

Christian E. Besimo

Hypnose als Teil der integrativen Diagnostik und Therapie kranio-mandibulärer Dysfunktionen

Einleitung

Kiefer-, Gesichts- und Kopfschmerzen werden von vielen Menschen als besonders unangenehm empfunden. Im Kopfbereich liegen viele Strukturen nahe beieinander, die die alleinige Ursache von Beschwerden oder bei Allgemeinerkrankungen mitbetroffen sein können. Schmerzen strahlen häufig aus und sind nach kurzer Zeit nicht mehr genau zu lokalisieren. Zudem besteht die Gefahr einer Chronifizierung der Schmerzzustände. Diese komplexe Ausgangslage erschwert die Diagnostik und Therapie und erfordert sehr oft ein interdisziplinär vernetztes Vorgehen innerhalb eines eingespielten Schmerzteams [1].

Eine zentrale Bedeutung der oralmedizinischen Diagnostik insbesondere chronischer Schmerzzustände kommt der Erhebung nicht nur der zahnärztlichen, sondern auch der medizinischen und psychosozialen Anamnese zu. Dabei muss systematisch und strukturiert das Schmerzgeschehen analysiert und zusätzlich nach Hinweisen auf zahlreiche mögliche Wechselwirkungen zwischen Kauorgan und Gesamtorganismus gesucht werden, die als Mitursache von Beschwerden infrage kommen und die Notwendigkeit eines interdisziplinär vernetzten Vorgehens mit anderen medizinischen Fachgebieten aufzeigen können. Hierzu ist die Verwendung von gut validierten, strukturierten Schmerzfragebögen zu empfehlen [2].

Die zahnärztliche Basisdiagnostik dient der Abklärung von Erkrankun-

Die medizinische Hypnose ist ein wissenschaftlich immer besser dokumentiertes psychosomatisches Therapieverfahren, das sich auch zur kognitiven Schmerzbehandlung und zur Veränderung von Verhaltensmustern bei kranio-mandibulären Dysfunktionen (CMD) bewährt hat. Dabei sollte die Hypnotherapie allerdings nicht als alleinstehende Behandlungsmethode von CMD gesehen, sondern im Verbund mit anderen bewährten Therapieverfahren eingesetzt werden. In der vorliegenden Arbeit werden in einer kurzen Literaturübersicht die wissenschaftlichen Grundlagen der Behandlung von CMD mit Hypnose vorgestellt und das klinische Vorgehen anhand von zwei Patientenfällen illustriert.

gen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich als mögliche Ursache von Kiefer-, Gesichts- und Kopfschmerzen. Zudem müssen intraorale pathologische Veränderungen als Folge einer Allgemeinerkrankung (z.B. Mangelkrankungen) ausgeschlossen werden, die ebenfalls komplexe Schmerzzustände verursachen können. Schliesslich sollte bei Vorliegen multipler Schmerzlokalisationen am gesamten Körper daran gedacht werden, dass orale Erkrankungen auch den Verlauf von Allgemeinerkrankungen negativ beeinflussen können. So bestehen beispielsweise Ähnlichkeiten in der Pathogenese der rheumatoiden Arthritis und der entzündlichen Zahnbetterkrankung

Parodontitis. Diese weisen auf mögliche Zusammenhänge zwischen dem Schweregrad der parodontalen und der Ausprägung der artikulären Entzündung hin. Vergleichbare entzündliche Einflüsse können auch bei degenerativen Gelenkerkrankungen beobachtet werden [3–5].

Eine weitere mögliche Ursache für Kiefer-, Gesichts- und Kopfschmerzen bilden schliesslich dysfunktionsbedingte Erkrankungen des Kauorgans, die auch als Myoarthropathien oder CMD bezeichnet werden. Deshalb umfasst die zahnärztliche Diagnostik zusätzlich die Erhebung eines oralen Funktionsstatus (Tab. 1), der durch ein Screening des gesamten Bewegungsapparates (Körperhaltung,

Tab. 1. Oraler Funktionsstatus

Beurteilung der Beweglichkeit des Unterkiefers
Mundöffnung
Vor- und Seitenschub
Kau- und angrenzende Muskulatur
Seitengetrennte Palpation auf Druckschmerzhaftigkeit (Allodynie)
Erfassen von Muskelhypertrophien, Muskelverhärtungen und Triggerpunkten
Beurteilung der räumlichen Beziehung der Zahnreihen
Analyse okklusaler und oraler Parafunktionsmuster
Gezielte Schmerzprovokation
Kiefergelenke
Seitengetrennte Palpation auf Druckschmerzhaftigkeit von lateral und dorsal
Untersuchung des Bewegungsablaufs
Erfassen von Bewegungsgeräuschen

Beweglichkeit und Bewegungsabläufe) ergänzt wird [6].

Ätiologie und Pathogenese von CMD

CMD sind ebenfalls durch eine komplexe Ätiopathogenese gekennzeichnet und haben in der Regel multiple Ursachen. Zudem besteht eine grosse Gefahr der Chronifizierung des mit der Erkrankung einhergehenden Schmerzgeschehens. Letzterem liegt eine Störung des funktionellen Gleichgewichts zwischen Gesichts- und Kaumuskelatur, den Kiefergelenken und den Zahnreihen zugrunde. Im Zentrum der Erkrankung steht der *Muskelhypertonus*. Für dessen Entstehung können die verschiedensten Ursachen infrage kommen [7, 8]:

- psychische Konfliktsituationen und Dauerbelastungen,
- psychische Erkrankungen (z.B. Depression, Burn-out),
- Allgemeinerkrankungen (z.B. des rheumatischen Formenkreises),
- orthopädische Probleme,
- Trauma,
- physikalische Einflüsse (z.B. Kälte, Wärme),
- hormonale Faktoren,
- usw.

Somit stehen Störungen des funktionellen Zusammenspiels der Zahnreihen nicht im Vordergrund. Zu den prädisponierenden Faktoren werden systemische (Allgemeinzustand), psychologische (Persönlichkeit und Verhalten) und strukturelle Rahmenbedingungen gerechnet [9].

Die Einwirkung von *Stressoren* spielt oft eine zentrale Rolle bei der Entstehung von CMD. Der durch die Stressoren verursachte affektive Stau wird oft über die Zahnreihen und/oder oralen Weichteile entladen. Dies geschieht in Form von Zähneknirschen und -pressen, Zungen-, Lippen- und Wangenbeissen sowie anderen Gewohnheiten. Mögliche Stressoren und ihr Krankheitswert sind in den

Tabellen 2 und 3 zusammengefasst [10, 11].

Diese Zusammenhänge und Verhaltensmuster sind den betroffenen Patienten in aller Regel nicht bewusst. Das Verständnis des Krankheitsgeschehens nicht nur durch den behandelnden Zahnarzt, sondern vor allem auch durch den Patienten selbst ist aber von zentraler Bedeutung für eine erfolgreiche Diagnostik

Tab. 2. Stressoren

<i>Physisch</i>	
Kälte/Wärme	
Lärm	
Hunger, Durst	
Infektionen	
Trauma	
Schmerz	
<i>Psychisch</i>	
Furcht, Angst, Schrecken	
Drohung, Gefahr, Angriff	
Unsicherheit	
Berufliche Überforderung	
Kontaktmangel	
Einsamkeit	
<i>Sozial</i>	
Armut/Luxus	
Überbevölkerung	
Strassenverkehr	
Grossstadtwohnung	
Sozialer Kontaktmangel	
Risikogruppen	
Jugendliche	
Betagte	

Tab. 3. Psychosoziale Stressoren und ihre Bedeutung für die Krankheitsanfälligkeit

100	Tod eines Lebenspartners
73	Ehescheidung
65	Trennung vom Ehepartner
63	Tod eines nahen Familienangehörigen
53	Verletzung/Krankheit
50	Heirat
47	Verlust des Arbeitsplatzes
45	Versöhnung mit dem Ehepartner
45	Ruhestand
40	Schwangerschaft
39	sexuelle Schwierigkeiten
39	Vergrösserung der Familie
38	Änderung der finanziellen Lage
37	Tod eines guten Freundes
36	Wechsel der beruflichen Aufgaben
35	Streit in der Ehe
31	Hypothek von mehr als CHF 30 000
30	Kündigung von Hypothek/Darlehen
29	Auszug von Sohn/Tochter
29	Ärger mit angeheirateten Verwandten
28	besonderer persönlicher Erfolg
25	Änderung der Lebensumstände
24	Änderung der persönlichen Gewohnheiten
20	Wohnungswechsel
19	Änderung im Freizeitverhalten
17	Hypothek unter CHF 30 000
16	Änderung der Schlafgewohnheiten
15	Änderung der Zahl der Familientreffen
13	Änderung der Essgewohnheiten
13	Urlaub, Weihnachten

und Therapie dieser schmerzhaften Funktionsstörungen.

Therapiespektrum

Die Aussichten für eine erfolgreiche Behandlung von CMD sind in der Regel gut, sofern eine Therapie frühzeitig und konsequent durchgeführt wird sowie die im Hintergrund stehenden allgemeinmedizinischen und psychosozialen Ursachen diagnostiziert bzw. behandelt werden. Eine zentrale Bedeutung der zahnärztlichen Behandlung kommt der in der Eigenverantwortung des Patienten stehenden *Selbsttherapie* zu. Ziel dieser Selbsttherapie ist es, vorerst durch intensive und begleitete *Selbstbeobachtung* ein Verständnis des Patienten für die Entstehung und die Ursachen seiner Erkrankung zu erhalten. Zudem soll die funktionelle Harmonie des Kauorgans durch orale Physiotherapie, z.B. Muskelmassage oder bewusstes Bewegungstraining des Unterkiefers, wieder hergestellt werden. Durch diese Massnahmen lernt der Patient, die funktionellen Regelkreise seines Organismus besser zu verstehen und Schmerzen als Warnsignale eines gestörten Gleichgewichts zu erkennen. Er wird somit nachhaltig in die Lage versetzt, zukünftig ähnliche physische und psychische Belastungssituationen frühzeitig zu erkennen und mithilfe der erlernten Programme einer erneuten Erkrankung entgegenzuwirken [12, 13]. Die je nach Art und Schweregrad der CMD meist in Kombination zur Anwendung gelangenden Therapiemassnahmen sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Medizinische Hypnose

Eine *das Ich stärkende* und somit aufgrund der aufgezeigten Ätiopathogenese bestens geeignete Behandlungsmethode von CMD stellt die medizinische Hypnose dar. Sie ist ein

Tab. 4. Therapiespektrum bei CMD

<i>Physikalische Therapie</i> Applikation von Wärme oder Kälte
<i>Physiotherapie</i> Muskelmassage Harmonisierung der Bewegungsmuster des Unterkiefers Stärkung geschwächter Muskelgruppen
<i>Medikamente</i> Gelegentlich zur Behandlung akuter Schmerzen
<i>Medizinische Hypnose</i> Schmerzmodulation Verhaltenstherapie Entspannung
<i>Therapie mit herausnehmbaren Aufbisschienen</i> Entlastung der Kaumuskulatur und der Kiefergelenke Schutz der Zähne vor übermäßigem Abkauen
<i>Psychologische Begleittherapie</i> Hat sich im Gespräch mit dem Zahnarzt herausgestellt, dass eine konfliktreiche Lebenssituation die Beschwerden im Wesentlichen verursacht, kann eine psychologische Begleittherapie empfehlenswert sein, die dem Patienten im Sinne eines Coachings bei der Bewältigung der psychischen Problemstellungen und bei der Neuausrichtung der Lebensinhalte hilft.
<i>Komplementäre Therapien</i> Akupunktur Neuraltherapie

altes, früher als magisch verstandenes, heute wissenschaftlich immer besser dokumentiertes psychosomatisches Therapieverfahren, das eine hohe Akzeptanz bei zahnärztlichen Patienten genießt [14–16]. 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 [17–19].

In diesem Sinne eignet sich die medizinische Hypnose zur kognitiven Schmerztherapie und zur Veränderung von Verhaltensmustern bei CMD [20–24]. 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 [25].
- 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 [25–31].

- Zudem können in Hypnose kreative Lösungsansätze zur besseren Bewältigung und Reduktion von Alltagsstressoren gefunden und die Selbsthypnose als effektive Entspannungstherapie genutzt werden [22, 32, 33].

Experimentelle Untersuchungen zur Therapie von CMD mit Hypnose

Die folgenden Studien dokumentieren beispielhaft die Wirksamkeit hypnotischer Interventionen bei der Therapie von CMD: Simon und Lewis (2000) [21] 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 der Therapie sowie anlässlich einer Kontrolle 6 Monate später beurteilt. Die Therapie mit Hypnose umfasste eine Aufklärung über medizinische Hypnose sowie 5 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 sowie der Schmerzdauer und eine Verbesserung der kranio-mandibulären Funktion. Es konnte auch gezeigt werden, dass die Linderung der Beschwerden sowie die Verbesserung der Funktion über 6 Monate anhielt.

Winocur et al. (2002) [22] verglichen die Hypnorelaxation mit Schientherapie 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 3 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. Allerdings 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 und Pfanne (2011) [33] 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) [31] untersuchten 40 Frauen, die randomisiert einer Gruppe mit Hypnointervention und einer Kontrollgruppe mit herkömmlicher Entspannungstherapie zugeordnet wurden. Beide Gruppen erhielten über mehrere Wochen 4 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 und in der anderen Gruppe Instruktionen zur selbstständigen Anwendung von Entspannungstechniken. Die Rückführbarkeit der Symptomveränderungen auf die Suggestibilität bzw. Hypnotisierbarkeit der Probandinnen in der Hypnosegruppe wurde mithilfe der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility [34] untersucht. Alle Probanden führten

während der gesamten Untersuchungsdauer ein Schmerztagebuch, mit Beginn 7 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 der 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 der 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 wiesen eine signifikante Reduktion der Zahl auf Palpation schmerzhafter Muskelstellen sowie der Häufigkeit schmerzbedingter Unterbrechungen des Schlafes auf. Angstsymptome nahmen in den 2 Gruppen in vergleichbarer Weise ab. 4 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) [32] 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 [35, 36].

In einer weiteren vergleichbaren Studie mit 44 Probanden konnten Abrahamsen et al. (2008) [30] 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 hingegen 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 beiden Gruppen. Die Berichte über die Lebensqualität waren dagegen vergleichbar.

Patientenbeispiel 1: Hypnoseintervention mit verhaltensändernder Metapher

Anamnese

Eine 43-jährige Patientin litt unter Bruxismus, der hauptsächlich auf eine schwere, berufsbedingte psychische Belastung zurückzuführen war. Eine Überlastung der Kaumuskulatur mit Kiefer-, Gesichts- und Kopfschmerzen waren die Folge. Eine Anleitung zur Selbstbeobachtung und Selbsttherapie mit Wärme und Muskelmassage führte nur zeitweise zu einer Linderung der Beschwerden, da die Mitarbeit der Patientin aus verschiedenen Gründen ungenügend war. Deshalb wurde eine Intervention in Hypnose mit dem Ziel beschlossen, die Achtsamkeit gegenüber den psychischen Stressoren und der Reaktion des eigenen Körpers auf diese zu stärken. Zudem erhoffte man sich auf diese Weise auch eine Reduk-

tion von Stärke und Häufigkeit der Migräneanfälle, denen die Patientin ebenfalls häufig ausgesetzt war. Als Metapher in der Trance sollten in Analogie zum Bruxismus die mahlenden Steine einer Mühle zur Anwendung gelangen.

Tranceprotokoll

Die Tranceinduktion erfolgte über die Atmung. Anschliessend wurde die Patientin in eine weite Landschaft geführt, in der ein Bach floss. Diesem Bach konnte sie folgen, wobei sie aufgefordert wurde, die Landschaft mit allen fünf Sinnen zu erfahren. Schliesslich wurde ihr eine Mühle suggeriert, deren Wasserrad durch den Bach angetrieben wurde. In der Mühle konnte die Patientin das Mahlen des Korns zwischen den Mühlsteinen beobachten, in Analogie zur Zerkleinerung der Nahrung durch die Zähne. Dabei wurde ihre innere Aufmerksamkeit auf einen Hebel gerichtet, mit dessen Hilfe die Mühlsteine immer dann getrennt wurden, wenn sich kein Korn mehr zwischen diesen befand. Der Patientin wurde nun angeboten, für sich selbst einen Hebel zu konstruieren, der dafür sorgen würde, immer dann ihre Zahnreihen voneinander zu trennen, wenn es keine Nahrung zu kauen galt. Schliesslich sollte sie diesen Hebel irgendwo in oder an sich verankern, so dass ihr dieser jederzeit zur Vermeidung des Bruxismus zur Verfügung stehen würde. Die Rückführung aus der Trance erfolgte nach Verlassen der Mühle erneut über die Atmung.

Verlauf

In den ersten 2 Tagen nach der Hypnosesitzung wurde die Patientin ständig vom Rauschen eines Baches und dem Rattern einer Mühle begleitet. Zudem sah sie in jedem länglichen Gegenstand ihren Hebel. Danach verschwanden die Geräusche und das Bild wieder. Die Patientin war zwar nicht mehr in der Lage, sich den Hebel zu visualisieren, jedoch trat der Bruxismus nicht mehr auf und die

Gesichtsschmerzen gingen zurück. Auch die Häufigkeit und Intensität der Migräneanfälle nahmen ab. Die Patientin beobachtete an sich während über einem Jahr keine parafunktionellen Aktivitäten mehr. Danach trat der Bruxismus wieder auf. Eine einmalige Wiederholung der Trance führte zur erneuten Beschwerdefreiheit.

Patientenbeispiel 2: 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 myofaszialen Schmerzsyndroms mit Stressoreinwirkung 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 2 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 zwischen sich selbst und den Problemstellungen auf der Erde Distanz schaffen zu können (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, mithilfe 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 mithilfe dieser Anleitung zur Selbsthypnose in die Lage, ihren Körper und dabei insbesondere auch die Kopf- und Halsmuskulatur selbst in stressbelasteten Situationen immer besser entspannen zu können. Die Spannungsgefühle und Muskelschmerzen am Kopf verschwanden innerhalb weniger Wochen vollständig. Zudem setzte die Patientin 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 wiedergewonnener Zuversicht und Freude anzunehmen.

Schlussfolgerungen

Diese zwei Patientenfälle illustrieren 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 allein stehende 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.

Literatur

- Türp JC, Schindler HJ: Chronische Myoarthropathien des Kausystems. *Der Schmerz* 2004; 2:109–117.
- Türp JC, Marinello CP: Schmerzfragebogen für Patienten mit chronischen orofazialen Schmerzen. *Quintessenz* 2002;53:1333–1340.
- Besimo CE: Orale und systemische Erkrankungen. Teil 1: Eine auf Evidenz basierende Übersicht ihrer Wechselwirkungen. *Schweiz Zschr Ganzheitsmedizin* 2008;20:406–411.
- Besimo CE: Orale und systemische Erkrankungen. Teil 2: Interdisziplinäres Assessment des alternden Menschen. *Schweiz Zschr Ganzheitsmedizin* 2009;21:54–58.
- Mercado FB, Marshall RI, Bartold PM: Interrelationships between rheumatoid arthritis and periodontal disease: a review. *J Clin Periodontol* 2003;30:761–772.
- Dworkin SF, LeResche L: Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord Facial Oral Pain* 1992;6:301–355.
- Graber G: Der Einfluss von Psyche und Stress bei dysfunktionsbedingten Erkrankungen des stomatognathen Systems; in Koeck B (Hrsg): Funktionsstörungen des Kauorgans. *Praxis der Zahnheilkunde*, ed 3. München, Urban und Schwarzenberg, 1995, pp 49–72.
- Holmes T, Rahe RH: Die «Social Readjustment Rating Scale»; in Hatsching H: Sozialer Stress und psychische Erkrankung. München, Urban und Schwarzenberg, 1980, pp 160–166.
- National Institutes of Health: National Institutes of Health Technology Assessment Conference Statement: Management of Temporomandibular Disorders. *J Am Dent Assoc* 1996;127:1595–1603.
- Huang GJ, LeResche L, Critchlow CW, Martin MD, Blanchet PJ, Montplaisir JY: Risk factors for diagnostic subgroups of painful temporomandibular disorders (TMD). *J Dent Res* 2002;81:284–288.
- Labhardt F: Stress nicht nur negativ. *Sandoz-Gazette* Nr. 197, 1982.
- Turk DC, Rudy TE, Kubinski JA, Zaki HS, Greco CM: Dysfunctional patients with temporomandibular disorders: evaluating the efficacy of a tailored treatment protocol. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:139–146.
- Turk DC, Zaki HS, Rudy TE: Effects of intraoral appliance and biofeedback/stress management alone and in combination in treating pain and depression in patients with temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent* 1993;70:158–164.
- Hermes D, Sieg P: Acceptance of medical hypnosis by oral and maxillofacial patients. *Int J Clin Exp Hypn* 2004;52:389–399.
- Rauch C, Hermes D: Akzeptanz klinischer Hypnose in der allgemein-zahnärztlichen Praxis – Ergebnisse einer Umfrage. *Dtsch Zahnärztl Z* 2008;63:697–702.
- Koenen DJ, Lang H: Hypnose in der Zahnheilkunde – Aberglaube oder wissenschaftlich anerkannte Methode? *Dtsch Zahnärztl Z* 2011; 66:330–331.
- Elkins G, Jensen MP, Patterson DR: Hypnotherapy for the management of chronic pain. *Int J Clin Exp Hypn* 2007;55:275–287.
- 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.
- 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.
- 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.
- Simon EP, Lewis DM: Medical hypnosis for temporomandibular disorders: treatment efficacy and medical utilization outcome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 2000;90:54–63.
- Winocur E, Gavish A, Emodi-Perlman A, Halachmi M, Eli I: Hypnorelaxation as treatment for myofascial pain disorder: a comparative study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 2002;93:429–434.
- Kessler B: Hypnose und alternative Techniken der Schmerzausschaltung. *Quintessenz* 2006;57: 993–997.
- Buescher JJ: Temporomandibular joint disorders. *Am Fam Physician* 2007;76:1477–1482.
- Astor MH: Hypnosis and behavior modification combined with psychoanalytic psychotherapy. *Int J Clin Exp Hypn* 1973;21:18–24.
- Dengrove E: The uses of hypnosis in behavior therapy. *Int J Clin Exp Hypn* 1973;21:13–17.
- Lazarus AA: Hypnosis as a facilitator in behavior therapy. *Int J Clin Exp Hypn* 1973;21:25–31.
- Kroger WS, Fezler WD: Hypnosis and Behavior Modification: Imagery Conditioning. Philadelphia, Lippincott, 1976.
- Dworkin SF: Behavioral and educational modalities. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 1997;83:128–133.
- 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.
- 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.
- 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.
- Freemeyer W, Pfanne F: Relaxation training at home vs. splint therapy. *J CranioMand Func* 2011;3:47–58.
- Shore RE, Orne EC: Norms on the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *Int Clin Exp Hypnosis* 1963;11:39–47.
- 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.
- 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.