungsmethode zu verstehen, sondern, wie vorgestellt, im Verbund mit anderen bewährten Therapieverfahren zu sehen ist. Schliesslich soll darauf hingewiesen werden, dass die Anwendung medizinischer Hypnose im zahnärztlichen Praxisalltag eine fundierte Ausbildung in diesem Heilverfahren voraussetzt. Wichtig ist dabei das Bewusstsein, dass es sich um eine psychosomatische Therapiemethode handelt, die dem psychologisch und psychiatrisch nicht geschulten Zahnarzt klare Grenzen setzt.

Prof. Dr. med. dent. Christian E. Besimo

Abteilung für Orale Medizin
Aeskulap-Klinik
Gersauerstr. 8, 6440 Brunnen
christian.besimo@aeskulap.com

Literatur:

1. Hermes D, Sieg P. Acceptance of medical hypnosis by oral and maxillofacial patients. *Int J Clin Exp Hypn* 2004;52:389-399.
2. Rauch Ch, Hermes D. Akzeptanz klinischer Hypnose in der allgemein-zahnärztlichen Praxis – Ergebnisse einer Umfrage. *Dtsch Zahnärztl Z* 2008;63:697-702.
3. Koenen DJ, Lang H. Hypnose in der Zahnheilkunde – Aberglaube oder wissenschaftlich anerkannte Methode? *Dtsch Zahnärztl Z* 2011;66:330-331.
4. Elkins G, Jensen MP, Patterson DR. Hypnotherapy for the management of chronic pain. *Int J Clin Exp Hypn* 2007; 55:275-287.
5. Jensen MP, Barber J, Romano JM, Hanley MA, Raichle KA, Molton IR, Engel JM, Osborne TL, Stoelb BL, Cardenas DD, Patterson DR. Effects of self-hypnosis training and EMG biofeedback relaxation training on chronic pain in persons with spinal-cord injury. *Int J Clin Exp Hypn* 2009;57:239-268.
6. Nash MR, Tasso A. The effectiveness of hypnosis in reducing pain and suffering among women with metastatic breast cancer and among women with temporomandibular disorder. *Int J Clin Exp Hypn* 2010;58:497-504.
7. Cohen ES, Hillis RE. The use of hypnosis in treating the temporomandibular joint pain dysfunction syndrome. Report of two cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1979;48:193-197.
8. Simon EP, Lewis DM. Medical hypnosis for temporomandibular disorders: treatment efficacy and medical utilization outcome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;90:54-63.
9. Winocur E, Gavish A, Emodi-Perlman A, Halachmi M, Eli I. Hypnotherapy as treatment for myofascial pain disorder: a comparative study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002;93:429-434.
10. Kessler B. Hypnose und alternative Techniken der Schmerzausschaltung. *Quintessenz* 2006;57:993-997.
11. Buescher JJ. Temporomandibular joint disorders. *Am Fam Physician* 2007;76:1477-1482.
12. Astor MH. Hypnosis and behavior modification combined with psychoanalytic psychotherapy. *Int J Clin Exp Hypn* 1973;21:18-24.
13. Dengrove E. The uses of hypnosis in behavior therapy. *Int J Clin Exp Hypn* 1973;21:13-17.
14. Lazarus AA. Hypnosis as a facilitator in behavior therapy. *Int J Clin Exp Hypn* 1973;21:25-31.
15. Kroger WS, Fezler WD. Hypnosis and behavior modification: imagery conditioning. Philadelphia: Lippincott, 1976.
16. Dworkin SF. Behavioral and educational modalities. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;83:128-133.
17. Abrahamsen R, Baad-Hansen L, Svensson P. Hypnosis in the management of persistent idiopathic orofacial pain – clinical and psychosocial findings. *Pain* 2008;136:44-52.
18. Abrahamsen R, Zachariae R, Svensson P. Effect of hypnosis on oral function and psychological factors in temporomandibular disorders patients. *J Oral Rehabil* 2009;36:556-570.
19. Stam HJ, McGrath PA, Brooke RI. The treatment of temporomandibular joint syndrome through control of anxiety. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1984;15:41-45.
20. Freesmeyer W, Pfanne F. Relaxation training at home vs. splint therapy. *J Cranio-Mand* 2011;3:47-58.
21. Shore RE, Orne EC. Norms on the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *Int Clin Exp Hypnosis* 1963;11:39-47.
22. Abrahamsen R, Baad-Hansen L, Zachariae R, Svensson P. Effect of hypnosis on pain and blink reflexes in patients with painful temporomandibular disorders. *Clin J Pain* 2010;27:344-51.
23. Abrahamsen R, Dietz M, Lodahl S, Roepstorff A, Zachariae R, Ostergaard L, Svensson P. Effect of hypnotic pain modulation on brain activity in patients with temporomandibular disorder pain. *Pain* 2010;151:825-833.