

Klinische Hypnose in der onkologischen und plastisch-rekonstruktiven Gesichtschirurgie

Dirk Hermes

Hypnose in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Die Anwendung von Hypnose während mkg-chirurgischer Operationen stellt eine nicht-pharmakologische Option dar, deren klinisch positive Effekte bereits durch eine Reihe eigener Studien belegt werden konnten.

So erleichtert eine hohe theoretische und praktische Akzeptanz des Verfahrens bei zahnärztlichen (Rauch & Hermes, 2008) und mkg-chirurgischen Patienten (Hermes & Sieg, 2004) eine Behandlung unter kombinierter Lokalanästhesie (LA) und Hypnose. Unter klinischen Bedingungen korreliert die individuelle Suggestibilität mkg-chirurgischer Patienten signifikant mit chirurgischem Stress, wodurch die Wahrscheinlichkeit einer stabilen intraoperativen Trance prospektiv erhöht wird und das Verfahren auch bzw. gerade für Patienten mit intensiver Behandlungsangst geeignet erscheint (Hermes & Mielke, 2009).

Operationen im Bereich der Mundhöhle bzw. des Gesichts unter kombinierter LA/Hypnose führen bei standardisierter postoperativer Evaluation in über 95 % aller Behandlungen zu einer erheblichen Verbesserung der Therapiebedingungen für Patienten und Behandler (Hermes et al., 2005). Unter den Bedingungen einer kontrollierten klinischen Studie senkt intraoperative Hypnose die Behandlungsangst während oralchirurgischer Eingriffe (z.B. Zahn-/Kieferzystenentfernungen, Wurzelspitzenresektionen) signifikant (Hermes et al., 2004). Die postoperative Zufriedenheit von mkg-chirurgischen Patienten ist nach Eingriffen unter begleitender Hypnose signifikant erhöht gegenüber einer konventionell (LA) behandelten Vergleichsgruppe. Bei isolierter Weichteilchirurgie (z.B. onkologische und plastisch-rekonstruktive Gesichtschirurgie) ist der Unterschied hoch signifikant (Hermes et al., 2005).

Hypnose - ZHH 2010, 5(1+2), 95-109

Dirk Hermes, Universität Lübeck

Klinische Hypnose in der onkologischen und plastisch-rekonstruktiven Gesichtschirurgie

These: *Onkologische und plastisch-rekonstruktive Eingriffe im Gesichtsbereich sind überwiegend mehrschrittige, technisch in Lokalanästhesie durchführbare Operationen, die mit erheblichem OP-Stress für die Patienten verbunden sind. Die zu Behandelnden sind zumeist älter und können erhebliche somatische Vorerkrankungen aufweisen. Klinische Hypnose kann gerade bei solchen Patienten intraoperativ zu einer nicht-pharmakologischen und nebenwirkungsfreien Angstminderung, Distanzierung und Entspannung genutzt werden.* **Darlegung der These:** *Der Autor wendet seit 2002 regelmäßig Hypnose an. Alle Aspekte der intraoperativen Hypnotherapie (z.B. Information, Seeding, Induktion, Utilisation, Aufrechterhaltung der Trance, Dehypnose) lassen sich ohne technischen/organisatorischen Aufwand in den chirurgischen Behandlungsablauf integrieren. Die Behandlungsbedingungen werden sowohl für Patienten als auch Behandlungsteam erheblich verbessert. Positive Verfahrenseffekte lassen sich mittels valider chirurgischer Studien überprüfen.* **Standpunkt des Autors:** *Hypnose hat sich bei gesichtschirurgischen Operationen in Lokalanästhesie als eine mit hoher Patientenakzeptanz versehene und sehr effiziente therapeutische Option erwiesen.* **Folgerungen:** *Hypnose ersetzt etablierte pharmakologische Verfahren nicht, sondern ergänzt diese um eine wertvolle Alternative. Nicht nur die Patientenzufriedenheit, sondern insbesondere weitere Studienergebnisse könnten helfen, die Verfahrensakzeptanz auf Seiten von Chirurgen zu erhöhen.*

Schlüsselwörter: *Hypnose, Lokalanästhesie, Gesichtschirurgie, Plastische Chirurgie, Anxiolyse*

Clinical hypnosis in oncological, plastic and reconstructive facial surgery

Major theme: *Oncological, plastic and reconstructive procedures in the facial area are predominantly multi-step procedures, can mostly be performed under local anesthesia and cause considerable intraoperative stress for patients. Patients are mostly elder and can present with severe somatic diseases. Especially in those patients, clinical hypnosis can be used as a non-pharmacological procedure for intraoperative anxiolysis, dissociation and relaxation free of side-effects.* **Logical development of the theme:** *Since 2002, the author uses intraoperative hypnosis on a regular basis. All aspects of hypnotherapy (e.g. information, seeding, induction, utilisation, maintenance of trance, dehypnosis) can be integrated in the surgical treatment path without significant technical/organisational effort. Treatment circumstances are considerably improved for both patients and surgical team. Positive effects of the procedure can be proved by valid surgical studies.* **Authors point of view:** *Hypnosis has proven to be a very efficient therapeutic option with high acceptance of patients in facial surgery under local anesthesia.* **Conclusions:** *Hypnosis does not replace pharmacological procedures but adds a valuable alternative. Not only satisfied patients but results of further clinical studies could help to increase acceptance of the procedure in surgeons.*

Keywords: *Hypnosis, local anesthesia, facial surgery, plastic surgery, anxiolysis*

Onkologische und plastisch-rekonstruktive Gesichtschirurgie

Die onkologische Gesichtschirurgie befasst sich mit der operativen Behandlung bösartiger Neubildungen im Gesichtsbereich. Plastisch-rekonstruktive Operationen im

Dirk Hermes

Kopf-Halsbereich dienen der Wiederherstellung der Körperoberfläche nach vorangegangenen Tumoroperationen oder Unfällen bzw. der Schaffung normaler Form und Funktion bei angeborenen Fehlbildungen (z.B. Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte).

Besonders spektakuläre, vielstündige Eingriffe sind entsprechenden Zentren vorbehalten und vergleichsweise selten. Die überwiegende Mehrzahl onkologischer (z.B. Hautkrebs) und plastisch-rekonstruktiver Operationen (z.B. Defektdeckung oder Narbenkorrektur nach Tumorsektion) erfolgt in Praxen bzw. unter klinisch-ambulanten Bedingungen.

Im Rahmen solcher Behandlungen stehen Patient und Behandlungsteam einer ganzen Reihe von Problemen gegenüber, die in dieser Konstellation auf nur wenige andere chirurgische Bereiche zutreffen.

Aus allgemeinmedizinischer Sicht handelt es sich bei den zu behandelnden Patienten häufig um ältere Menschen, die erhebliche und behandlungsrelevante Vorerkrankungen nebst entsprechender Medikation aufweisen können.

In chirurgischer Hinsicht sind zumeist mehrere bis multiple onkologische Primäreingriffe (Tumorsektion, Nachresektion bei nicht tumorfreien Resektionsrändern) und plastisch-rekonstruktive Folgeoperationen (z.B. Defektdeckung durch Lappenplastik, Lappenausdünnung, Narbenkorrektur) notwendig.

Da im Bereich des Gesichts- und Hirnschädels eine suffiziente Lokalanästhesie problemlos zu erzielen ist und eine eher unkritische Indikation zur Behandlung in Narkose aus vorgenannten Gründen sehr kritisch betrachtet werden muss, finden solche Operationen in der Regel am wachen, örtlich betäubten Patienten statt.

Psychologisch gesehen handelt es sich um einen sensiblen und hoch emotional besetzten Bereich des Körpers, dessen chirurgische Behandlung hohe Anforderungen an die Mitarbeitsfähigkeit des Patienten stellt.

Rein zahlenmäßig ist vorbeschriebene Problemkonstellation beileibe nicht selten: onkologische und plastisch-rekonstruktive Eingriffe im Kopf-, Halsbereich gehören zum täglichen Alltag entsprechender chirurgischer Einrichtungen.

Als Konsequenz aus allen vorgenannten Aspekten resultiert häufig auf Seiten der zu Behandelnden unerwünschter psychischer und somatischer OP-Stress sowie ein trotz aller technischer Fortschritte schlechter Therapiekomfort. Häufig nicht adäquat gewürdigt, aber genau so wichtig erscheinen verbesserungsfähige Behandlungsbedingungen und empathischer Stress für das Behandlungsteam.

Hypnose versus (Analgo-) Sedierung/Narkose

Chirurgischem Stress von unter Lokal-/Regionalanästhesie behandelten Patienten wird von den Behandlern, falls überhaupt zielgerichtete Maßnahmen zu dessen Reduktion ergriffen werden, vorwiegend pharmakologisch (Sedierung, Analgosedierung, Narkose) begegnet.

Im direkten Vergleich mit diesen Techniken weisen intraoperative Hypnose bzw. Trance spezifische Vor- und Nachteile auf. Pharmakologische Verfahren beeinflussen

Hypnose in der Gesichtschirurgie

in aller Regel gut steuerbar Bewusstsein und Schmerzempfindung, sind auch bei nur eingeschränkt oder gar nicht kooperationsfähigen Patienten möglich, weisen aber substanz- bzw. technikspezifische Nebenwirkungen (z.B. Blutdruckabfall, Atemdepression) auf. Ihre Anwendung ist bei schweren allgemeinmedizinischen Erkrankungen des Patienten trotz modernster Pharmaka und Medizintechnik mit nicht zu vernachlässigenden Risiken verbunden.

Hypnose ist im Gegensatz zu pharmakologischen Maßnahmen nur bei kooperativen und dem Verfahren gegenüber aufgeschlossenen Patienten möglich, die Grundvoraussetzungen für Trancefähigkeit erfüllen müssen und keine physischen bzw. psychischen Kontraindikationen aufweisen dürfen. Hypnose ist andererseits medizinisch/ juristisch ein nicht-pharmakologisches Verfahren, dem bei korrekter Anwendung keine Risiken oder Nebenwirkungen zueigen sind, und das auch bei somatisch multimorbiden Patienten sofort möglich ist. Zur intraoperativen Anwendung von Hypnose ist keine zusätzliche Medizintechnik sowie entsprechend qualifiziertes, zusätzliches Personal notwendig. Hypnose ist also auch unter rein organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten interessant.

Aus psychologischer Sicht sind eine aktive Beteiligung der Patienten an ihrer Behandlung sowie postoperativ fehlende amnestische Wirkungen hoch wünschenswert und tragen zu einer dauerhaften Reduktion chirurgischer Behandlungsangst und hoher Therapiezufriedenheit bei.

Hypnose in der onkologischen und plastisch-rekonstruktiven Gesichtschirurgie

Zu intraoperativen Hypnoseanwendungen bei onkologischen und plastisch-rekonstruktiven Eingriffen werden seit über 50 Jahren (Kelsey & Barron, 1958) in renommierten medizinischen Journals (z.B. „Journal of Plastic and Reconstructive Surgery“, „Pain“) Fallbeschreibungen und Studien publiziert. Unter anderem Wollman (1964), Scott (1975), Silver und Codesmith (1980), Scott und Holbrook (1981), Zysman und Zysman (1983) sowie Tucker und Virnelli (1985) gaben einen Überblick über die intraoperativen Möglichkeiten des Verfahrens unter klinischen Gesichtspunkten. Seit 1994 publizieren insbesondere die belgische Anästhesistin und Schmerztherapeutin Marie Faymonville und ihre Mitarbeiter Ergebnisse großer Studien zum Einsatz von Hypnose während plastisch-chirurgischer Operationen. Die Arbeitsgruppe wendet Hypnose auch in wechselnden Kombinationen mit pharmakologischen Sedativa, Hypnotika und Analgetika an (Faymonville et al., 1994, 1995, 1997, 1999; Vanhauudenhuyse, 2008).

Aus eigener Erfahrung besteht ein gerade für Hypnose wichtiger Unterschied zwischen onkologischen bzw. plastisch-rekonstruktiven Gesichtsoptionen und zahnärztlichen/mkg-chirurgischen Behandlungen: es handelt sich um isolierte Weichteilchirurgie, bei der der unterliegende Knochen nicht tangiert oder gar bearbeitet wird.

Körperliche oder akustische Belastungen, wie sie z.B. bei Hebelbewegungen (Zahnentfernung) oder Bohr-/Fräsgeräuschen (Zahn beschleifen, Wurzelspitzenkappung) entstehen, treten also praktisch nicht auf.

Ablauf einer onkologischen oder plastisch-rekonstruktiven Behandlung in Hypnose

Auch bei einer pragmatisch orientierten und zu chirurgischen Behandlungszwecken vorgenommenen Hypnose werden unterschiedliche Vorgehensweisen praktiziert. Nachfolgend soll das eigene Therapiekonzept (Universitätsklinikum Lübeck 2002-2007, Praxis seit 2008) sowie die ihm zugrunde liegenden hypnotherapeutischen Überlegungen skizziert werden.

Standardisierte Vorinformation

Um eine erste, ohne jeden therapeutischen Druck versehene Meinungsbildung zu ermöglichen, wurde eine Broschüre zum Thema „Medizinische Hypnose in der Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie – Eine Patienteninformation“ entwickelt und im Wartebereich ausgelegt.

Vorbereitungsgespräch

Nach individueller chirurgischer Diagnostik, Indikationsstellung zur Behandlung in Lokalanästhesie und juristischer Aufklärung ist zunächst abzuklären, inwieweit beim Patienten grundsätzliches Interesse an einer adjuvanten Hypnose besteht. Ist dieses gegeben, werden anamnestisch zunächst relative/absolute Kontraindikationen für die perioperative Anwendung von Hypnose abgeklärt. Nach eigenem Konzept stellen lediglich hochgradige Intelligenz- und Hörminderungen sowie psychiatrische Erkrankungen absolute Kontraindikationen für die Anwendung des Verfahrens dar. Unverzichtbare Vorbedingungen werden in ausreichenden Kenntnissen der deutschen Sprache sowie Offenheit gegenüber der Methode gesehen. Eine weitere Vorselektion des Patientengutes (z.B. durch Suggestibilitätstests) findet nicht statt.

Liegen keine Kontraindikationen vor, erfolgt eine detaillierte Aufklärung des Patienten über das Wesen einer intraoperativen Hypnose, Fehlinformationen und Ängste werden berichtigt bzw. abgebaut. Wesentlich häufiger sind aber irrationale Erwartungen abzubauen wie die intraoperative Erzeugung Narkose-ähnlicher Zustände.

Eine über das juristisch notwendige Maß hinaus insbesondere auf kinästhetische Aspekte der Behandlung eingehende Information des Patienten ist unbedingt notwendig. Durch eine möglichst exakte Vorstellung der intraoperativ trotz örtlicher Betäubung erlebbaren Sinneswahrnehmungen (z.B. Geräusche beim Schneiden oder Gefäßkoagulation, Zug/Druck durch Gewebeverlagerung) ist dem Patienten ein ständiger Abgleich mit der Realität möglich. Eine solche, positiv erlebte Kontrolle erleichtert offensichtlich die aktive mentale Abkoppelung von der Behandlungssituation wesentlich.

Hypnose in der Gesichtschirurgie

Prähypnotische Suggestion

Im Rahmen des Vorbereitungsgesprächs werden dem Patienten bereits eine Reihe von behandlungsbezogenen Suggestionen präsentiert („Einstreutechnik“ nach Erickson). Durch diese „Seedings“ (engl: to seed, sähen) lassen sich therapeutisch erwünschte Vorstellungen und Erwartungen im Unterbewusstsein des Patienten verankern, auf die während der unter Hypnose durchgeführten Behandlung zurückgegriffen werden kann.

Eine außerordentlich hilfreiche und bei jeder Behandlung direkt vor der OP genutzte Suggestion ist die „Helfende Hand“. Dem Patienten wird hierbei nahegelegt, sämtliche intraoperativ störenden Empfindungen „einfach über die linke/rechte Hand abfließen“ zu lassen (Abb. 1).

Zeitliche und räumliche Aspekte der Behandlung

Um eine direkt präoperativ durch längere Wartezeit intensiviertere Behandlungsangst („Dys-Trance“) zu vermeiden, sollte der Behandlungstermin genau eingehalten werden. Mit negativen Erfahrungen besetzte Sinneswahrnehmungen (z.B. aus der zahnärztlichen Praxis bekannte „negative Anker“ wie typischer Praxisgeruch) lassen sich durch ein mit positiven Duftstoffen (Zitronengras, Lavendel) beschicktes Duftlämpchen sowie einen akustisch abgeschirmten, ruhigen Behandlungsraum minimieren. Durch den unerwartet angenehmen Geruch innerhalb des OP-Bereichs wird nicht zuletzt eine gewisse, hypnotherapeutisch erwünschte Konfusion erzeugt, die bei entsprechenden Äußerungen des Patienten auch genutzt wird. Verschiedene Lagerungsmaterialien sollten für eine (analog zur prähypnotischen Suggestion des „Liegestuhls“) möglichst angenehme Positionierung des Patienten genutzt werden (Abb. 2).

Lokalanästhesie

In aller Regel wird die Lokalanästhesie vor der Tranceinduktion verabreicht. So wird die zunehmende Introspektion des Patienten nicht durch kurzfristige, schmerzhaft (Injektions-) Reize gestört und der normalerweise therapiefreie Zeitraum bis zur vollen Wirkung des Anästhetikums (Anschlagszeit, 3-7 Minuten) sinnvoll zur Hypnoseinduktion genutzt. Bei intraoralen Eingriffen kommen nach Schleimhautanästhesie mit Pumpspray (topische Anästhesie) Terminal- und Leitungsanästhesien (Nervus mandibularis, palatinus majus, incisivus, mentalis) zur Anwendung, extraoral werden Trigeminasäste blockiert. Auf dringenden Wunsch des Patienten (z.B. Spritzenphobie) kann die Betäubung auch erst nach Induktion vorgenommen werden.

Intraoperatives Monitoring

Bei somatisch multimorbiden Patienten werden die Vitalfunktionen durch eine zusätzliche OP-Pflegekraft mittels nicht-invasiver Blutdruckmessung und Pulsoximetrie überwacht, Sauerstoff über eine Nasensonde appliziert und, falls notwendig, Medikamente über einen intravenösen Zugang verabreicht. In Einzelfällen (z.B. Patient in Abb. 5) wird eine intraoperative Überwachung durch Anästhesisten (Stand-By) vorgehalten.

Induktion der Hypnose

Primäre Absicht der Hypnose-Einleitung ist es, den in der chirurgischen Behandlungssituation maximal nach außen orientierten Patienten zunächst zu entspannen und eine Fokussierung auf inneres Erleben zu ermöglichen. Insbesondere bei präoperativ besonders ängstlichen und damit wenig zugänglichen Patienten können hierzu klassische Fixationstechniken angewendet werden, die dem Patienten erst eine Fokussierung auf wenige Reize sowie eine optische Ermüdung bis zum Augenschluss ermöglichen. Eine therapeutische Alternative stellen Konfusionstechniken dar. In aller Regel sind kooperative Patienten



Abb. 1: Intraoperatives Verhalten des Ganzkörper-kataleptischen Patienten bei kurzzeitig schmerzhaften Reizen während Defektdeckung



Abb. 2: Besonders bequeme, individuelle Behandlungslagerung mit Lagerungskissen/-rollen analog zur prähypnotischen „Liegstuhl“-Suggestion

Hypnose in der Gesichtschirurgie

mit Rapport aber schon durch den Vorschlag des Augenschlusses problemlos optisch von der Behandlungssituation zu entkoppeln. Im Rahmen der eigentlichen Induktion wird die Aufmerksamkeit des Patienten zunächst auf ein zuvor frei gewähltes, positiv besetztes Erlebnis (innere Zielvorstellung, „gute Erfahrung“) fokussiert. In aller Regel wird von den Patienten ein schöner Urlaubstag am Meer oder im Gebirge bzw. ein biographisch wichtiges Lebensereignis (z.B. Hochzeit) bevorzugt.

Trance-Vertiefung

Bei der durch verbales Spiegeln therapeutisch gesteuerten und durch körperliches Pacing unterstützten Fokussierung des Patienten auf seine „positive Erfahrung“ werden möglichst viele Aspekte der damit verbundenen Wahrnehmungen (visuell, auditiv, kinästhetisch, olfaktorisch, gustatorisch; „V.A.K.O.G.-Schema“) in die Vorstellungswelt eingearbeitet. Nachdem zunächst eher Signale des Patienten reflektierende und begleitende Sprachmuster zur Anwendung kommen („verbales Pacing“), können mit zunehmender Trancetiefe auch therapeutisch leitende Suggestionen eingesetzt werden („verbales Leading“). Nach den insbesondere durch die Ericksorsche Schule formulierten Prinzipien kommen insgesamt eher indirekte und gewährende suggestive Formulierungen zur Anwendung.

Utilisation

Im Rahmen der Trance-Vertiefung lassen sich auch technisch nicht vom Patienten abschirmbare Begleitumstände der chirurgischen Behandlung durch subjektive Umdeutung als Trance-Verstärker nutzen. Häufig wählen Patienten einen ihnen in besonders angenehmer Erinnerung gebliebenen Urlaubstag als wiedererlebenswerte gute Erfahrung. Die kinästhetischen Aspekte solcher (hypnosetherapeutisch hoch erwünschten) Situationen können durch subjektive Umdeutung genutzt werden, so dass negativ besetzte Behandlungsaspekte wie OP-Licht („strahlender Sonnenschein“), Sauger („leichter Wind“ oder „Meeresrauschen“) und OP-Abdeckung („wohlig Wärme“) aktiv in das perioperative Tranceerleben eingearbeitet werden.

Sind objektive Trancezeichen sichtbar (z.B. REM, Lidflattern, zeitverzögerte Reaktion, spontane Ideomotorik) wird die hypnotische Kommunikation reduziert und mit der chirurgischen Behandlung begonnen. Besonders bewährt hat sich, zu OP-Beginn für kurze Zeit besonders langsam und wenig belastend zu arbeiten (z.B. ausgiebige Blutstillung nach dem Hautschnitt). Dieses Vorgehen ermöglicht dem zu diesem Zeitpunkt chirurgisch noch wenig belasteten Patienten eine intensive positive Tranceerfahrung und bahnt stabile Verläufe auch während nachfolgend wesentlich invasiverer, onkologischer (Abb. 3-5) oder plastisch-rekonstruktiver (Abb. 6-8) Behandlungsschritte.

Posthypnotische Suggestion und Dehypnose

Die während eines Trance-Zustandes gesteigerte Empfänglichkeit für Vorschläge von

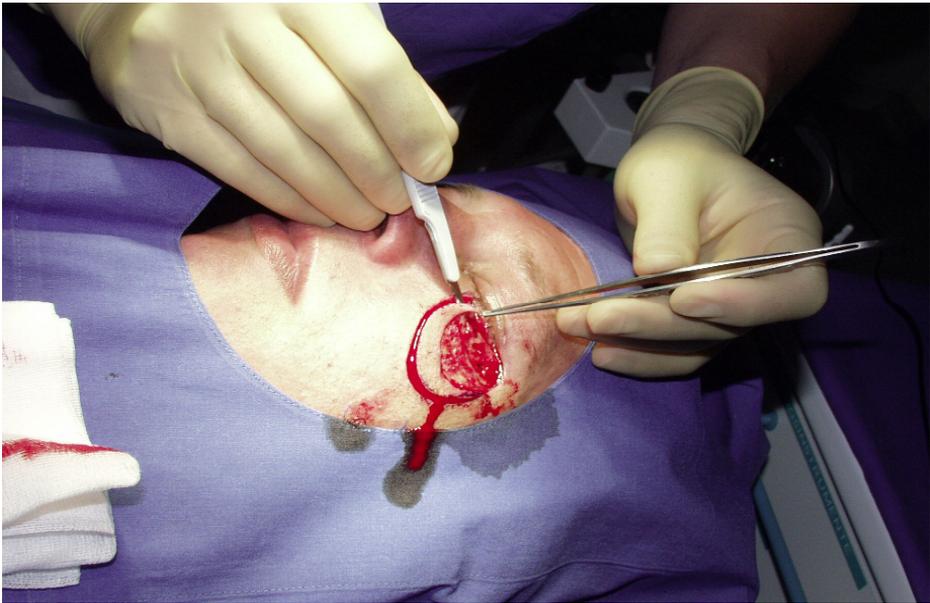


Abb. 3: Nachresektion eines ausgedehnten Basalzellkarzinoms des Unterlides in LA/Hypnose



Abb. 4: Resektion eines Basalzellkarzinoms des Nasenabhangs in LA/Hypnose

Hypnose in der Gesichtschirurgie

außen ermöglicht auch eine Bahnung bzw. Verankerung von post-hypnotischen/-operativen Erwartungen und Abläufen. Im Rahmen einer intraoperativen Hypnose beinhalten solche Suggestionen zweckmäßigerweise die positive Beeinflussung z.B. der postoperativen Schmerzempfindung, Schwellung und Wundheilung. Sollten intraoperativ unangenehme Empfindungen (z.B. Schmerzen) unvermeidbar gewesen sein, können auch Vorschläge zur posthypnotischen Amnesie eingebracht werden. Bei länger dauernden Eingriffen ist die Herbeiführung einer Zeitverzerrung möglich.

Zur Rückführung aus der hypnotischen Trance sollten wiederum individuell auf Patient und bisherigen Tranceverlauf abgestimmte Techniken angewendet. So kann eine zur Trancevertiefung hinabgestiegene „Entspannungstreppe“ verbal in Gegenrichtung beschriftet werden. Andere Patienten sprechen eher auf die relativ direktive Methode des Zurückzählens an. Die profane Mitteilung, dass die Behandlung nunmehr beendet sei, führt ebenfalls zuverlässig zu einer freiwilligen und zügigen Reorientierung des Behandelten.

Verhalten nach einer Behandlung in Hypnose

Nach vollständiger Reorientierung des Patienten wird der Verlauf der chirurgischen Behandlung erläutert und dem Patienten die Möglichkeit zur Beschreibung seines perioperativen Erlebens gegeben. Positive Schilderungen sollten gemeinsam aufgearbeitet und im Sinne posthypnotischer (bzw. im Falle weiterer Behandlungssitzungen auch prähypnotischer) Suggestionen genutzt werden.

Aus primär chirurgischen Gründen ist nach Verlassen des Eingriffsraumes eine kurze Phase eingeschränkter Überwachung innerhalb der Praxis sinnvoll. Obwohl keine eindeutigen rechtlichen Maßstäbe zur Verkehrsfähigkeit nach Hypnosen existieren, wird ein unter Hypnose chirurgisch behandelter Patient allein aufgrund der verabreichten Lokalanästhetika nochmals auf seine fehlende Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr hingewiesen und in aller Regel in die Obhut einer Begleitperson übergeben.

Leerhypnose

Bei hoch ängstlichen Patienten führen wir zu einer primären Ankerung des positiven Entspannungszustandes im Einzelfall zunächst eine Leerhypnose durch. Hierbei wird eine mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Behandlungssituation einschließlich ihrer angstausslösenden Stimuli (OP-Tisch, Instrumentarium, Abdeckung, Licht, Sauger etc.) hergestellt, anschließend eine nicht mit einer chirurgischen Behandlung verbundene Hypnose durchgeführt. Durch ein solches Vorgehen ist nach dem Ericksonschen „Prinzip der kleinen Schritte“ eine Stärkung des therapeutischen Vertrauensverhältnisses und insbesondere die positive Verstärkung des individuellen Patientenvertrauens in die eigene Trancefähigkeit möglich.



Abb. 5a: Resektion eines ausgedehnten benignen Tumors der Ohrspeicheldrüse in LA/Hypnose; präoperativer Befund

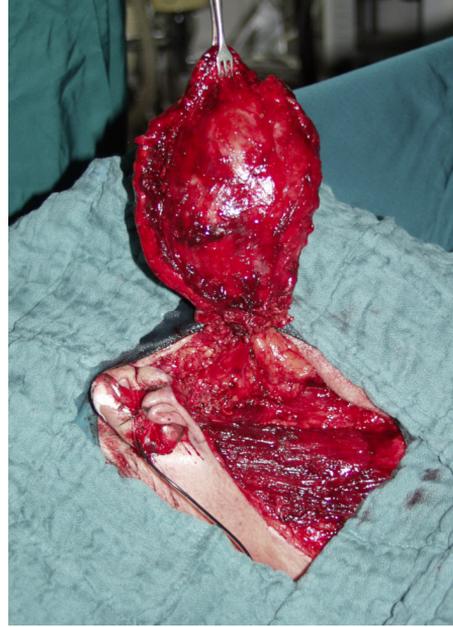


Abb. 5b: intraoperativer Status

Kassettenhypnose

Vorbeschriebenes Hypnosekonzept zeichnet sich durch seine Individualität und eine jederzeit auf den intraoperativen Behandlungsverlauf abstimmbare Variabilität aus. Gerade wenn ängstliche Patienten einer Leerhypnose nicht zustimmten, erwies sich aber eine standardisierte Kassetten-Hypnose als akzeptante und ebenfalls effiziente Alternative. Montgomery und Mitarbeiter (2002) fanden in einer chirurgischen Meta-Analyse keine signifikant differierenden Effektstärken beider Methoden. Dies deckt sich mit den eigenen Erfahrungen: obwohl keine individuelle Zugriffsmöglichkeit auf den Patienten besteht und der suggestive Text der (normalerweise bei zahnärztlichen/oralchirurgischen Eingriffen) verwendeten CD (Schmierer 1995) lediglich bei allgemeinen Formulierungen zur gesichts chirurgischen OP-Situation passt, sind unter solchen Bedingungen behandelte Patienten gleichermaßen zufrieden. Nur ein erstaunlich kleiner Teil der Behandelten empfindet die Musik-Text-Kombination als unangenehm oder unpassend. Als besonders positiv wird demgegenüber das durch solche Tonträger ermöglichte präoperative „Training“ mit positiven Hypnoseerfahrungen z.B. in der häuslichen Umgebung empfunden.

Hypnose in der Gesichtschirurgie

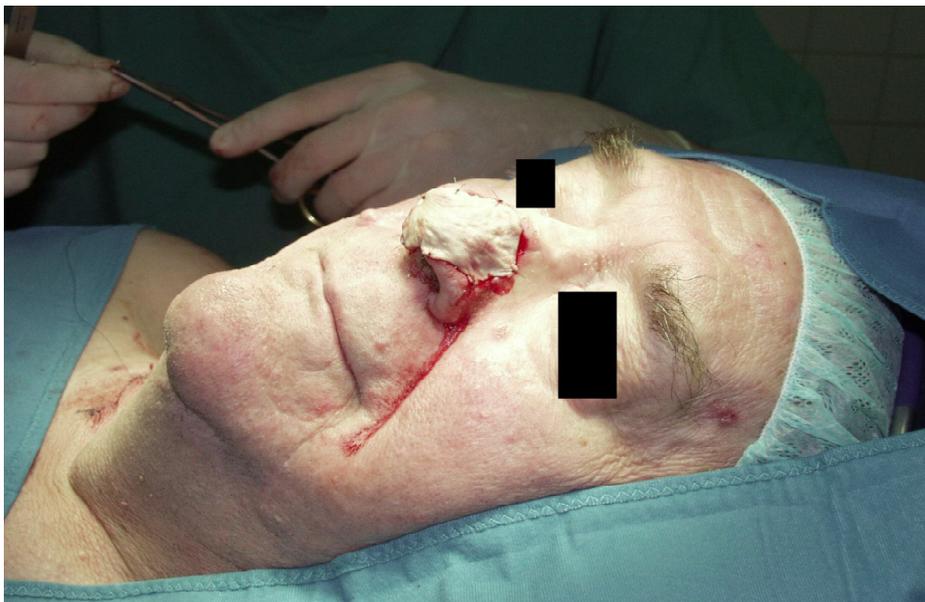


Abb. 6: Defektdeckung im Bereich der Nase nach Tumorresektion mit einem Vollhauttransplantat bei einem 87-jährigen Patienten in LA/Hypnose

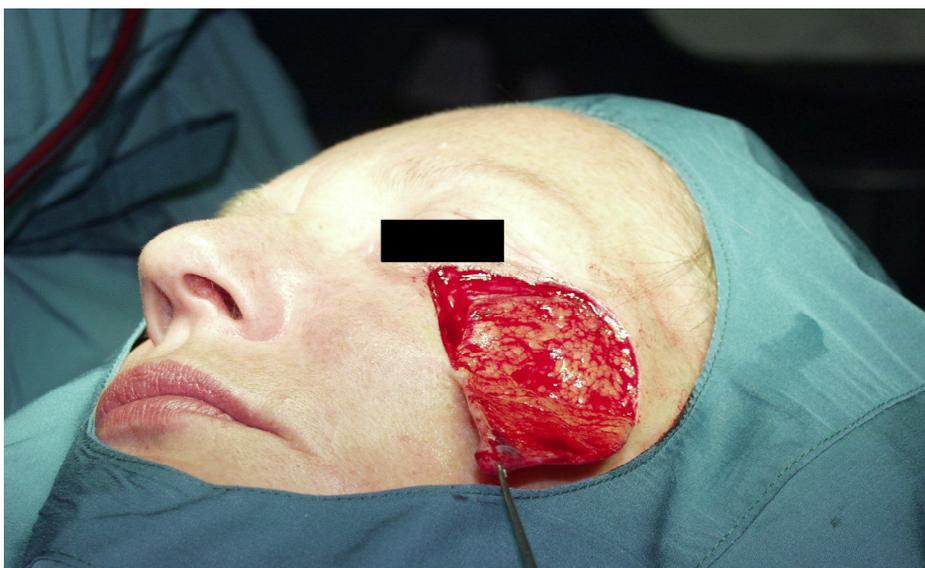


Abb. 7: Korrektur einer narbigen Ausstülpung des Unterlides (Ektropium) durch lokalen Rotationslappen in LA/Hypnose

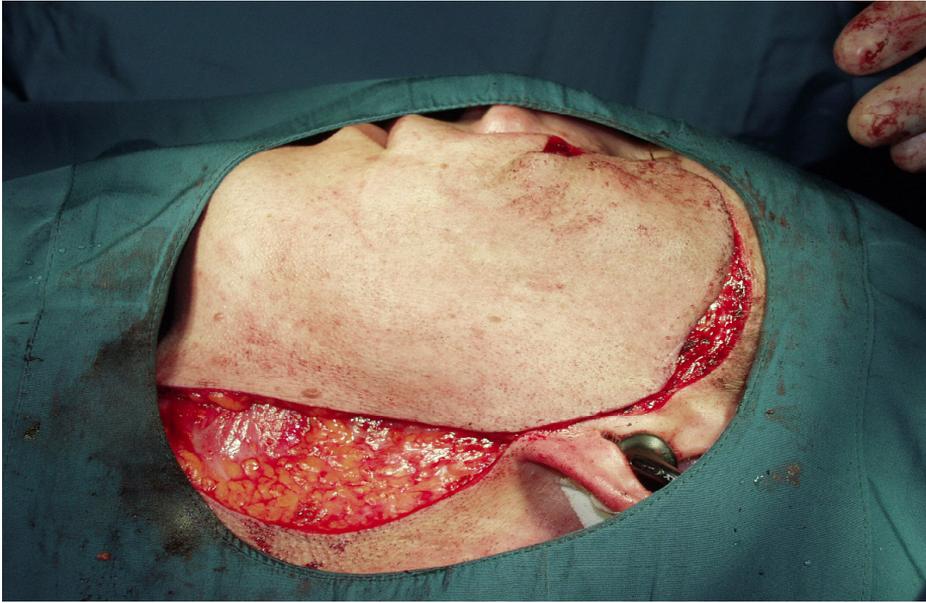


Abb. 8: Plastische Deckung des Unterliddefektes des Patienten aus Abb. 3 durch ESSER'sche Wangenrotation. Vierter Eingriff in LA/Hypnose

Klinische Erkenntnisse

Bis dato wurden in der eigenen Klinik/Praxis keine klinisch-kontrollierten Studien zur Evaluation von Hypnose durchgeführt, die ausschließlich onkologische bzw. plastisch-rekonstruktive Operationen einschließen. Dennoch haben sich eine Reihe stabiler Erfahrungen über den Verfahrenseinsatz herauskristallisiert, die nachfolgend skizziert werden sollen.

1. Es existiert eine sehr hohe Motivation von Patienten, während gesichtschirurgischer Operationen, die rein technisch in Lokalanästhesie möglich und geplant sind, eine begleitende Hypnose in Anspruch zu nehmen. In seltenen Fällen lehnten sehr alte Patienten eine Hypnose ab, wobei dies jeweils mit geringer Angst vor dem Eingriff und somit subjektiv nicht notwendiger Anxiolyse begründet wurde.
2. Die Kooperations- und Trancefähigkeit der Patienten und die aufgrund des speziellen Patientengutes bewusst einfach gehaltenen Induktionstechniken reichten bislang in jedem einzelnen Fall aus, um subjektiv erlebte und objektiv wahrnehmbare Trancephänomene während der Operation zu erzielen.
3. Im Vergleich zu konventionellen Behandlungen (LA) verbessert intraoperative Hypnose sowohl die chirurgischen Behandlungsbedingungen als auch den Therapiekomfort der Patienten erheblich.
4. Eine verlässliche motorische Hemmung der Patienten erleichtert chirurgisch diffi-

Hypnose in der Gesichtschirurgie

- zile Behandlungsschritte z.B. in direkter Nähe der Lider/Bulbi erheblich, da in stabiler Trance unbedachte Bewegungen des Patienten mit erheblicher Verletzungsgefahr praktisch nicht auftreten.
5. Eine bei längeren Eingriffen durchaus häufiger zu beobachtende, intraoperative Reorientierung des Patienten stellt bei suffizienter Lokalanästhesie weder chirurgisch noch hypnotisch ein Problem dar. Das Phänomen wird thematisiert, der Stand der Behandlung dem Patienten erläutert. Anschließend wird dem Patienten die (Pseudo-) Wahlmöglichkeit aufgezeigt, entweder mit dem Behandlungsteam „im Hier und Jetzt zu bleiben“, oder „einfach wieder dorthin zurück zu gehen, woher er/sie gerade gekommen ist“. In allen Fällen gingen die Patienten direkt anschließend ohne weitere Anleitung erneut und bis zum OP-Ende in Trance.
 6. Nach Erstoperationen unter Hypnose wählten die eigenen Patienten bei mehrschrittigen Behandlungen in jedem Fall wieder ein Vorgehen unter solchen Bedingungen. Einzelne Patienten wurden bis zu fünfmal unter stabiler intraoperativer Trance operiert.
 7. Im Vergleich zu Sedierungen/Narkosen reduziert Hypnose perioperative pharmakologische Risiken und spart Behandlungszeit und –kosten.
 8. Eine standardisierte Kassetten-Hypnose minimiert den therapeutischen Aufwand weiter. Ihre therapeutischen Vor- und Nachteile sollten bei jedem Patienten aber jeweils abgewogen werden.
 9. Dennoch kann Hypnose auf keinen Fall als Ersatz für Sedierungen oder Narkosen angesehen werden. Bei nicht kooperativen, das Verfahren ablehnenden Patienten oder mit hypnosespezifischen Kontraindikationen ist Hypnose nicht möglich. Sehr invasive und lang dauernde gesichtschirurgische Eingriffe lassen sich definitiv nur unter Vollnarkose durchführen.
 10. Insofern ergänzen sich pharmakologische Verfahren (Sedierung, Analgosedierung, Narkose) und Hypnose sehr gut. Sie sollten von beiden Seiten aus vorurteilsfrei koexistieren können und jeweils alternativ genutzt werden.

Fazit

Klinische Hypnose ist nach eigener praktischer Erfahrung ein Verfahren, welches bei kooperativen und kontraindikationsfreien Patienten in besonderem Maße geeignet erscheint, die intraoperativen Bedingungen während onkologischer und plastisch-gesichtschirurgischer Operationen in Lokalanästhesie für Behandelte und Behandler zu verbessern.

Literatur

- Faymonville, M.E., Fissette, J., Mambourg, P.H., Delchambre, A., & Lamy, M. (1994). Hypnosis, hypnotic sedation. Current concepts and their application in plastic surgery. *Revue Medicale de Liège*, 49 (1): 13-22.
- Faymonville, M.E., Fissette, J., Mambourg, P.H., Roediger, L., Joris, J., & Lamy, M. (1995). Hypnosis as adjunct therapy in conscious sedation for plastic surgery. *Regional Anesthesia*, 20: 145-51.

- Faymonville, M.E., Mambourg, P.H., Joris, J., Vrijens, B., Fissette, J., Albert, A., & Lamy, M. (1997). Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomised study. *Pain*, 73: 361-367.
- Faymonville, M.E., Meurisse, M., & Fissette, J. (1999). Hypnosedation: a valuable alternative to traditional anaesthetic techniques. *Acta Chirurgica Belgica*, 4: 141-146.
- Hermes, D., & Sieg, P. (2004). Acceptance of Medical Hypnosis by Oral and Maxillofacial patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52: 389-399.
- Hermes, D., & Mielke, M. (2009). Einflüsse von chirurgischem Stress auf die Suggestibilität mund-, kiefer- und gesichtschirurgischer Patienten. In Vorbereitung.
- Hermes, D., Truebger, D., Hakim, S.G., & Sieg, P. (2005). Tape Recorded Hypnosis in Oral and Maxillofacial Surgery - Basics and First Clinical Experience. *Journal of Craniomaxillofacial Surgery*, 33: 123-129.
- Hermes, D., Gerdes, V., Trübger, D., Hakim, S.G., & Sieg, P. (2004). Evaluation des perioperativen Einsatzes standardisierter Hypnose mittels State-Trait-Angstinventar (STAI). *Mund Kiefer Gesichtschirurgie*, 8: 111-117.
- Hermes, D., Trübger, D., Hakim, S.G., & Sieg, P. (2005). Patientenzufriedenheit nach mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Operationen unter Hypnose. *Hypnose*, 0 (1+2), 27-38.
- Kelsey, D., & Barron, J.N. (1958). Maintenance of posture by hypnotic suggestion in patient undergoing plastic surgery. *British Medical Journal*, Mar 29; 1(5073): 756-757.
- Montgomery, G.H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J.H., & Bovberg, D.H. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. *Anesthesia and Analgesia*, 94: 1639-1645.
- Rauch, C., Hermes, D. (2008). Akzeptanz Klinischer Hypnose in der allgemein-zahnärztlichen Praxis. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 63: 697-702.
- Schmierer, A. (1995). Beim Zahnarzt ganz entspannt. CD. Stuttgart: Hypnos.
- Scott, D.L. (1975). Hypnosis in plastic surgery. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 18 (2): 98-104.
- Scott, D.L., & Holbrook, L.A. (1981). Hypnotic psychotherapy and cosmetic surgery. *British Journal of Plastic Surgery*, 34 (4): 478-480.
- Silver, H., & Codesmith, A.O. (1980). Anesthesia for outpatient head and neck aesthetic surgery. *Annals of Plastic Surgery*, 5 (6): 483-485.
- Tucker, K.R., & Virnelli, F.R. (1985). The use of hypnosis as a tool in plastic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 76: 140-146.
- Vanhauzenhuysse, A., Boveroux, P., Boly, M., Schnakers, C., Bruno, M.A., Kirsch, M., Demertzi, A., Lamy, M., Maquet, P., Laureys, S., & Faymonville, M.E. (2008) Hypnosis and pain perception. *Revue Médicale de Liège*, 63 (5-6): 424-428.
- Wollman, L. (1964). Hypnosis for the surgical patient. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 7: 83-85.
- Zysman, S.A., & Zysman, S.H. (1983). Hypnosis as a primary anesthetic in reconstructive and cosmetic facial surgery. *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine*, 30 (3): 102-106.

Prof. Dr.med. Dr.med.dent. Dirk Hermes
 mkg bad schwartau
 Eutiner Ring 7
 23611 Bad Schwartau
 hermes@mkg-badschwartau.de

erhalten: 23.5.2009

revidierte Version akzeptiert: 27.11.09

Buchbesprechung

O'Hanlon, H., & Hexum, A.L. (Hrsg.) (2009). Milton H. Ericksons gesammelte Fälle. Stuttgart: Klett-Cotta, ISBN: 978-3-608-94546-1, 418 Seiten, Preis: 30,00 €

Verwirrende Vielfalt - In der Zeit vor Glasnost und Perestroika unterhalten sich zwei Juden in Moskau. Der eine fragt: „Was ist eigentlich Glück, und was ist Pech?“ Der andere antwortet: „Schau mal, dass wir in dieser schönen Sowjetunion leben können, das ist Glück!“ „Ja und was ist dann Pech?“ „Das wir so viel Glück haben?“

Das erste Mal las ich von Milton H. Erickson in einem schmalen Band, der von Gerhard Klumbies 1981 herausgegebenen wurde: „Hypnosetherapie“. Darin enthalten war ein Artikel von Katzenstein über „Neuere Entwicklungen der Hypnosetherapie im englisch-amerikanischen Sprachbereich“. Neben mir damals genau so unbekanntem Psychotherapeuten wie Haley, Barber, Chaves und Spanos wurde eben jener Milton Erickson erwähnt und besonderes Augenmerk auf seine Arbeit gelegt – natürlich unter Anführung zweier Fallbeispiele: Die Behandlung einer Frau, die seit Jahren unter unregelmäßigem Auftreten der Menstruation, verbunden mit Kopfschmerzen, Erbrechen und Magen- Darmbeschwerden litt und die Behandlung eines 18-jährigen Mädchens mit schizoiden Verhaltensweisen, die keinerlei Brustentwicklung zeigte, obwohl sie von ihrem Vater, der Arzt war, mit Hormonen behandelt worden war, wurden geschildert. Jeweils mit relativ wenigen Zeilen, aber mit der Darstellung verblüffender Ergebnisse: Die Menstruationsbeschwerden waren beim nächsten Auftreten der Regel verschwunden und die junge Dame hatte nach einem knappen halben Jahr eine normal entwickelte Brust und ihr schizoides Verhalten war korrigiert.

Neben meiner Verblüffung, was alles durch Hypnose erreichbar zu sein scheint, tauchten natürlich viele Fragen auf: Wie hat Erickson das geschafft? Wieso hat eigentlich ein Jucken am Rücken etwas mit der Brust zu tun? (vgl. Fall 45, der hier geringfügig anders dargestellt ist) Woher hatte er die Ideen für seinen Ansatz?

Die, wie ich heute weiß, gute Darstellung des Ericksonschen Ansatzes schien mir die Falldarstellungen keineswegs plausibel zu erläutern. Und so ging es mir später noch oft. Fallbeispiele tauchten in verschiedenen Büchern oder auch in den Seminaren des Curriculums „Klinische Hypnose M.E.G.“ auf.

Wer auch nur einen Teil der Originalliteratur kennt, kann sich ein Bild davon machen, wie viel Arbeit die Autoren William Hudson O'Hanlon und seine Stieftochter Angela L. Hexum geleistet haben, um diese umfassende Übersicht wohl nahezu aller Erickson-Fälle, die jemals erwähnt wurden, zusammenzutragen. Dazu der gelungene Versuch, die Fälle zu strukturieren, nach Themen zu ordnen und die wesentlichen Techniken zu filtern. Dabei reichen die Inhalte der jeweiligen Zusammenfassung und die Angaben zu Problem- und Behandlungsdauer, Ergebnis, Techniken und Follow-up, um sich ein grobes Bild der therapeutischen Vorgehensweise zu machen. Wer Genaueres erfahren möchte wird neugierig auf die ausführliche Fallschilderung in der jeweils angegebenen Quellenliteratur und sollte sich auch wirklich die Mühe machen, dort nachzulesen.

Fortsetzung S. 198