

Moderne Hypnose bei Tinnitus & Co.

Grundlagen therapeutischer Hypnose in der HNO-ärztlichen Praxis

von Uwe H. Ross



Oft belächelt oder mystisch verklärt erfährt die Hypnose – seit 2006 vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anerkanntes Therapieverfahren [32] – eine beachtliche Renaissance in medizinisch-somatischen und psychosomatischen Anwendungsbereichen. Wirksamkeitsnachweise bei Erwachsenen liegen u.a. für Belastungsstörungen, dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen, Schlafstörungen, psychische und soziale Faktoren bei kurzzeitigen medizinischen Interventionen (Operationen, Geburten, Behandlung von Ver-

brennungen und Chemotherapie) und Raucherentwöhnung vor. So wächst auch unter HNO-Kollegen seit einigen Jahren das Interesse an dieser Methode. Die nachfolgende Übersicht erläutert das Wesen der Hypnose und deren Nutzungsmöglichkeiten im HNO-Bereich. Hier birgt die systematische Anwendung hypnotischer Kommunikationsmuster ein bislang ungenutztes, reichhaltiges Potenzial, über die Macht der Sprache gesundheitsfördernde Prozesse und Ressource-Bewusstsein beim Patienten anzuregen.

Das Wort „Hypnose“ löst bei vielen Menschen eine Mischung von Unheimlichkeit und Faszination aus, die aus anekdotischen Berichten und Darstellungen der Hypnose in den Medien oder gar der Show- oder Bühnen-Hypnose gespeist werden.

Menschen, die eine Hypnose-Erfahrung gemacht haben, beschreiben ihr Erleben wie „*Mein Arm wurde völlig schwerelos und hob sich ganz von selbst.*“ oder „*Auf einmal war der Schmerz verschwunden.*“ Diese Erfahrungen spiegeln ein Charakteristikum der Hypnose wider, nämlich die *Unwillkürlichkeit* der erlebten Prozesse und Phänomene. Vor dem Hintergrund der gängigen Alltagsauffassung einer vornehmlich willentlichen Steuerung alltäglicher Denk- und Verhaltensmuster werfen solche Erfahrungen natürlich Fragen auf, die den Stellenwert automatischer, unwillkürlicher und unbewusster Prozesse in Bezug auf den sogenannten „freien Willen“ betreffen. Jeder HNO-Arzt ist damit ganz praktisch konfrontiert, etwa, wenn sich ein Würgregreflex nicht willentlich unterdrücken lässt, die Angst eines

Patienten vor einer Untersuchung oder einem Eingriff trotz hinreichender Information und Aufklärung scheinbar unbegründet fortbesteht oder wenn ein informierter Tinnitus-Betroffener die Verhaltensanregung, die Aufmerksamkeit vom Tinnitus auf andere Dinge zu lenken, nicht befolgen kann und sagt: „... *es passiert ganz unwillkürlich, dass ich auf den Tinnitus hören muss.*“ Tatsächlich hält die Diskussion in den Neurowissenschaften um den freien Willen – angestoßen durch das viel zitierte Libet-Experiment [15] zur zeitlich verzögerten Abfolge von Bereitschaftspotenzial, der bewussten Handlungsentscheidung und deren motorischer Umsetzung – seit den 1990er Jahren weiter an [7]. Nach gegenwärtigen Vorstellungen der Hirnforschung haben die originären Antriebe für unser Verhalten tatsächlich zuallererst einen unwillkürlich-unbewussten, subkortikalen Ursprung im limbischen Bewertungs- und Gedächtnissystem (z.B. [27]). Der subjektiv wahrgenommene absichtsvolle Wille wird gewissermaßen kortikal „nachgeliefert“. Der Wille ist also längst nicht so frei wie wir glauben,

James Braid (1795–1860) setzte Hypnose zur Schmerzbehandlung in der Chirurgie und Zahnheilkunde ein und gilt daher als Begründer der medizinischen Hypnose.

was die sehr begrenzte, willentliche und direkte Steuerbarkeit unwillkürlicher Prozesse erklärt. Zur Veranschaulichung hier einige Alltagsbeispiele: „Ich will ja schon mehr Sport treiben/abnehmen/weniger Schokolade essen usw., aber es kommt immer etwas dazwischen/es klappt irgendwie nicht.“

In Situationen, in denen automatisch-unwillkürliche und zugleich unerwünschte Prozesse offensichtlich mächtiger sind als die absichtsvoll-willentlichen, bietet sich die Hypnose als hilfreiches Verfahren an, da sie insbesondere auf der Ebene der unwillkürlichen Prozesse der impliziten Informationsverarbeitung wirksam ist.

Was ist Hypnose? – Ein historischer Abriss

Hypnose ist eine der ältesten Methoden zur Induktion veränderter Bewusstseinszustände. Als älteste hypnotische Induktionstexte gelten der Papyrus Ebers ([13] zit. in [21b], S. 182) und der Papyrus Leiden [1] aus dem alten Ägypten um 1500 v. Chr., wo bereits Fixationsmethoden (mit Steinen und leuchtenden Gegenständen) sowie Beschwörungsformeln zur Trance-Induktion beschrieben sind.

Veränderte Bewusstseinszustände wurden auch von den keltischen Druiden, später im antiken Griechenland und Ägypten zu unterschiedlichen Zwecken herbeigeführt: zur Schlafinduktion (Tempelschlaf), Heilung und zu hellseherischen Zwecken. Noch im Rahmen einer magisch-mystischen Krankheitslehre wurden hypnotische Rituale zu Heilzwecken um 1775 durch Pater Johann Gassner (1727–1779) aus dem Allgäu bekannt. Als „Wunderdoctor vom Bodensee“ vertrat der Arzt und Jurist Franz Anton Mesmer (1734–1815) das Konzept des „thierischen Magnetismus“, das ein universelles, „magnetisches Fluidum“ als heilsame Kraft postulierte. Er verhalf der therapeutischen Anwendung der Hypnose zur breiten Beachtung durch die medizinische Community im damaligen Europa. Das Ende magisch-mystischer Anschauungen brachte jedoch erst der englische Chirurg und Augenarzt James Braid (1795–1860, Abbildung 1) mit seiner psychologischen Auffassung der „Neurypnologie“ (aus »nervöser Schlaf«, da die Augenlider der Probanden während der Sitzung zitterten).

Er prägte später den heutigen Begriff „Hypnose“ (von griech. *hypnos* = Schlaf) als „Verfahren zur Konzentration der Aufmerksamkeit und Erhöhung der Einbildungskraft“. Er setzte Hypnose zur Schmerzbehandlung in der Chirurgie und Zahnheilkunde ein und gilt daher als Begründer der medizinischen Hypnose [21b]. Auch Sigmund Freud (1856–1939) experimentierte mit der therapeutischen Nutzung von Hypnose, gab der Psychoanalyse aus verschiedenen Gründen jedoch den Vorrang. In Deutschland setzte sich die Hypnosetradition fort, über den Neuroanatom und Nervenarzt Oskar Vogt (1870–1959) in Hamburg mit der Formulierung einer neurophysiologischen Theorie der Hypnose sowie über Johann Heinrich Schultz (1884–1970) in Berlin mit der Entwicklung des Autogenen Trainings, ein aus der traditionellen Hypnose abgeleitetes selbsthypnotisches Entspannungsverfahren.



Abbildung 1:
James Braid
(1795–1860),
Chirurg und
Augenarzt in
England, prägte
den Begriff
„Hypnose“
(von griech.:
hypnos = Schlaf)

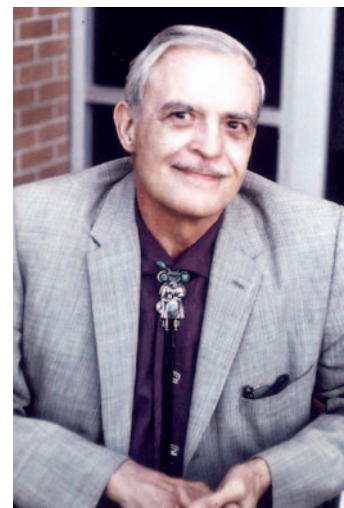


Abbildung 2:
Milton H. Erickson
(1901–1980),
Psychiater und
Psychotherapeut
(USA), Begründer
der modernen
Hypnose

Die aktuelle Hypnose-Definition

Das heutige Verständnis von Hypnose geht im Wesentlichen auf den amerikanischen Psychiater Milton H. Erickson (1901–1980, Abbildung 2) als Begründer der modernen Hypnose zurück. In der heutigen, modernen Begriffsfassung versteht man unter Hypnose ein Verfahren zur Induktion eines veränderten Bewusstseinszustands (Trance), der durch das Vorherrschen unwillkürlicher, automatischer Prozesse (Ideodynamik) gekennzeichnet ist, beispielsweise spontanes bildhaftes, inneres Erleben (siehe Trance-Phänomene, Tabelle 1), [4, 6, 20].

Im Sinne der modernen Hypnose wird Trance als natürlicher Zustand angesehen, der täglich mehrfach auftritt (sogenannte „Alltagstrance“), beispielsweise angeregt durch ein fesselndes Buch oder Film, den Blick in ein Aquarium oder Kaminfeuer oder auch durch eine Autobahnfahrt, wenn ein Teil der Aufmerksamkeit nach innen geht und eine innere „Zeitreise“ in die Zeit vor der Abfahrt oder nach der Ankunft auftritt (Zeitregression bzw. -progression). Die therapeutische Trance stellt somit lediglich eine Sonderform von Trance dar.

Tabelle 1: Typische Trance-Phänomene (Auswahl) in Anlehnung an [20]

- Sensorisch-perzeptive Aufmerksamkeitsfokussierung (VAKOG)
- Verändertes Körpererleben (Dissoziation/Assoziation)
- Verändertes Raumerleben/Körperschema
- Idiodynamik (automatisch-unwillkürliche Prozesse)
- Idiomotorik (Katalepsie, Levitation u.a.)
- Analgesie/Anästhesie
- Pseudo-Orientierung i.d. Zeit (Pro-/Regression)
- Zeitverzerrung (Extension/Kondensation)
- Amnesie/Hypermnésie
- Vegetative Umstellung (sympathikoton/parasympathikoton)
- Änderung von Immunparametern

Therapeutische Hypnose – Die gesundheitsfördernde Nutzung veränderter Bewusstseinszustände

Die seit 2006 in Deutschland wissenschaftlich anerkannte *Hypnotherapie* nutzt gezielt veränderte Bewusstseinszustände, um die Wahrnehmung, gedankliche und emotionale Muster sowie problematisches Verhalten zu ändern und biologische Veränderungen zu fördern. Die Trance-Induktion erfolgt in der Regel über den sprachlich begleiteten Prozess der systematischen Fokussierung von Aufmerksamkeit. Der Fokus der therapeutischen Arbeit richtet sich dabei auf die Aktivierung verdeckter (unbewusster) Ressourcen (kraftvolle Zustände, Fähigkeiten, Kompetenzen) und Lösungsbewusstsein. Ausdrücklich betont wird dabei die autonome Selbstorganisation des Patienten in einem wertschätzenden Arbeitsbündnis [20]. Neben der Hypnotherapie als nunmehr anerkanntem Psychotherapieverfahren und der bereits seit Jahrzehnten etablierten zahnärztlichen Hypnose [25] stellt die *medizinische Hypnose* eine weitere Anwendungsform der therapeutischen Hypnose dar. Die Indikationen sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Indikationsbereiche und Ziele der medizinischen Hypnose

Vorbereitung auf Eingriffe

- Entspannung
- Minderung autonomer Reflexe (Husten-, Würgereiz)
- Angstabbau
- Compliance- & Motivations-Aufbau zur Kooperation

Hyp-/Anästhesie

- Beeinflussung des Schmerzempfindens

Psychosomatische Symptomkontrolle

- Symptomreduktion (-beseitigung)
- Ressourcen-Aktivierung
- Coping-Fähigkeiten ↑
- Patienten-Autonomie ↑

Unter Hypnose versteht man ein Verfahren zur Induktion eines veränderten Bewusstseinszustands, der durch das Vorherrschen unwillkürlicher, automatischer Prozesse gekennzeichnet ist.

Je nach Herangehensweise lassen sich formal die traditionelle, direkte Hypnose und die moderne, indirekte Hypnose unterscheiden.

Formen der Hypnose und ihre differenzierte Anwendung

Veränderte Bewusstseinszustände lassen sich auf verschiedene Arten anregen, zum einen *physisch-physiologisch* (z.B. durch akustische, visuelle, chemische Reize, Druck, Temperatur, Atemmanöver, Fasten), zum anderen *psychologisch* (z.B. durch Sprache, Meditation, sensorische Deprivation, Tanzen) (Übersicht in [30]). In der Hypnose dienen üblicherweise Stimme und Sprache als Medien der Trance-Induktion. Bereits durch die Art der Stimme und des Sprechens (z.B. mittlere Stimmlage, monotone Prosodie, ruhiges Tempo) wird auf non-verbaler Ebene ein bestimmter Zustand induziert (meist Entspannung). Mit Hilfe bestimmter Sprachmuster lässt sich die Aufmerksamkeit des Hypnotisanden zudem verbal gezielt auf Körperempfindungen, Emotionen, innere Bilder und Metaphern lenken, um das gewünschte Erleben anzuregen. Zudem können Bewusstseinszustände über Körperhaltungen und -bewegungen verändert werden (sogenannte „ideomotorische Hypnose“ [24]).

Je nach Herangehensweise lassen sich formal zwei Arten von Hypnose unterscheiden [20]:

■ **Traditionelle, direkte Hypnose:** Historisch entwickelte Induktionstechniken mit Formulierung des gewünschten Erlebens oder Verhalten in klaren, direkten suggestiven Anweisungen und Vorgaben in Imperativform. Der Hypnotiseur nimmt hierbei eine deutlich dominierende, aktive Rolle ein, der Hypnotisand bleibt vergleichsweise passiv, untergeordnet (patriarchalisches Beziehungsmodell).

Beispiel: „Der hochgestreckte Arm wird jetzt immer kühler und pelziger, sodass jedes Gefühl verschwindet.“

■ **Moderne, indirekte Hypnose:** Auf den amerikanischen Psychiater Milton H. Erickson (1901–1980) zurückgehender Ansatz mit sprachlich stark individualisierten, indirekten, permissiven Induktionstechniken, die die Erlebensmuster des Hypnotisanden empathisch aufgreifen (Utilisa-

tion), um dann in Trance gewünschte Veränderungen anzuregen. Das gewünschte Erleben oder Verhalten wird hier nicht offen ausgesprochen, sondern durch die Wirkung des suggerierten Erlebens impliziert. Der Arbeitsstil ist kooperativ (partnerschaftliches Beziehungsmodell).

Beispiel: Die Aktivierung eines Ressource-Erlebens „Dieses Schwimmen im warmen Wasser während des Urlaubs mit dem Gefühl von Wohlbefinden und Leichtigkeit ...“ kann indirekt ein Verschwinden der Schmerzen bewirken.

Beide Ansätze haben ihre Vorzüge in unterschiedlichen Anwendungsbereichen: Die rasch wirksamen direkten Induktionstechniken sind in zeitlich sehr begrenzten, medizinischen Behandlungssituationen hoher Akuität nützlich, sofern der Patient ein nicht unerhebliches Maß an Fremdbestimmung akzeptiert, wie beispielsweise zur Analgesie/Anästhesie bei medizinischen und zahnmedizinischen Eingriffen, Kontrolle akuter Schmerzen, in Notfallsituationen [8].

Indirekte Vorgehensweisen sind hingegen in der Behandlung von Störungen mit ausgeprägten psycho-sozialen Faktoren hilfreich, die ein kooperatives Arbeitsbündnis und die aktive Mitarbeit des Patienten erfordern, um dessen Autonomie, Selbstwirksamkeit und Coping-Fähigkeiten zu stärken, wie beispielsweise chronischer Tinnitus, chronische Schmerzzustände, somatoforme Störungen, phobischer Schwindel, Angst vor medizinischem Prozeduren. Ein starkes Beziehungs- bzw. Machtgefälle zwischen Hypnotiseur und Hypnotisand wie in der traditionellen Hypnose würde hier eher störungsfixierend und chronifizierend wirken, da die Veränderungsmacht und -vermögen eher dem Hypnotiseur bzw. Arzt zugeschrieben wird als der eigenen autonomen Selbstkontrolle des Hypnotisanden bzw. Patienten.

In der Praxis erweist sich eine Kombination beider Formen als sehr wirksam, die – angepasst an die jeweilige Situation – allerdings eine hohe, flexible methodische Kompetenz in beiden Ansätzen voraussetzt [10].

Methodisches Vorgehen und Interventionen

Die Hypnose-Anwendung gliedert sich typischerweise in drei Phasen (Abbildung 3):

1. Die *Induktionsphase* dient der Trance-Einleitung. Hier steht eine Vielzahl von Methoden zur Verfügung: visuelle (Fixationstechniken, Trep-pen-Metapher), akustische (stereotype Geräusche, obertonreiche Klänge) und kinästhetische Techniken (Fokussierung auf spürbare Körper-sensationen wie Atmung, Schwere, Wärme), die verbal mit direkten oder indirekten Suggestionen zur Innenorientierung der Aufmerksamkeit, Ent-spannung und sukzessiver Trance-Vertiefung verbunden werden (Übersicht in [21b]).

2. Die *Interventionsphase* hat die Stimulation un-bewusster, innerer Suchprozesse nach Bedeu-tung (transderivationale Suche, TDS) sowie die Anregung kognitiver und affektiver Neu-Bewer-tungen und -Verknüpfungen zum Ziel. Aus der Vielzahl an Techniken sind nachfolgend die im Rahmen der medizinischen Hypnose gebräuch-lichsten genannt: Bei den *Dissoziationstechniken* werden in Trance verbal geführte Bilderlebnisse angeregt. Sie nutzen die natürliche menschliche Fähigkeit zur Dissoziation, das heißt zur Abspal-tung von Erlebnisinhalten (Wahrnehmungen, Ge-danken, Gefühle). So wird mit der Fokussierung auf die visuelle Repräsentationsebene des Sym-ptoms z.B. bei störendem Tinnitus, Schmerzen oder Ängsten eine innere Distanzierung von den

Die Hypnose-Anwendung gliedert sich typischerweise in die Induktionsphase, die Interventionsphase und die Reorientierung.

Vorgespräch

- Klärung von Anliegen & Auftrag
- Erläuterung der Methode (Fantasiereise, Hypnose)
- Relativierung negativer/unrealistischer Erwartungen
z.B. Willenlosigkeit, Manipulation/
passive Heilserwartungen

Aufbau von Rapport → Synchronisation

- Verbales & nonverbales „Pacing“
(Angleichen, Spiegeln, Mitgehen)
- Angleichen der Körperhaltung, Atmung & Sprechrhythmus an die des Patienten
 - Empathisches Aufgreifen, Wiederholen und Zitieren von Worten des Patienten

1. Induktion eines Trance-Zustands

- Direkte und indirekte Techniken

2. Therapeutische Intervention

- Suggestionen, Bilder, Metaphern, Dissoziation, Assoziation
- Stimulation innerer Suchprozesse, impliziter Verarbeitung, veränderter Erlebnisweise

3. Reorientierung

- Posthypnotische Suggestionen → Alltagstransfer
Rücknahme bestimmter Phänomene → Alltagszustand der Außenorientierung

Nachgespräch

- Ratifizierung/Verifikation der Trance-Erfahrungen

Abbildung 3: Idealtypischer Ablauf einer Hypnose-Sitzung (modifiziert in Anlehnung an [20])

Hypnotische Trance stellt ein neurobiologisch erfassbares Korrelat der Hirnfunktion in einem veränderten Bewusstseinszustand dar.

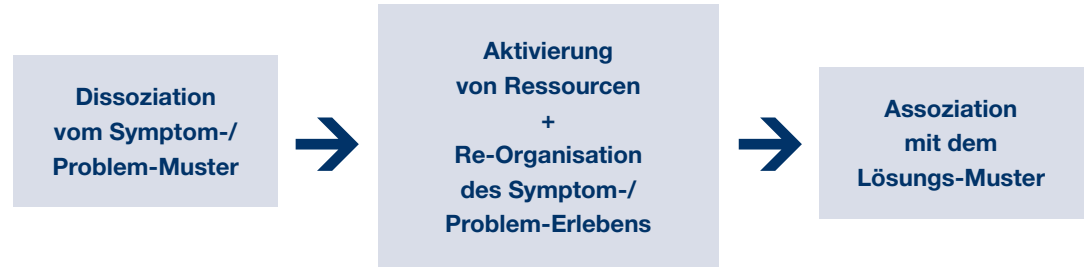


Abbildung 4: Grundstruktur der Veränderungsprozesse durch Hypnose (modifiziert nach [21a])

störenden oder belastenden Wahrnehmungsinhalten (hier auditiv bzw. kinästhetisch) erreicht und eine hilfreiche Entlastung für den Patienten möglich. Gezielte Dissoziationstechniken, bei denen der Patient in Trance bildhaft in eine andere, für ihn angenehme Situation geführt wird, eignen sich auch zur Distanzierung von belastenden Untersuchungs- oder Behandlungssituationen, z. B. bei der Blutentnahme, Laryngoskopie, Untersuchung von Kindern. Dissoziationstechniken gehören auch zum Standardrepertoire der hypnotischen Analgesie in der Zahnbehandlung [25, 26] und bei chirurgischen Eingriffen [5].

Mit der strukturierten *Anwendung therapeutischer Metaphern und Symbole* lassen sich Symptome umdeuten, kognitive Sichtweisen sowie affektive Einstellungen und Haltungen in Bezug auf Symptome positiv verändern. Mit *Techniken der Zeitregression und -progression* können Ressourcen aus der Vergangenheit oder Zukunft (durch Antizipation gewünschten zukünftigen Erlebens) aktiviert und im Umgang mit der jetzigen Situation oder dem Symptom verfügbar gemacht werden. Diese Ressourcen können sich auf Zustände (z. B. innere Ruhe, Gelassenheit, Freude, Motivation, Zuversicht), Fähigkeiten und Kompetenzen (z. B. Abgrenzung, Selbstsorge, Achtsamkeit), Coping-Verhalten oder günstige Kontextbedingungen beziehen. Die allgemeine Grundstruktur der Veränderungsprozesse während der Interventionsphase der Hypnose zeigt Abbildung 4. Im Anschluss an die Interventionsphase folgt:

3. Die *Reorientierung* mit der Rücknahme der Trance (beispielsweise mit Zählmethoden, Treppen-Metapher) mit Suggestionen von Wachheit und Frische zur Vorbereitung des Normalzustands und Reorientierung im Außen.

Neurobiologische Wirkungen und Effekte

Die wesentlichen Kriterien von Hypnose – Unwillkürlichkeit und subjektives Wirklichkeitserleben mit Veränderung von Wahrnehmung, Gedanken und Verhalten – gehen mit physiologischen Veränderungen bei Entspannung einher (Übersicht in [23]). Zahlreiche Untersuchungen belegen die psycho-biologische Wirksamkeit von Hypnose (Übersicht in [2]), u. a. bei Schmerz in Bezug auf subjektive Wahrnehmungsveränderungen sowie auf die Veränderung peripher- und zentralnervöser Parameter, die sich mittels bildgebender Verfahren auf neurobiologischer Ebene beschreiben lassen [17, 18, 31]. So wurde bei der Modulation des Schmerzerlebens in Hypnose mittels PET bzw. fMRI eine signifikante Aktivitätsabnahme u. a. im somatosensorischen Kortex, Thalamus, im Striatum, der Insula und im vorderen cingulären Kortex nachgewiesen [17, 18, 19, 31] – ein Bereich, der neben dem frontalen Kortex integrativ an der Generierung des emotionalen Erlebens von Schmerz, aber auch auditiver Signale [29] beteiligt ist. Die Befunde belegen die verbale, hypnotisch induzierte Mediation der Verarbeitung sensorischer Erfahrungen mit Veränderungen hirneurobiologischer Vorgänge über *zentralnervöse Top-down-Prozesse* [18, 31]. Mittels moderner bildgebender Verfahren konnte zudem nachgewiesen werden, dass eine hypnotische Trance-Induktion zu plastischen Veränderungen im Gehirn führt. Hypnotische Trance stellt somit ein neurobiologisch erfassbares Korrelat der Hirnfunktion in einem veränderten Bewusstseinszustand dar [19].

In Bezug auf die Modulation der Tinnitus-Wahrnehmung unter Bedingungen der Hypnose stehen Neuroimaging-Studien noch aus. Auf der

Basis der Beobachtungen im Rahmen der hypnotischen Schmerzmodulation sowie der bislang vorliegenden, klinischen Hinweise für den Einfluss crossmodaler Prozesse auf die Tinnitus-Wahrnehmung [3] kann die multisensorische, crossmodale Interaktion [28] als neurophysiologische Erklärungsgrundlage für die vielfach belegte therapeutische Wirksamkeit von Hypnose bei störendem Tinnitus mit Verbesserungen hinsichtlich Belästigungsgrad, Konzentrationsstörungen und Unruhezuständen gelten (Übersicht in [22]).

Hypnose in der Tinnitus-Therapie

Die Wahrnehmung von störendem Tinnitus mit seinen psycho-biologischen Auswirkungen ist im Wesentlichen das Ergebnis unbewusst-unwillkürlicher Prozesse auf den Ebenen des auditorischen Systems sowie des limbischen Systems mit seinen Verbindungen zum autonomen Nervensystem (Neurophysiologisches Tinnitus-Modell nach Jastreboff und Hazell [11]). Insbesondere das limbische System und das autonome Nervensystem sind hiernach für den individuellen Belästigungsgrad maßgebend. In dieser Situation bietet sich Hypnose als ein Verfahren an, das insbesondere auf der Ebene der unwillkürlichen Prozesse der impliziten Informationsverarbeitung wirksam ist (Abbildung 5).

Hypnotische Interventionen bei Tinnitus sind sinnvoll, zum einen in der Akutphase zur Vorbeugung einer Leidensentstehung und Chronifizierung durch gezielte Angst- und Spannungsreduktion sowie durch Induktion einer angemessenen positiven, entwicklungsorientierten Gesundheits-Perspektive. Zum anderen sind Hypnose-Interventionen im chronischen Stadium hilfreich, um die Coping-Fähigkeiten des Patienten über eine Aktivierung von Gesundheits-Ressourcen und unter Einbeziehung des Tinnitus als „gesundheitsförderliches Feedback-Signal“ in Hinblick auf einen ausgewogenen Lebensstil auszubauen. Eine der wirkungsvollsten hypnotischen Standard-Interventionen ist – nach dem Counseling – die Arbeit mit visuellen, therapeutischen Metaphern zur Anregung einer tinnitusbezogenen emotionalen Indifferenz, die die Habituation der Wahrnehmung wesentlich erleichtert [9]. Denn das limbische System spricht insbesondere auf Bilder an, wie wir dies aus der Werbung kennen. Auf diese Weise lassen sich tinnitusbezogene negative Emotionen und Haltungen rasch verändern. Darüber hinaus sind Symptom-orientierte Interventionen zur direkten Wahrnehmungsveränderung des Tinnitus und zur Besserung des Schlafverhaltens sehr hilfreich. Je nach Dauer der Tinnitus-Anamnese und des Belästigungsgrades sind weitere Interventionen der medizinischen Hypnose überaus nützlich zur Stress-Reduktion,

Eine hypnotische Standard-Intervention bei Tinnitus ist die Arbeit mit visuellen, therapeutischen Metaphern zur Anregung einer tinnitusbezogenen emotionalen Indifferenz.

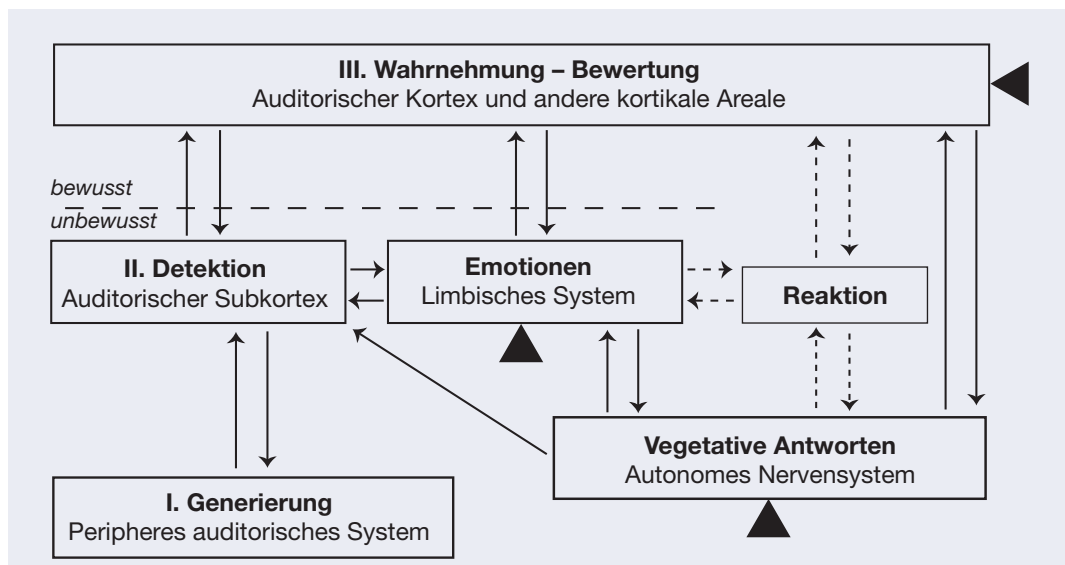


Abbildung 5: Neurophysiologisches Tinnitus-Modell (nach Jastreboff 1999)

► = Ansätze therapeutischer Hypnose-Interventionen

Showhypnotiseure setzen häufig auf eine absolute Passivität des Teilnehmers – die therapeutische Hypnose dagegen setzt auf persönliche Autonomie.

zum ressourcen-aktivierenden Zustandsmanagement sowie psychosomatisch ausgerichtete, komplexere Hypnose-Interventionen, wie die Arbeit mit (Persönlichkeits-)Teilen und mit lösungsorientierten Zeit- und Entwicklungslinien.

Weitere Einsatzmöglichkeiten der Hypnose im HNO-Bereich

Angepasst an die besonderen Bedingungen im HNO-Bereich sind die Interventionen im Rahmen der medizinischen Hypnose sehr hilfreich:

- bei der *Vorbereitung HNO-ärztlicher Eingriffe und Prozeduren*
 - Anheben der physiologischen Reflexschwelle (z.B. beim Würgereflex bei der Laryngoskopie)
 - Angst-Reduktion/Entspannung
 - Compliance- und Motivationsaufbau durch positive Erwartungsinduktion hinsichtlich des Zustands danach
- zur *Kontrolle akuter und chronischer Schmerzen* (Anästhesie/Analgesie)
- zur *Symptomkontrolle bei somatoformen und dissoziativen Störungen* (Globusgefühl, phobischem Schwankschwindel, Bruxismus, Kraniomandibuläre Dysfunktion (CMD), psychogene Dysphonie, psychogene Hörstörungen, Menière'sche Erkrankung, Hyperakusis u. A.)
- flankierend, zum *psycho-vegetativen Ausgleich bei stress-assoziierten Erkrankungen*, wie Hörsturz mit/ohne Tinnitus, Menière'sche Erkrankung.

Abgrenzungen zur Show- und Bühnen-Hypnose

Im Fernsehen, im Kino und auf Jahrmärkten ist die Show- bzw. Bühnenhypnose zu sehen und prägt so die allgemeine Vorstellung von Hypnose. Revenstorf und Peter [21b] sehen in der Bühnenhypnose einen unterhaltsam verpackten Suggestibilitätstest, dessen Ziel durch die Show verschleiert wird: Während vordergründig die Macht der Hypnose oder des Hypnotiseurs dargestellt wird, werden im Verlauf der Show all jene Versuchspersonen sortiert, die zu den Hochsuggestiblen gehören. Mit diesen Teilnehmern werden

Weiterbildung und Abrechnung

Die Anwendung von Hypnose im HNO-Bereich setzt eine entsprechende Weiterbildung in medizinischer Hypnose voraus, die über die Ärztekammern (z. B. www.aerztekammer-bw.de, www.aekhh.de), verschiedene deutsche Hypnose-Gesellschaften (www.hypnose.de) und auch vom Autor selbst angeboten wird. Als Einstieg sind die Kurse der Fortbildungsveranstaltungen des Deutschen Berufsverbands der HNO-Ärzte sehr beliebt (www.fg-hno-aerzte.de). Hypnose kann als unspezifische Leer- oder Ruhe-Hypnose über gesetzliche und private Krankenkassen abgerechnet werden. Durch die Teilnahme an Grundkursen (2 × 16 Stunden) sind die Voraussetzungen zur Abrechnung der EBM-Ziffer 35120 und der GOÄ-Ziffer 845 erbracht. Hypnose-Kurse werden auch für die ärztlich-psychotherapeutische Weiterbildung als Zweitverfahren anerkannt (2 × 16 Stunden Hypnose). Für eine darüber hinausgehende umfangreichere, vertiefte therapeutische Anwendung medizinischer und klinischer Hypnose existieren derzeit keine adäquaten Abrechnungsziffern, sodass sie im Rahmen der fachgebundenen Psychotherapie oder mittels Analogziffern im Rahmen von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) abrechenbar ist.

dann Experimente und Vorführungen durchgeführt. Auf der Bühne spielen außerdem Phänomene wie Erwartungsdruck des Publikums, Entlastungsbedürfnisse, soziale Erwünschtheit und Autoritätsglaube des Teilnehmers beim Gelingen der Vorführungen eine erhebliche Rolle. Der Zweck der Bühnenhypnose ist die Unterhaltung des Publikums. Showhypnotiseure setzen gern auf eine absolute Passivität des Teilnehmers und fördern diese, um spektakuläre Effekte zu erzielen. Die therapeutische Hypnose setzt dagegen auf persönliche Autonomie, d.h. die persönliche Entwicklung mit Schaffung von Denk- und Verhaltensalternativen, die Förderung von Wahlfreiheit und Eigenständigkeit. Bei der Showhypnose

geht es darum, die Möglichkeiten der Teilnehmer einzuschränken. Und genau hier ist das Risiko der Showhypnose zu sehen. Denn wenn Kontakt und Kommunikation des Hypnotiseurs zu einem gefährdeten Probanden abreißen, können sich hypnotische Phänomene (s.o.) zu klinischen Symptomen wandeln, die einer (hypno-)therapeutischen Bearbeitung bedürfen. Das Wissen um mögliche Interventionen zu therapeutischen Zwecken ist den Showhypnotisuren allerdings weitgehend fremd, was auch nicht ihre Absicht ist.

Grenzen und Gefahren

Oft werden unrealistische, meist passive Heilerwartungen mit der Hypnose verbunden und an den Arzt oder Therapeuten herangetragen, die es gilt im Rahmen der Auftragsklärung zu relativieren. Auch wenn die Wirkung oft frappierend schnell und eindrucksvoll eintritt, so ist insbesondere dem Unerfahrenen eine gewisse Zurückhaltung bei der Anwendung traditioneller direkter Hypnose-Techniken anzuraten. Zu empfehlen ist, sich zunächst mit dem kooperativen Stil der modernen, indirekten Hypnose vertraut zu machen, um sich dann auch direktive Techniken anzueignen und diese in Kombination im Alltag flexibel nutzen zu können.

Folgende psychische Störungen, die zum Teil mit unsicherem Realitätsbezug oder Realitätsflucht einhergehen, gelten als Kontraindikation für die Anwendung von Hypnose: Floride, psychotische Störungen, manische Zustände, Abhängigkeitserkrankungen, starke Regressionswünsche, antisoziale, histrionische und Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Besondere Vorsicht ist bei posttraumatischen Belastungsstörungen, insbesondere Missbrauchsoptionen, geboten, da es hierbei zu einer ungewollten Aktualisierung des Trauma-Erlebens kommen kann.

Fazit für die Praxis

Die Anwendung von Hypnose als medizinisches Verfahren, das sich der Sprache zur Veränderung einschränkender Bewusstseinszustände und Erlebensmuster bedient, birgt im Bereich der HNO-Heilkunde ein bislang ungenutztes, reichhaltiges Potenzial, um salutogenetische Prozesse anzuregen. Hypnose ist leicht erlernbar, kann sofort angewendet werden und führt zu angenehmen, meist sofort wahrnehmbaren Veränderungen im Erleben. Hypnotische Sprachmuster lassen sich ritualisiert oder auch ohne offizielle Trance-Induktion ganz beiläufig im Sinne einer Konversationstrance anwenden, da sich der Patient in der Behandlungssituation ohnehin in einem veränderten Bewusstseinszustand befindet und für Suggestionen besonders empfänglich ist. Im HNO-Bereich ist Hypnose hilfreich zur Angst-, Stress- und Spannungsreduktion vor medizinischen Eingriffen, zur Symptomreduktion und -kontrolle bei Tinnitus, Schmerz, somatoformen und dissoziativen Störungen, zum psycho-vegetativen Ausgleich bei stressassoziierten Störungen, wie Hörsturz und Menière'scher Erkrankung.

Das Wissen um das Wesen, die Wirkung und Nutzungsmöglichkeiten von Hypnose hilft dem HNO-Arzt, sich der Macht seiner Sprache im Alltag bewusst zu werden und diese gezielt in gesundheitsfördernder Weise einzusetzen, die beiden guttut – Arzt und Patient.

Literatur

1. Bongartz W, Bongartz B. Hypnosetherapie. Hogrefe, Göttingen 2000: 150
2. Bongartz W, Flammer E, Schwonke R. Die Effektivität der Hypnose. Eine meta-analytische Studie. Psychotherapeut 2002; 47: 67–76
3. Cacace AT. Expanding the biological basis of tinnitus: crossmodal origins and the role of neuroplasticity. Hear Res 2003; 175: 112–132
4. Erickson M, Rossi E. Hypnotherapie. Pfeiffer, München 1981

Kontraindikation für die Anwendung von Hypnose sind: Floride, psychotische Störungen, manische Zustände, Abhängigkeitserkrankungen, starke Regressionswünsche, antisoziale, histrionische und Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

5. Faymonville ME. Hypnose in der Anästhesie. *Hypnose-ZHH* 2010; 5: 111–120
6. Gilligan S. Therapeutische Trance. Das Prinzip der Kooperation in der Ericksonischen Hypnotherapie. Auer, Heidelberg 1991
7. Haggard P. Human volition: towards a neuroscience of will. *Nat Rev Neurosci* 2008; 9: 934–946
8. Hansen E, Bejenke C. Negative und positive Suggestionen in der Anästhesie. Verbesserte Kommunikation mit ängstlichen Patienten bei Operationen. *Anaesthesist* 2010; 59: 199–209
9. Hesse G. Tinnitus. Thieme, Stuttgart, New York 2008
10. Hole G. Die therapeutische Hypnose. Formen, Möglichkeiten und Grenzen. *Dt Ärztebl* 1997; 94: A-3351–3356
11. Jastreboff PJ, Hazell JWP. A neurophysiological approach to tinnitus: clinical applications. *Br J Audiol* 1993; 27: 7–17
12. Jastreboff PJ. The neurophysiological model of tinnitus and hyperacusis. In: Hazell J (ed.), *Proceedings 6th Intern Tinnitus Seminar Cambridge UK, Norfolk, Hawthorn 1999*: 32–38
13. Jovanovic UJ. Methodik und Theorie der Hypnose. Gustav Fischer, Stuttgart 1988
14. Kossak HK. Lehrbuch Hypnose. Beltz, Weinheim 2004
15. Libet B et al. Time of conscious intention to act in relation to onset of cerebral activity (readiness-potential). The unconscious initiation of a freely voluntary act. *Brain* 1983; 106: 623–642
16. Montgomery GH, David D, Winkel G et al. The Effectiveness of Adjunctive Hypnosis with Surgical Patients: A Meta-Analysis. *Anesth Analg* 2002; 94: 1639–1645
17. Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science* 1997; 277: 968–971
18. Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J Cogn Neurosci* 1999; 11: 110–125
19. Rainville P, Hofbauer RK, Bushnell MC et al. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *J Cogn Neurosci* 2002; 14: 887–901
20. Revenstorf D. Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie. 2003
- 21a. Revenstorf D, Peter B. Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis. Springer, Berlin 2001 (1. Aufl.)
- 21b. Revenstorf D, Peter B. Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis. Springer, Berlin 2009 (2. Aufl.)
22. Ross UH, Lange O, Unterrainer J, Laszig R. Ericksonian hypnosis in tinnitus therapy: effects of a 28-day inpatient multimodal treatment concept measured by Tinnitus-Questionnaire and Health Survey SF-36. *Eur Arch Oto-rhino-laryngology*, 2007; 264: 483–488
23. Ross UH. Entspannung: Neuropsychobiologische Aspekte einer vernachlässigten Selbstverständlichkeit. *Schweiz Z Ganzheitsmed* 2010; 100–113
24. Rossi E, Cheek D. Mind-body therapy. Ideodynamic healing in hypnosis. Norton, New York 1988
25. Schmierer A, Schütz G. Zahnärztliche Hypnose. Quintessenz, Berlin 2007
26. Schmierer A. Hypnose in der Zahnheilkunde. *Hypnose-ZHH* 2010; 5: 69–93
27. Soon CS, Brass M, Heinze HJ, Haynes JD. Unconscious determinants of free decisions in the human brain. *Nat Rev Neurosci* 2008; 11: 543–545
28. Stein BE, Wallace MT. Comparisons of cross-modality integration in midbrain and cortex. In: Norita M, Bando T, Stein B (eds.) *Progress in Brain Research* 1996; 122: 289–299
29. Szechtman H, Woody E, Bowers KS, Nahmias C. Where the imaginal appears real: A positron emission tomography study of auditory hallucinations. *PNAS* 1998; 95:1956–1960
30. Vaitl D, Birbaumer N, Gruzelier J et al. Psychobiology of altered states of consciousness. *Psychol Bull* 2005; 131: 98–127
31. Vanhaudenhuyse A, Boly A, Balteau E et al. Pain and non-pain processing during hypnosis: A thulium-YAG event-related fMRI study. *NeuroImage* 2009; 47: 1047–1054
32. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Hypnotherapie. *Dtsch. Ärzteblatt* 2006; (103) 21: A1481–1483
33. Wobst AKH. Hypnosis and Surgery: Past, Present, and Future. *Anesth Analg* 2007; 104: 1199–1208

Korrespondenzadresse:
 Priv.-Doz. Dr. med.
 Uwe H. Ross
 Arzt für HNO-Heilkunde,
 Psychotherapie
 Hypno-systemische
 Beratung und Therapie
 Einzel- & Team-Coaching
 Luisenstraße 6,
 79098 Freiburg i. Br.
 Dr-Ross@web.de
 www.per-sono.de

Unabhängigkeitserklärung
 des Autors: Der korrespondierende Autor versichert, dass keinerlei Interessenkonflikt in Bezug auf die Inhalte dieses Beitrags besteht.

Fragen zum Artikel „Moderne Hypnose bei Tinnitus & Co. Grundlagen therapeutischer Hypnose in der HNO-ärztlichen Praxis“

Pro Frage ist jeweils nur eine Antwort möglich. – An der zertifizierten Fortbildung der HNO *kompakt* können ausschließlich Abonnenten teilnehmen. Im Zweifelsfall ist dies anhand der Kundennummer auf dem Adressaufkleber zu erkennen, die sich zwischen zwei * über der Adresse befindet. Die Kennzeichnung für Abonnenten ist ein vorangestelltes A. Weitere Einzelheiten können auf der Fortbildungsseite im Internet cme.kaden-verlag.de unter der Rubrik „Registrieren“ eingesehen werden.



1 Welche Aussagen sind richtig?

- I. Hypnose ist reine Magie.
- II. Hypnose geht mit nachweisbaren physiologischen und neurobiologischen Veränderungen einher.
- III. Charakteristikum von Hypnose ist die Unwillkürlichkeit von Erlebnisprozessen.
- IV. Hypnose beherrschen nur wenige Naturtalente.
- V. Hypnose fokussiert auf verborgene Defizite des Patienten und deren Ursachen.
 - a) I und II sind richtig.
 - b) II und III sind richtig.
 - c) III und IV sind richtig.
 - d) IV und V sind richtig.
 - e) I und V sind richtig.

2 Welche Aussage ist falsch?

- I. Hypnose ist eines der ältesten Verfahren zur Induktion veränderter Bewusstseinszustände (Trance).
- II. Der Begriff „Hypnose“ wurde von griech. *hypnos* = Schlaf abgeleitet.
- III. Der Begriff „Trance“ kennzeichnet einen veränderten Bewusstseinszustand, bei dem unwillkürliche und automatische Prozesse vorherrschen.
- IV. Trance ist ein widernatürlicher Zustand.
- V. In der therapeutischen Hypnose dienen Stimme und Sprache üblicherweise als Medien der Trance-Induktion.
 - a) I ist falsch.
 - b) II ist falsch.
 - c) III ist falsch.
 - d) IV ist falsch.
 - e) V ist falsch.

3 Veränderte Bewusstseinszustände lassen sich anregen durch:

- I. akustische Reize (z.B. stereotype Geräusche)
- II. visuelle Reize (z.B. Blick ins Aquarium, Kaminfeuer)
- III. Atemmanöver (z.B. Hyperventilation)
- IV. Tanzen
- V. Sprache
 - a) Nur I ist richtig.
 - b) Nur I und II sind richtig.
 - c) Nur I, II und III sind richtig.
 - d) Nur I, II, III und IV sind richtig.
 - e) Alle Aussagen sind richtig.

4 Kennzeichen der therapeutischen Hypnose sind:

- I. Ziel ist in die gesundheitsförderliche Änderung von Wahrnehmung, problematischen gedanklichen und emotionalen Mustern, Verhalten sowie von biologischen Prozessen.
- II. Die Trance-Induktion erfolgt über eine systematische Fokussierung der Aufmerksamkeit des Patienten.
- III. Der Fokus der therapeutischen Arbeit ist auf verdeckte Ressourcen (kraftvolle Zustände, Fähigkeiten und Kompetenzen) und Lösungsbewusstsein gerichtet.
- IV. Betont wird die Autonomie und Selbstorganisation des Patienten in einem wertschätzenden Arbeitsbündnis.
- V. Die gewünschte Veränderung im Erleben kommt von außen.
 - a) Nur I ist richtig.
 - b) Nur I und II sind richtig.
 - c) Nur I, II und III sind richtig.
 - d) Nur I, II, III und IV sind richtig.
 - e) Alle Aussagen sind richtig.

5 Formal lassen sich zwei Arten von Hypnose-Techniken unterschreiten:

- I. Bühnenhypnose
- II. Theaterhypnose
- III. Traditionelle, direkte Hypnose
- IV. Moderne, indirekte Hypnose
- V. Show-Hypnose
 - a) I und II sind richtig.
 - b) II und III sind richtig.
 - c) III und IV sind richtig.
 - d) IV und V sind richtig.
 - e) I und V sind richtig.

6 Typische Trance-Phänomene sind:

- I. Vergesslichkeit
- II. Sensorisch-perzeptive Aufmerksamkeitsfokussierung
- III. Ideodynamik (automatisch-unwillkürliche Prozesse)
- IV. Bewusstseinsverlust
- V. Verändertes Körpererleben
 - a) I, II und III sind richtig.
 - b) II, III und IV sind richtig.
 - c) III, IV und V sind richtig.
 - d) I, II und IV sind richtig.
 - e) II, III und V ist richtig.

7 Direkte Hypnose-Techniken eignen sich besonders in drei der folgenden Situationen:

- I. Notfallsituationen
- II. bei medizinischen/zahnmedizinischen Eingriffen
- III. bei Depressionen
- IV. zur Kontrolle akuter Schmerzen
- V. bei chronischem Tinnitus
 - a) I, II und III sind richtig.
 - b) II, III und IV sind richtig.
 - c) III, IV und V sind richtig.
 - d) I, II und IV sind richtig.
 - e) II, III und V ist richtig.

8 Indirekte Hypnose-Techniken sind besonders geeignet in vier der folgenden Situationen:

- I. wenn Autonomie und die aktive Mitarbeit des Patienten gestärkt werden sollen.
- II. bei somatoformen Störungen
- III. bei Angst vor medizinischen Prozeduren (z.B. Kernspintomografie)
- IV. bei gehörlosen Patienten
- V. bei phobischem Schwankschwindel
 - a) I, II, III und IV sind richtig.
 - b) I, II, III und V sind richtig.
 - c) I, II, IV und V sind richtig.
 - d) I, III, IV und V sind richtig.
 - e) II, III, IV und V sind richtig.

9 Einsatzmöglichkeiten und Ziele der medizinischen Hypnose im HNO-Bereich sind:

- I. Stress-assoziierte Erkrankungen (Hörsturz mit/ohne Tinnitus, Menière'sche Erkrankung) → flankierend zum psycho-vegetativen Ausgleich
- II. Somatoforme und dissoziative Störungen (chronischer Tinnitus, Hyperakusis, Bruxismus, kraniomandibuläre Dysfunktion (CMD), phobischer Schwankschwindel, Menière'sche Erkrankung) → Symptomkontrolle, Ressourcen-Aktivierung, Förderung der Coping- Fähigkeiten und Patienten-Autonomie bei
- III. Akute und chronische Schmerzen: → Symptomkontrolle (An- / Hypästhesie)
- IV. Vorbereitung HNO-ärztlicher Eingriffe und Prozeduren:
 - Angst-Reduktion / Entspannung
 - Minderung autonomer Reflexe (z.B. bei der Laryngoskopie)
 - Compliance- und Motivationsaufbau durch positive Erwartungsinduktion
- V. Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom
 - a) Nur I ist richtig.
 - b) Nur I und II sind richtig.
 - c) Nur I, II und III sind richtig.
 - d) Nur I, II, III und IV sind richtig.
 - e) Alle Aussagen sind richtig.

10 Welche Aussage ist falsch?

- I. Hypnose ist leicht erlernbar und führt zu angenehmen, meist sofort wahrnehmbaren Veränderungen im Erleben.
- II. Hypnotische Sprachmuster lassen sich ritualisiert oder auch ohne offizielle Trance-Induktion, ganz beiläufig im Sinne einer Konversationstrance anwenden.
- III. In der Behandlungssituation sind Patienten besonders empfänglich für Suggestionen.
- IV. Für Patienten mit unsicherem Realitätsbezug ist Hypnose nicht zu empfehlen.
- V. Bühnen-Hypnose ist ein anerkanntes Heilverfahren bei manischen Zuständen.
 - a) I ist falsch.
 - b) II ist falsch.
 - c) III ist falsch.
 - d) IV ist falsch.
 - e) V ist falsch.

Die Antworten auf die oben aufgeführten Fragen können ausschließlich von Abonnenten der HNO *kompakt* und nur online über unsere Internetseite <http://cme.kaden-verlag.de> abgegeben werden. Der Einsendeschluss ist der 30.6.2011. Beachten Sie bitte, dass per Fax, Brief oder E-Mail eingesandte Antworten nicht berücksichtigt werden können.