

Fokus Phobie: Krankhafte Angstphänomene in der Zahnarztpraxis Aspekte zu Intervention und Prävention (Teil 1)

Unter dem diffusen Begriff der „Problempatienten“ in der Zahnarztpraxis nehmen solche, die krankhafte Angstphänomene präsentieren, einen besonderen Platz ein. Viele Kollegen nähern sich diesen Patienten mit einer situativ-unplanmäßigen Vorgehensweise „nach Gefühl“. Strukturierte Strategien, die als Interventionsmuster abrufbar sind, wären eine Erleichterung im zahnärztlichen Alltag für Patienten und Zahnärzte. Eine nachhaltig normalisierte Einstellung gegenüber Zahnarztbesuchen sollte das Ziel sein. Folgende Überlegungen sind als Anregung gedacht, tiefer in die Thematik einzudringen. Vielleicht kann eine breitere, sachbezogene Diskussion zu Prävention und Intervention von derartigen Phobien angestoßen werden.



Wie begegnet man dem oben abgebildeten Patienten mit dringlichem Behandlungsbedarf, der sich erst in der Praxis vorstellt, wenn es gar nicht mehr zu vermeiden ging? Wird er die Behandlung zulassen und Folgebehandlungen wahrnehmen wollen?

Was nützt der Anspruch, dem aktuellen, zahnmedizinischen Standard entsprechend indizierte Kontrollmaßnahmen, Aufklärungen und Behandlungen durchführen zu wollen, wenn sie der Patient aus krankhafter Furcht davor gar nicht erst zulässt? In der Literatur^{1,22} und aus eigener Erfahrung findet sich bei einem Viertel der jugendlichen und erwachsenen Patienten eine nicht-normale Furcht vor Zahnbehandlungen. Auch diese Menschen bewusst führen zu können, sollte Anliegen jedes Zahnmediziners sein. Ein Konzept zum Umgang mit Behand-

lungsphobien in der Zahnmedizin wurde bislang nicht ausdrücklich formuliert. Am meisten findet sich dieser Aspekt in der Kinderzahnheilkunde berücksichtigt. Prävention krankhafter Angstphänomene und deren Interventionsansätze dazu gehen ineinander über. Deshalb werden sie im Folgenden nicht strikt getrennt.

Definition der krankhaften Angst sowie Zahnbehandlungsangst

Ein Gefühl unspezifischer Besorgnis vor der (zahn-)medizinischen Behandlung

kann solange als normal angesehen werden, als der Patient die Zahnarztpraxis aufsuchen und indizierte Diagnostik und Therapie zulassen kann. Liegt ein Vermeidungsverhalten mit Selbstschädigungsgefahr vor, besteht Krankheitswert. Zahnbehandlungsphobie ist im ICD 10, unter F40.2 verschlüsselt, wird als spezifische Phobie beschrieben und einer Höhen- oder Tierphobie gleichgestellt. Der Übergang in eine Panik ICD 10 F41.0 ist möglich. Dennoch findet sich bei erster Beschäftigung mit dem Phänomen unter dem Aspekt des Praxisalltages bereits Verwirrung in den Termini und Definitionen. Die Begriffe Angst, Furcht, Phobie und Panik beschreiben mentale Verfasstheiten, bei denen sich psychophysiologische Parameter verändern. Grundsätzlich werden sie personal als Gefühle erlebt, die nicht immer verbalisierbar sind. Zunächst kann angenommen werden, dass ein zuversichtliches Leben biologisch angelegt ist. Angst – nicht Phobie – ist eine evolutionäre Grundempfindung, die in einer existenziellen Gefahrensituation quasi-reflektorisch lebenserhaltende Handlungsreaktionen ermöglicht⁵. Normalen wie krankhaften Ängsten liegt ein existenzielles Bedrohungsgefühl des eigenen Lebens zugrunde¹⁰. Die nachfolgend im Gedächtnis abgespeicherte, durchlebte Angstsituation bedingt durch Antizipation ähnlicher Konstellationen eine Sorge, dass sich erneut eine solche Gefahr wiederholt – es entsteht Furcht. Dennoch muss eine ähnliche Situation wie der schon erlebten normalerweise nicht un-

ter aller Umständen vermieden werden, da neben der Furch auch eine Zuversicht zur erneuten Bewältigung besteht. Entwickeln sich hingegen durch falsche Lernleistungen irrationale Antizipationsverknüpfungen, kann sich aus der Furcht eine Phobie (φοβος griech. „Furcht“) entwickeln. Phobien finden sich sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen und können in einer Panik münden. Bei der phobischen Störung wird Angst ausschließlich durch eindeutig definierte, im allgemeinen ungefährliche Situationen/ Objekte – außerhalb der betreffenden Person – hervorgerufen. Diese Situationen werden charakteristischerweise gemieden oder voller Angst gerade noch ertragen. Angst, Furcht und Phobie sind nach innen gerichtet und werden nur im Selbst erlebt. Sie können ein erkennbares Sozialsignal, die Emotion (vgl. lat. emovere = herauswühlen) bedingen²³, das sich auch in einer Panik äußern kann. Spezifische Phobien, wie eine Zahnbehandlungsphobie, entstehen gewöhnlicherweise in der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter. Aufgrund einer noch fehlenden abstrakten Antizipationsfähigkeit gibt es echte Phobien nicht bei kleineren Kindern¹⁵. Hier dominieren sozial-situative Panikreaktionen. Das Ausmaß einer perspektivischen, tatsächlich eintretenden Behinderung hängt davon ab, wie leicht die betreffende Person die phobische Situation vermeiden kann. Die Furcht vor der Phobie kann – ungeachtet zwischenzeitlich positiver Erfahrungen – jahrzehntelang bestehen, ja in einer Panikstörung enden – wenn nicht gezielt interveniert wird.

Grundlegende Ansätze zu Interventionsmöglichkeiten

All dies lässt sich auch auf das zahnärztliche Patientenkontext extrapolieren. Phobien beim zahnärztlichen Patientenkontext führen häufig zu langanhaltender Behandlungsvermeidung. Die Betroffenen nehmen dabei gesundheitliche, kosmetische und soziale Folgen billigend in Kauf, sind aber häufig paradoxer-

weise sehr unzufrieden mit diesem Umstand.

Unter wissenschaftlichem Aspekt ist es sinnvoll, die Ätiologie sowie verschiedene Schweregrade der Zahnbehandlungsphobie, auch als Analogon zur posttraumatischen Belastungsstörung zu differenzieren¹⁹. Im klinischen Alltag ist es wichtig, therapiefähige Phobiker zu erkennen und schnell adäquat sowie praktikabel intervenieren zu können.

Schlüsselüberlegung: Was soll erreicht werden? Gibt es ein Gegenteil von krankhafter Angst und Furcht?

Hier liegt der Kern des gesamten Themas. Ein therapeutisches Ziel, also etwa die krankhafte Angst „besiegen“, führt zu kämpferischer Anspannung bei Patienten und Therapeut. Die weit verbreitete Ansicht, dass man „Mut“ zur Behandlung erzeugen müsse, ist nach Meinung des Autors ebenso falsch. Mut und „sich-Mühe-geben“ implementiert stets den billigend in Kauf genommenen Miss- oder Teilerfolg. Eine Haltung, die das Aufgeben und Verlieren von vorn herein einschließt. Da der krankhaften Zahnbehandlungsphobie und -panik ein unnötiger, irrationaler, der Situation nicht angemessener Überlebenssicherungsreflex zugrunde liegt, der das Ergebnis einer falschen Lernleistung ist, sind therapeutische Interventionen zur Veränderung der Selbstwahrnehmung des Patienten in der Situation hilfreicher. Eine Phobie kann dabei zunächst als ein konstruktives Signal aufgefasst werden, dass eine Veränderungsnotwendigkeit signalisiert. Unter der Annahme, dass im Grunde ein phobiefreies Leben genetisch determiniert ist, erscheint eine Phobie als Blockade der normalen psychischen Verfasstheit im Neocortex. Nach Auflösung der Blockade kann sich schnell wieder die zuversichtliche, furcht-freie Grundstimmung einstellen. Das heißt, im Selbst des Patienten befindet sich immer (!) die Information zu dieser Normalverfassung. Sie ist im Rahmen einer Phobie jedoch passager subjektiv

nicht wahrnehmbar. Ziel ist das Wiedererreichen einer nachhaltig normalen Behandlungsbereitschaft. Hierzu werden üblicherweise Interventionen wie Stressimpfung, Konfrontationstherapie, Hypnose etc. empfohlen²⁹. Der Patient muss ein Mindestmaß an Zulassungswillen aufbringen.

Ziel ist, die unterbewusst vorhandene „unbesorgt-gelassene Zuversicht“ freizulegen, die eine Behandlungsbereitschaft automatisch bedingt.

Bewusstsein, Unterbewusstsein und das Unbewusste im Interventionsfokus

Normale Angst, aber auch deren krankhafte Phänomene, werden auf unterschiedlichen Ebenen des Selbst empfunden. Hier spielen Bewusstsein, Unterbewusstsein und das Unbewusste eine Rolle. Im Gegensatz zum Begriff „Bewusstsein“ sind wissenschaftliche Definition von Unterbewusstsein bzw. des Unbewussten diffus und werden seitens der psychologischen, neurobiologischen und philosophischen Wissenschaften unterschiedlich gefasst. Aus didaktischen Gründen versieht der Autor im Folgenden die beiden letzteren Begriffe mit Bedeutungsauslegungen, die vorliegenden Interventionskonzept verständlicher machen. Dabei stützt er sich auf die Topographie Freuds⁹ (1923), jedoch ohne dessen Begriff des „Vorbewussten“ zu übernehmen.

Das **Bewusstsein** wird aktuell dem präfrontalen (Neo-)Cortex zugeordnet und als zentraler Bestandteil der personal-integralen Selbstwahrnehmung angesehen. Es ist ein Produkt zahlreicher ICH-Bereiche¹⁸, die bei bestimmten Krankheitsbildern sogar separat ausfallen können. Mit diesem Bewusstsein interpretiert der Mensch die Eindrücke der Sinnesorgane und modelliert sie abstrakt zur persönlichen Wahrnehmung der Wirklichkeit und schafft sich so sein Weltbild, in dem er seine Position einnimmt.

Die hierfür nötigen Erinnerungen bestehen aus dem stattgehabten Ereignis bzw. der erlebten Tatsache und einem ange-koppelten Gefühl. Gefühle sind teilweise „versprachlichbare“ Verfasstheiten. Erst durch den Gefühlsanteil entsteht eine Ereignis-Bedeutung (vgl. Modell des „episodischen Gedächtnisses“²⁸). Je eindrucksvoller der Gefühlsanteil umso lebhafter wird sie bewusst oder unterbe-wusst gespeichert⁴.

Das **Unterbewusste** ist eine Abspeiche-rung von individuellen Erinnerungen mit deren Bedeutung, jedoch ohne per-manente rationale Reflexion. Von hier aus kann dieses Konstrukt die abstrakte Verallgemeinerung bestimmter, wieder-kehrender Situationen von der Person unbemerkt beeinflussen²⁵. Derartige Verknüpfungen bilden die Grundlage für eine rein empirische Abschätzung anstehender Prozessverläufe. Das Un-terbewusste ist dennoch partiell beim bewussten Denkprozess aktivierbar, um bestimmte, abgespeicherte Erinnerun-gen in das wache Bewusstsein hineinzu-projizieren und zu nutzen. Unter dem **Unbewussten** hingegen kann eine angeborene, vom Willen weitge-hend unabhängige, autarke Verknüp-fungsfähigkeit verschiedenster mentaler Zustände und Prozesse verstanden wer-den. Soweit man es rational überhaupt erklären kann, werden primäre Elemente des „Instinktes“ im biografischen Ver-lauf mit unterbewussten Erfahrungen kombiniert. Das Ergebnis kann sich dem Bewusstsein spontan präsentieren, was häufig als „Intuition“ erlebt wird. Integriert man in die Struktur des Unbe-wussten noch die physiologisch-bioche-mischen und informationsvermittelten Regulationen des Organismus, wird der Begriff noch weiter gesteckt.

Hierarchisch könnte man demnach das **Unbewusste** als zentralen, um-fassendsten Begriff sehen, in dem die **unterbewussten** Verknüpfungen und das **bewusste**, verstandesmäßige Den-

ken integriert sind. Ein Konzept der Intervention und auch Prophylaxe von krankhafter Zahnbehandlungsfurcht sollte alle drei Aspekte einbeziehen.

Dabei ist das Wachbewusstsein die Pforte zu den anderen beiden Ebenen. Im Unbe-wussten befinden sich nach diesem Mo-dell die angelegten „Urkompetenzen“. Im unterbewussten Episodengedächtnis kann die Sichtweise auf abgespeicherte Ereignisse durch Interventionen entspre-chend moduliert werden.

Eine neuroanatomische Zuordnung aller drei Bereiche ist komplex. Das mor-phologische Äquivalent ist das Organ-system Gehirn. Eine wichtige Rolle bei der Gefühlsinterpretation hat hier das Limbische System¹⁷, das nach neueren Erkenntnissen auch Teile des vorderen Großhirns (orbitofrontal, ventromedial und präfrontal) sowie Kleinhirnantile umfasst und weitgehend unbewusst und unterbewusst agiert. Die Neurowis-senschaften postulieren seit einiger Zeit eine Dominanz des Gefühlsanteils über das rationale Denken^{6,13}, allerdings nur unter bestimmten Umständen, die von Entscheidungszusammenhängen abhän-gen¹¹. Die hierbei wichtigen Theorien um die Phänomene des limbischen Systems als Modell liefern einen interessanten Ansatz hinsichtlich der kognitiven Ver-stehbarkeit von Kommunikationsstrate-gien mit Phobie-Patienten.

Phobepatienten erkennen, Behandlungsfähigkeit einschätzen

Der jugendliche und erwachsene Pho-biepatient signalisiert entweder verbal oder nonverbal seine phobische Verfasst-heit und drückt so einen Anspruch nach besonders individualisierter Wertschät-zung und Herangehensweise aus. Zur Erfassung „versteckter“ Phobiephä-nomene ist das einfühlsame, ärztliche Gespräch mit gestraffter Allgemein-Anamnese wichtig. Über das zusätzliche Erfragen persönlicher Umstände, wie Beruf und ggf. auch Hobbys, lässt sich



*Ihr Spezialist
für fachbezogene
Steuerberatung
seit über 80 Jahren*



**Mit 16 Niederlassungen
auch in Ihrer Nähe.
Wir freuen uns auf Ihre
Kontaktaufnahme!**

BUST Niederlassung Dresden:

Jägerstraße 6
01099 Dresden

Telefon: 0351 828 17-0

Telefax: 0351 828 17-50

E-Mail: dresden@BUST.de

www.BUST.de

Gruppe 1	Patient mit normaler Furcht	„gesunde Furcht“, keine Behandlungsvermeidung
Gruppe 2	Patient mit leicht übersteigter, krankhafter Furcht	Tendenz zur Behandlungsvermeidung kommunikativ gut zugänglich
Gruppe 3	Phobiepatient, auch mit Paniksymptomen	Behandlungsvermeidung, Handlungskontrollverlust, deutliche Selbstschädigungsfolgen, kooperativ
Gruppe 4	Patient mit bewusst demonstrierter Phobie	„kultivierte“ Behandlungsverweigerung als Ausdruck einer Persönlichkeitsbesonderheit nicht kooperativ
Gruppe 5	Psychotischer Patient	Entfremdung vom Selbst, Gefühl des Gesteuertseins von außen, meist nicht kooperativ
Gruppe 6	Erhebliche intellektuelle Beeinträchtigung	diverse Gründe, häufig absolute Kooperationsunfähigkeit

Einteilung der Patienten mit Behandlungszulassungsproblemen in Gruppen in Bezug auf Interventionsmöglichkeiten durch den Zahnarzt. Hierbei sind Phobien, aber auch Wahn-/Zwang- und morphologische Ursachen gemeinsam dargestellt.

meistens schnell eine persönliche Ebene finden. Obwohl die Präsentationsmuster von Phobiepatienten differenzierter sind, hat sich in der Praxis des Autors die Einteilung in obenstehender Tabelle als didaktisch-hilfreich zur Entscheidungsfindung erwiesen. Ausdrücklich sei angemerkt, dass diese Zusammenfassung auch außerphobische Gründe für eine Behandlungsverweigerung/-erschwerung (etwa Wahn-/Zwangsgedanken etc.) beinhaltet. Ab Gruppe 2 beginnt eine pathologische Entwicklung. Innerhalb der Gruppen 3 und 4 findet sich ein geringer Prozentsatz von Phobie-Patienten, die den später vorgeschlagenen Interventionen nicht zugänglich sind. Ab Gruppe 5 ist eine Behandlung ohne Medikamente regelhaft nur schwer oder gar nicht möglich. Eine sehr gute Möglichkeit zur Herausfilterung von Patienten, die tatsächlich an der Lösung des Problems mitarbeiten wollen, sei beispielhaft die Strategie analog zur modifizierten „Wunderfrage“ nach Steve de Shazer⁷ (siehe Teil II dieses Artikels) genannt.

Pharmakologische Interventionen

Bei extremer Phobiesymptomatik und gleichzeitig starkem Behandlungsbedarf können Narkose- und Sedierungsverfahren initial zur perspektivischen Normalbehandlung sinnvoll, ja eine ultima ratio sein. Eine Vollnarkose bei kleinen Kindern kann eine prägende Angst-Schlüssel-Situation prophylaktisch vermeiden und phobische Entwicklungen verhindern. Immer ist dabei das grundsätzlich höhere Komplikations-Risiko bei zentral wirkenden Sedativa und Narkotika kritisch abzuwägen.

Grundsätzlich wird das irrationale Sozialphänomen Zahnbehandlungsphobie durch Sedierungs- oder Narkoseverfahren lediglich umgangen, aber nicht nachhaltig aufgelöst.

Nichtpharmakologische Therapieansätze bei Jugendlichen und Erwachsenen

Es gibt kein allgemein gültiges, universell anwendbares Interventionsmodell. Zum Beispiel sind verschiedene Aspekte im

Rahmen des „Neuro-Linguistischen Programmierens“ (NLP)² sehr interessant, aber wissenschaftlich anerkannt ist das Konglomerat der angewandten Techniken keineswegs¹². Es gibt zahlreiche, ähnliche Kommunikations-Methodenvorschläge, die aber alle letztlich fragmentarisch bleiben.

Phobien und Panikreaktionen sind Ausdrucksformen des Episodenrepertoires, bei dem im individuellen systemischen Netzwerk eine bestimmte Situation unterbewusst als schwere Bedrohung interpretiert wird. Gelingt es, die Interpretation im Unterbewussten so zu verändern, dass die unbewusst „angeborene“ Zuversicht wieder freigelegt wird, ist die Phobie verschwunden. Um in die Schaltstellen der unterbewussten Strukturen zu gelangen, muss das Wachbewusstsein umgangen werden. Das funktioniert über eine geeignete, kommunikative Interaktion zwischen Patient und Zahnarzt, wobei verbale und nonverbale Signale bewusst im Zentrum stehen. Der Therapeut muss ein Vertrauen beim Patienten erlangen, authentisch sein sowie wie strukturiert und flexibel vorgehen. Die Arbeit mit Kommunikation, einschließlich analoger Markierung bedeutungsvoller Wörter in Verbindung mit Körpersprache, kann jedoch nur dann nachhaltig gelingen, wenn sie auf einem hilfreichen, möglichst philanthropischen Weltbild basiert („medicina soror philosophiae“ – Tertullianus aus „De anima“, 209 n. Chr.²⁷). Dabei kommt auch eine Wertschätzung des Patienten zum Ausdruck, die, möglichst mit viel Lob kommentiert, bei weiteren Behandlungen ihre Fortsetzung findet.

Fasst man die Zahnbehandlungsphobie als Folge einer unbewusst-falschen Selbsthypnose mit permanent kontraproduktiver Wirklichkeitsinterpretation auf, und setzt man das grundsätzliche Vorhandensein einer genetischen Zuversichtsverfasstheit voraus, wird ein überraschender Therapieansatz offenbar: Der Patient hat bereits eine hohe Phantasieleistung erbracht, um sich in

eine falsche (Dys-)Trance zu führen, die ihn annehmen lässt, er sei zu einer normalen Zahnbehandlung nicht fähig. Eine Tranceinduktion im Sinne der formalen Hypnose ist somit vielfach gar nicht notwendig, sondern es muss ein „trance-transformierender“ Weg gewiesen werden, auf dem sich der Patient aus eigener Kraft in eine richtige, also „Eu-Trance“, bewegen kann. Die moderne Psychotherapie nennt das „ressourcenorientierte Therapie“. Dem Patienten müssen hierbei seine eigenen Lösungspotenzen („Ressourcen“) aufgezeigt werden. In jedem Fall muss sich der Zahnarzt bei allen therapeutischen Handlungen offensiv selbst in einem veränderten Bewusstseinszustand befinden, die als „Zielerreichungs-Trance“ bezeichnet werden könnte. Dieser Zustand sendet dem Patienten die notwendige Information über die hohe Durchsetzungscompetenz seines Zahnarztes als „Subtext“. Denn Phobiker und Kinder können meist besser als der Normalpatient „Hellsehen“ bzw. „Gedankenlesen“. Man kann grundsätzlich Interventionen in der akuten Situation von Vorgehensweisen mit bereits konditionierten Patienten unterscheiden.

Akut-Vorgehen Phobie und Panikreaktion:

Hier kann die Methode der formal induzierten, hypnotischen Trance zur entkoppelnden Musterunterbrechung mit Erfolg genutzt werden. Aktuell hat eine Metaanalyse die hohe Wirksamkeit der Hypnose, besonders im Moment der Anwendung bestätigt³. Im Grunde ist die Tranceinduktion bei „willigen“ Angstpatienten sehr einfach. Aber abgesehen von der Tatsache, dass nicht jeder Zahnarzt gleich gut hypnotisieren lernen will bzw. kann, bleibt beim alleinigen Vertrauen auf moderne, partnerschaftliche, oder auch klassisch-autoritäre Vorgehensweisen eine langanhaltende, normale Behandlungswilligkeit in vielen Fällen offenbar aus¹⁴. Die kreative Nutzung von Trancephänomenen zur nachhaltigen Veränderung von Verhaltensmustern übersteigt oftmals die Kompetenz eines Zahnmediziners. Das erklärt sicher auch die relativ hohe Abbruchrate²². Deshalb sind suggestive Sprachmuster, ggf. mit „Konfusionselementen“ ebenfalls hoch wirksam. Dieses nicht-formale Suggestiv-Vorgehen im Sinne psychotherapeutischer Kurzzeitinterventionen (z. B. nach Milton Erick-

son⁸; 1901–1980) ist ebenso zielführend und für einen wesentlich größeren Teil der Zahnärzte leichter anwendbar. Der Patient selbst sollte die zum Einsatz kommenden Strategien im Rahmen der Akut-Intervention in der Regel nicht bewusst wahrnehmen, sonst könnte es zum Aufbau innerer Widerstände kommen.

Arbeit mit Vorab-Konditionierungstermin:

Wenn ein vorbereitender Beratungstermin vereinbart wurde können die Patienten in einer Sinn-Umdeutungstechnik (Reframing) zur Veränderung der Koppelung von antizipierten Gefühlen in Verbindung mit einer anstehenden Maßnahme aktiv unterwiesen werden. Das erfolgt meist ähnlich dem autogenen Training. Dabei ist das motivierende Element ein ganz zentraler Bestandteil. Ohne „Grund“ wird in der Regel nichts verändert. Die Basis nachhaltiger Interventionen ist immer eine systemändernde Neukontextuierung.

Fortsetzung folgt

*Dr. med. dent. Torsten Glas
niedergelassen in Leipzig*

Anzeige

Cleveres, modernes Praxismarketing

Saugünstig mit der My-Doc Virtuellen
Rezeption.

Jetzt bis zum **15.01.2019** bestellen.

 www.my-doc.net/spezial

 0351 21 30 33 62

99,-
Nettopreis



**Glück allein reicht
nicht immer aus!**

Fokus Phobie: Krankhafte Angstphänomene in der Zahnarztpraxis Aspekte zu Intervention und Prävention (Teil 2)

Der bewusste Einsatz von psychotherapeutisch begründeten Interventionsmethoden ist hilfreich, um bei Phobikern in der Zahnarztpraxis eine Behandlungsbereitschaft leichter herzustellen und nachhaltig zu verankern. Typische Kommunikationsmuster mit Patienten haben sich bei jedem Zahnarzt individuell im Verlauf der beruflichen Biographie meist „irgendwie“ selbstständig entwickelt. Es ist aber sinnvoll, ein gewisses Repertoire *strategisch-gezielter* Kommunikations- und Interventionstechniken bei Phobiepatienten im Bedarfsfall sofort parat zu haben. Dabei ist die Kommunikation als ursprünglicher Überbegriff der Mitteilung auf allen Kanälen verbaler und nonverbaler Signale gemeint. Dialektik (Gesprächskunst) und Rhetorik (Überzeugungskunst) sind nicht Gegenstand folgender Überlegungen.

Sechs „Werkzeuge“ zur Sofort-Anwendung in der täglichen Praxis

- 1) Die modifizierte „Wunderfrage“
- 2) Anwendung verneinungsfreier Sprache
- 3) „Yes“-Setting
- 4) Therapeutische Metaphern
- 5) Einfaches Autogenes Training
- 6) Die „suggestio post sessionem“

Ziel aller sechs Strategien ist es, dem Patienten ein grundsätzlich immanentes Gelassenheitsgefühl für eine Behandlungsbereitschaft wieder erlebbar zu machen und für künftige Sitzungen zu verankern.

1) Die modifizierte „Wunderfrage“

Generell gilt, dass viele kooperations-induzierende Gespräche auf einem verstärkten Einsatz von Fragen beruhen sollten („Wer fragt, der führt.“). Um eine Verhaltensänderung zu induzieren, müssen die Fragen eine Lösungsorientierung beinhalten. Deshalb ist es kontraproduktiv, den Patienten zu fragen, was er selbst für die Ursache seiner Zahnbehandlungsphobie hält. Denn die meisten Patienten könnten sofort bereitwillig und plastisch schildern, woher ihre Angst kommt: „*Da war in meiner Kindheit mal ein Zahnarzt, der hat ohne Spritze Zähne gezogen und gebohrt ...*“ usw. Eine derartige mentale Selbstreflexion über Negativ-Erfahrungen der Vergangenheit (gelegentlich grotesk überhöht) führt zu einer inten-

sivierten Assoziation mit der Phobie und somit zu einer erneuten Verstärkung der krankhaften Ängste. Ziel ist aber, den Patienten aus seiner problem-assozierten „Phobie-Trance“ in eine gelassene, problemdissoziierte „Zulassung-Trance“ zu versetzen. Mit sehr großem Erfolg wird in der Praxis des Autors hierzu eine Modifikation der sogenannten „Wunderfrage⁷“ eingesetzt. Sie basiert auf einer Idee des amerikanischen Psychotherapeuten Steve de Shazer (1940–2005) und ist beispielhaft für lösungsorientiertes Herangehen. Im Original wird der Klient im psychotherapeutischen Gespräch gebeten, sich vorzustellen, ein „Wunder“ wäre über Nacht geschehen, welches alle Probleme auf einen Schlag gelöst habe. Er solle nun schildern, woran er selbst und seine nächsten Angehörigen diesen neuen Tatbestand bemerken würden. So wird der Patient angeregt, selbst die „passenden“ Zielvisionen zu benennen. Angewandt auf Zahnbehandlungsphobien wird der Patient animiert, zu formulieren, was er sich wünsche, damit die Behandlung gut ablaufen könne. Die Frage muss dabei spontan und trotzdem langsam entwickelt werden, ja wie improvisiert klingen. Der Patient wird so aufgefordert, sein Problem aus einer für ihn völlig neuen Perspektive (eben aus einer lösungsorientierten) zu sehen. Auf diese Art und Weise wird der phobische Patient möglicherweise zum ersten Mal dazu gebracht, Wünsche und Vorschläge zu formulieren, deren Umsetzung seine

eigene Behandlungsbereitschaft ermöglichen könnte. Der Zahnarzt wird also zum „Lotsen der Patientenvorschläge“, wobei er hilfreiche Ideen des Patienten verstärkend und verneinungsfrei im Gespräch wiederholt.

Die modifizierte „Wunderfrage“ in der Zahnarztpraxis kann daher etwa lauten: „Was müsste denn passieren, damit Ihnen die Zahnbehandlung bei uns leichtfallen könnte?“.

Der Patient könnte nun antworten: „Es soll nicht wehtun.“ Der Zahnarzt wiederholt: „Aha, Sie wünschen sich also eine schmerzfreie Behandlung. Das können wir leicht umsetzen.“ Eine typische Fortsetzung durch den Patienten ist der Satz: „Und es soll auch nicht so furchtbar lange dauern.“ Auch hier fasst der Zahnarzt zusammen: „Sie möchten einen zügigen Behandlungsablauf. Das können wir Ihnen ermöglichen.“

Damit wird der „Panikschalter“ an der Grenze zwischen ICH-Bewusstsein und Limbischem System so umgelegt, dass die angeborene Zuversicht wieder mehr Einfluss nehmen kann. So simpel das Ganze scheint, so wirksam ist es doch. Es ist ganz erstaunlich, wie die „phobisch-eingefrorenen“ Patienten in solchen Gesprächen regelrecht „auftauen“.

Sollte der Patient zunächst ratlos sein und lediglich sagen: „Ich will am liebsten eine Vollnarkose.“, wird eine Brücke gebaut: „Ja, aber nehmen wir einmal an, die Vollnarkose wäre noch nicht er-



funden, ... was müsste denn dann sein, damit wir Ihnen helfen können?". Ist der Patient immer noch ohne rechte Idee, kann man etwa ergänzen: „Machen wir das Ganze doch einfach mal nur als Gedankenspiel ..., und sei es auch nur mir zuliebe [hiermit meint der Zahnarzt sich selbst] ..., was könnten Sie sich vorstellen, damit Ihnen die Behandlung leicht falle?“. Spätestens jetzt sollte ein tatsächlich nach Hilfe suchender Patient konstruktiv mitarbeiten können. Geht der Patient überhaupt nicht auf die Hilfestellungen ein, dann hat er offenbar keinen wirklichen Willen zur Kooperation. In diesem Fall kann man das Gespräch freundlich abbrechen und den Patienten entweder zu einem psychotherapeutisch geschulteren Kollegen oder Psychotherapeuten weiterverweisen. Bei absolut akutem Behandlungsbedarf ist alternativ das Ausweichen auf pharmakologisch unterstützte Therapiemethoden (Lachgas, Midazolam, Intubationsnarkose) denkbar. Derart lösungsorientiertes Fragen erweist sich als hervorragendes Instrument, um innerhalb von wenigen Minuten kooperationswillige Patienten von solchen zu selektieren, die noch keine wirkliche innere Bereitschaft zur Veränderung aufbringen wollen oder können. So lässt sich wertvolle Behandlungszeit in der Praxis für interventionswillige Patienten bereithalten.

2) Anwendung verneinungsfreier Sprache

Dem Limbischen System als Zentrum der Gefühlsverarbeitung (vgl. Teil 1 dieser Artikelserie) fällt es schwer, indirekte Sätze mit Verneinungen zu verstehen. Es „mag“ generell kurze, klare verneinungsfreie Ansagen. Dazu zwei illustrierte Beispiele:

Variante 1 „Heute regnet es nicht und deshalb muss ich nicht zu Hause bleiben. Weil ich auch nicht arbeiten muss, wird meine Freizeit nicht von außen bestimmt. Deshalb fühle ich mich auch nicht traurig, sondern brauche nicht an all meine Probleme zu denken und muss

nicht irgendwelche Dinge tun, die ich nicht mag. Darum fühle ich mich heute überhaupt nicht bedrückt.“

Oder:

Variante 2 „Heute ist schönes Wetter und ich kann hinausgehen. Ich habe frei und bin mein eigener Chef. So bin ich fröhlich und kann tun, was mir Spaß macht. Deshalb fühle ich mich heute so gut.“

Obwohl inhaltlich dieselben Sachverhalte ausgedrückt werden, wird die kürzere, verneinungsfreie Aussage bei der zweiten Variante schneller verstanden, weil sie nicht erst „übersetzt“ werden muss. Es entsteht gleichzeitig subjektiv ein besseres Gefühl, weil negativ besetzte Wörter fehlen.

Deshalb ist die Verbindung einer verneinungsfreien Sprache mit der vorgenannten „Wunderfrage“ so verblüffend wirksam.

Es erfordert Übung, unnötige Negationen aus den eigenen Sprachmustern zu verbannen. Sagt man dem Patienten: „Die Zunge jetzt nicht bewegen!“ führt das fast unweigerlich zu einer Zungenbewegung. Formuliert man hingegen: „Die Zunge einfach so lassen!“, bleibt sie meistens ruhig.

Eine kritische Selbstbeobachtung der eigenen Kommunikation ist aus diesem Grund unbedingt empfehlenswert. Sowohl hinsichtlich unnötiger „Füllwörter“, als auch in Bezug auf unnötige Verneinungsformulierungen. Nach wenigen Wochen bewussten Übens kann auf diese Weise ein sehr direktes, leicht verständliches und somit „limbisches Sprechen“ antrainiert werden.

3) „Yes-Setting“

Der Phobiker auf dem Zahnarztstuhl befindet sich in einer ganz besonderen psychischen Verfassung. Er ist auf sich gestellt, isoliert und kann auf keine externe Hilfe beim Beurteilen von äußeren Inputs setzen. Das ist eine durchaus komfortable Situation für den Zahnarzt, weil dessen Aussagen, einschließlich der suggestiven, für den Patienten objektiv schwer



**Wir arbeiten für Ihren Erfolg:
Lösungsorientiert, fachbezogen
und verständlich!**

**In 16 Niederlassungen
für Sie da**



BUST Niederlassung Dresden:

Jägerstraße 6
01099 Dresden

Telefon: 0351 828 17-0

Telefax: 0351 828 17-50

E-Mail: dresden@BUST.de

www.BUST.de

auf tatsächlichen Wahrheitsgehalt überprüfbar sind. In dieser Situation ist es relativ leicht, Behauptungen aufzustellen. Werden diese Behauptungen zudem an eine Folge von wahren, plausiblen, glaubwürdigen Aussagen angehängt, wird dadurch eine ganz allgemeine Zustimmungshaltung (eben das „yes-setting“ aus dem NLP²) vorbereitend gebahnt, die die letzte, eigentlich unwahre Behauptung, im Gesamtkontext akzeptabel macht. Kurz gesagt: Durch diese Vorgehensweise wird das kritische Wachbewusstsein „ausgetrickst“. Nachfolgendes Beispiel mag das illustrieren: „Und wie Sie hier auf dem Zahnarztstuhl sitzen ... [stimmt], mich reden hören ... [stimmt] und unsicher sind, was jetzt wohl gleich geschieht ... [stimmt], spüren Sie, wie Sie schon ruhiger werden ... [stimmt nicht unbedingt, aber, weil die ersten drei Aussagen wahr waren, wird die vierte schließlich auch als „wahr“ akzeptiert].“

4) Die therapeutische Metapher

Die Anwendung von sogenannten „therapeutischen Metaphern“ kann ein starkes Prinzip im konstruktiv-therapeutischen Gespräch werden. Die Wirkungsweise ist schon seit Jahrhunderten bekannt, wurde aber besonders durch den amerikanischen Psychotherapeuten Milton H. Erickson (1901–1980) als psychotherapeutische Technik, besonders im Zusammenhang mit Trancephänomenen, in den Blickpunkt gerückt. Es wird berichtet, dass er mittels dieser Methode extreme Kurzzeit-Therapien erfolgreich durchgeführt habe²¹. Der Methode liegt die Annahme zugrunde, dass eine „autoritäre Anweisung“ durch den Therapeuten an den Patienten häufig abgelehnt wird, weil der Patient gegen eine solche Form der unerwünschten, externen „Belehrung“ innere Widerstände aufbaut. Hingegen ist bekannt, dass man sich regelhaft mit einer handelnden Person, etwa in Belletristik, Theater oder im Kinofilm, sehr intensiv identifizieren kann. Derartige „Stellvertreter-Geschichten“

entwickeln ein ausgeprägtes, „versteckt-suggestives Potenzial“. Der Therapeut bietet also dem Patienten eine reale (oder erfundene) Geschichte an, in deren Handlungsverlauf der Haupt-Akteur ein ähnliches Problem hat, wie es der Patient präsentiert. Im Verlauf wird erörtert, wie dieser Vorbild-Patient das Problem erfolgreich gelöst hat. Zum Beispiel ist eine mangelhafte psychische Adaptation an einen eigentlich einwandfreien Zahnersatz schwer durch logische und „zurechtweisende“ Argumentation zu verbessern. Allgemeines „gutes Zureden“ kann bei dem betroffenen Patienten eine innere Ablehnung der Hinweise auslösen. („Der kann mir viel erzählen, der hat ja noch alle Zähne und muss sich nicht mit einer solchen Prothese herumplagen.“) Berichtet man jedoch von einem analogen Patienten, der „länger ganz ähnliche Probleme“ gehabt habe, aber nach einer gewissen Zeit bemerkte, „wie gut er schließlich die Prothese benutzen konnte, weil er gelernt hatte, dass es etwas Geduld und manchmal Korrekturen braucht, bis sie zum neuen, wichtigen und auch schönen Teil seines Körpers geworden ist“, wird die Akzeptanzbereitschaft über einen solchen Umweg erhöht.

Dem Patienten wird also anhand einer Beispielgeschichte ein erfolgreicher Lösungsansatz aufgezeigt. Ihm steht es scheinbar frei, diesen Ansatz auch für sich anzunehmen oder nicht. Er kann sich jedoch der Übersetzung auf seine Person kaum entziehen.

5) Einfaches Autogenes Training

Diese Methode geht auf Schultz²⁴ zurück und wurde aus den viel älteren Elementen und Prinzipien der Meditation/Kontemplation, sowie Hypnose entwickelt. Durch Fokussierung der eigenen Körperwahrnehmung („Achtsamkeit“, das heißt u. a., entspannt beobachten, wie der Atem von allein funktioniert, das Herz automatisch schlägt, die Beine, der Rücken, die Schultern, der Nacken sich anfühlen usw.) entsteht durch absolute

Zentrierung des Personalen auf den Augenblick der unmittelbaren Gegenwart ein tranceähnlicher Zustand. Dieses Erlebnis bedeutet „Selbstvergessenheit“. Das ist ein Begriff, den Franz Kafka literarisch in seinen Tagebüchern einführt und den er als Grundlage der (künstlerischen) Kreativität überhaupt ansieht. Selbstvergessenheit ist aber Grundlage wahrhaftigen, schöpferischen Veränderungsdenkens überhaupt. Die auf diese Weise erreichte Ausschaltung des personalen ICH ermöglicht es, individuelle, irrationale, mental festgefahrene Projektionen zu verlassen und das angeborene Zuversichtsgefühl des Unbewussten hervortretbar zu machen. Diesen Zustand des zeitlos-freien, einfachen Daseins erreicht jeder Mensch auch auf andere Weise für kurze Zeit täglich mehrfach. So zum Beispiel im Moment des Staunens, beim herzhaften Lachen über einen Witz usw. Dabei sind alle sonstigen Stressoren kurz ausgeschaltet. In solch einer Gemüthsaltung (= Alltagstrancen) entsteht gleichzeitig immer Platz für neue Sichtweisen auf alte Probleme. Man kann diesen mentalen Zustand bewusst herbeiführen und für die Induktion von Veränderungen nutzen lernen. Im Zusammenhang mit der Technik einer autogenen Trainingsvariante erläutert man dem Patienten einleitend, dass viele Menschen berichten, dass sie bereits am Abend vor einem Zahnarzttermin schweißgebadet vor Angst im Bett lägen. Dies sei der Beweis dafür, dass die Psyche Körperfunktionen spürbar beeinflussen könne, obwohl die furchtverursachende Situation ja noch in weiter Ferne liege. Der Körper reagiere aber eben dennoch real. Man erklärt weiter, dass solche Reaktionsmuster auch bewusst umgekehrt genutzt werden könnten, um in einer realen, tatsächlich unangenehm erwarteten Situation ein ganz entspanntes Gefühl zu erzeugen. Dazu solle der Patient zu Hause spezielle Übungen im Sinne eines Trainings durchführen. Dem Patienten wird empfohlen, mehrmals vor dem nächsten Termin, zu Hause, zu einem Zeitpunkt, zu dem er *nicht müde* ist, sich



ca. 10 Minuten absolut ungestörte Zeit zu gestatten. Dabei müsse er auf einem – nicht zu bequemen – Stuhl aufrecht Platz nehmen. Er solle die Augen schließen, die Hände locker auf den Oberschenkeln ablegen und sich anschließend mental in eine angenehme Zielvision bewegen. Das sollte vorzugsweise eine lebhaft, schöne Erinnerung aus der jüngeren Vergangenheit, oder auch der Kindheit sein. Diese solle er sich als „5D-Kino“ vorstellen und tatsächlich empfinden lernen: als bewegte Bilder mit Gefühl, Geruch, Geschmack und Tastempfindung. Den so intensiv antrainierten Zustand kann der Patient dann später auf dem Zahnarztstuhl gezielt abrufen. Dabei ist es häufig beeindruckend, wie einfach und schnell der Patient auf diese Weise eigenständig in tiefe Trance gehen kann, wenn man ihn darum bittet. Es ist wichtig, ihm ausreichend Zeit zu geben. Der Patient soll, wenn er die Zielvision erreicht hat, dies dann verbal oder auch mit einer leichten Zustimmungsbewegung (Kopfnicken oder Fingerbewegung) signalisieren. Während der Zahnbehandlung in solcher Trance auftretende Gefühlsäußerungen, die noch Unbehagen signalisieren, sind dabei kein Problem. Sie sind im Rahmen natürlicher Bewältigungsprozesse notwendig und zugelassen.²⁶

Der Vollständigkeit wegen sei angemerkt, dass ein entsprechend geschulter Therapeut einen solch veränderten Bewusstseins-Zustand auch ohne vorherige Konditionierung beim Patienten induzieren kann. Dann nennt man ihn hypnotisch eingeleitete Trance.

6) Die „suggestio post sessionem“

So benennt der Autor die bewusste Utilisation einer suggestiven Formulierung an den Patienten nach dem Behandlungsabschluss in Vorbereitung der Folgesitzung. Der entscheidende Moment dazu ist der, in dem der Patient das überraschte Glücksgefühl einer soeben erfolgreich überstandenen Behandlungsmaßnahme mit einem gewissen „Staunen über sich selbst“ erlebt. In die-

sem kurzen Augenblick des entspannten Gelöstseins-Gefühls, entstanden durch Endorphinausschüttung im noradrenergen System, besteht erfahrungsgemäß ein Moment der deutlich erhöhten Suggestibilität. Eine jetzt platzierte, passende, beeinflussende Behauptung kann eine sehr starke Langzeitwirkung entfalten. Dies ist analog dem klassischen, posthypnotischen Befehl zu sehen. Zunächst wird der Patient viel gelobt und angeregt, die Harmlosigkeit der eben erlebten Sitzung selbst zu verbalisieren. Einleitend kann man dazu fragen: „Und Sie haben sicherlich gemerkt, dass es viel harmloser war, als Sie dachten, nicht wahr?“ und so eine positiv besetzte Response des Patienten induzieren: „Ja, ich gebe zu, das war alles nicht schlimm.“ Wie beim posthypnotischen Befehl wird dem Patienten zusätzlich eine Suggestion mit auf den Weg gegeben. Z. B.: „Und Sie werden merken, dass es in den kommenden Sitzungen so ist, als hätten sie sämtliche Furcht an der Garderobe abgegeben und nie wieder abgeholt. So kann künftig alles Unangenehme komplett vergessen werden und alles wird immer leichter und angenehmer.“ Die Verabschiedung wird also mit der suggestiven Behauptung verbunden, dass künftig krankhafte Ängste ausbleiben, weil sie aus dem Bewusstsein verschwunden sind. Diese Ankündigung des „Immerbesseren-Gelingens“ wird vom Unterbewusstsein des Patienten in vielen Fällen registriert und abgespeichert.

Hierbei ist zusätzlich – aus der Reflexion heraus – sekundär der Effekt einer Konfrontationstherapie entstanden.

Die „Werkzeuge“ als Teil eines Systems

Die hier vorgeschlagenen Interventionsverfahren besitzen in Bezug auf Wirksamkeit ein starkes Potenzial. Das gilt ganz besonders, wenn sie in Kombination angewandt werden. Die gesamte Kommunikation kann, wenn es angebracht scheint, durch eine dezente, respektvolle Berührung ergänzt werden. Die Sprachmelodie kann bestimmte

Wörter und Satzbestandteile markieren und damit einen zusätzlichen Informationsinhalt als Subtext durch Wertung transportieren. Immer spielt jedoch die authentische Wirkung des gesamten zahnärztlichen Personals mit der zentralen Figur des Praxisinhabers eine entscheidende Rolle.

Für die meisten Patienten mit phobischer Grundhaltung ist es wichtig, dass der behandelnde Zahnarzt eine zwar verständnisvolle, dabei aber immer souveräne Führungsrolle einnimmt. Diese darf der Zahnarzt auch während einer eventuell länger dauernden Behandlungsmaßnahme auf keinen Fall aufgeben. Auch nicht nonverbal. Selbst dann nicht, wenn unerwartete Ereignisse und Komplikationen den Behandlungsverlauf beeinflussen. Patienten mit krankhaften Angstphänomenen würden das sofort über den „sechsten Sinn“ bemerken und könnten schnell wieder eine schwer beherrschbare Panikreaktion ausbilden. Es bedeutet darüber hinaus durchaus eine Herausforderung, ein einmal aufgebautes Vertrauensverhältnis über Monate und Jahre aufrechtzuerhalten.

Der Umgang mit Kindern und Jugendlichen erfordert eine modifizierte Herangehensweise, die abschließend und dabei auch unterhaltsam im Fortsetzungsteil 3 beleuchtet werden wird.

Dr. Torsten Glas

Straße am Park 2, 04209 Leipzig

Quellen zu Teil 1 und 2:

www.zahnaerzte-in-sachsen.de

Zitat des Monats

Der moderne Mensch wird in einem Tätigkeitstaumel gehalten, damit er nicht zum Nachdenken über den Sinn seines Lebens und der Welt kommt.

Albert Schweitzer (1875–1965)



Fokus Phobie: Krankhafte Angstphänomene in der Zahnarztpraxis (Teil 3) Umgang mit Kindern und Jugendlichen

Der dritte Teil der Artikelfolge beschäftigt sich mit einigen Besonderheiten zum Umgang mit Kindern und Jugendlichen in der Zahnarztpraxis. Gerade hier ist ein wohlüberlegtes Handeln wichtig, bei dem man immer reflektieren sollte, was dieser oder jener Schritt bzw. dieses oder jenes Ereignis in der Behandlungsphase perspektivisch in der kindlichen und jugendlichen Psyche verankern könnte. So stehen sowohl Überlegungen zur Vermeidung negativ-prägender Erlebnisse als auch Interventionsvorschläge im Vordergrund.

Entwicklungsbesonderheiten bei Kindern und Jugendlichen

Im Gegensatz zur Erwachsenenbehandlung müssen beim Kind vielfältigere altersgemäße und situativ-angepasste Interventionswege beschritten werden. Jede biografische Entwicklungsstufe sollte dabei als jeweils ausgereift angesehen werden, in die man sich hineinversetzen muss. Kenntnisse über entwicklungspsychologische Zusammenhänge^{4, 15, 27} sind hierfür Voraussetzung.

Adoleszenz-Reifestadien im Zusammenhang mit Zahnbehandlungen: Kleinkinder (bis 2. Lebensjahr)

Sie sind in der Zahnarztpraxis zunehmend häufiger als noch vor zehn Jahren anzutreffen. Sie präsentieren durchaus schon vielfältige Anlagen, die erst künftig zum individuellen Persönlichkeitsmerkmal werden könnten. Es kommt zu zielgerichteter Lautäußerung, Bindungsverhalten und Gefühlskontrolle. Man findet hier die genetische Anlage des zuversichtlichen „Urvertrauens“ besonders deutlich. Bei einem Zahnarztbesuch ist ein äußerst behutsames, dabei zügiges Vorgehen angezeigt.

Vorschulkinder (3. bis 5. Lebensjahr)

Sie leben vorrangig in der Welt des Augenblicks und nehmen die Wirklichkeit staunend wahr. Handlungen sind noch weitgehend impuls gesteuert, wurzeln also eher im emotionsverarbeitenden Anteil des Gehirns. Ein Erfahrungsschatz,

auch als Referenz für planmäßiges Handeln, muss erst entstehen. Erkennen und Begreifen erfolgen spielerisch, abstraktes Denken ist weitgehend noch unmöglich, weshalb Argumentationen aus der Erwachsenen-Logik häufig scheitern. Kinder dieses Alters können sich noch nicht in andere Personen hineinversetzen, sie brauchen klare Regeln und achten sehr auf deren Einhaltung im Sinne von richtig/wahr und falsch. Persönliche Zuwendung ist sehr wichtig. Geruchsassoziationen sind vordergründiger, als in späteren Lebensphasen. Der allererste Zahnarzttermin hat eine besonders vertrauensbildende Schlüsselfunktion und es sollte absolut stressfrei stattfinden. Da Arztbesuche in diversen Zusammenhängen schon erfolgt sind, können dort erlebte, unangenehme Maßnahmen (z. B. Impfungen) transitorisch den allerersten Zahnarztbesuch störend beeinflussen. Die Kinder reagieren dann, auch beim Erstbesuch, mitunter unerwartet unverhältnismäßig heftig im Sprechzimmer. Manche Kinder verweigern die Behandlung introvertiert-passiv, andere sind extrovertiert-schreiend schwer zu führen. Da eine echte Phobie in dieser Lebensphase in der Regel nicht vorliegen kann¹², sind diese Non-Compliance-Verhaltensweisen als Situationspanik einzustufen. Derartige Reaktionen treten meist kurz vor dem oder unmittelbar im Sprechzimmer auf und sind in der Regel nach Verlassen des Sprechzimmers wieder völlig verschwunden.

Eine ungünstige Konditionierung durch Verwandte oder Freunde kann ebenfalls vorliegen. Das „Elternmanagement“ ist von großer Bedeutung⁹. Es ist häufig erschreckend, wie Eltern ihr Kind auf eine anstehende Zahnbehandlung vorbereiten. Sie begehen – im guten Glauben – oft mehrere Kommunikationsfehler auf einmal. Dabei wird dem Kind durch Angehörige beispielsweise plastisch geschildert, wie zunächst „gebohrt“ wird. Gleichzeitig folgen, meist ungläubwürdige Erläuterungen, dass „alles gar nicht so schlimm“ sei. Schließlich kommt ein völlig verunsichertes Kind mit unnötig falscher Konditionierung erstmalig in die Sprechstunde. Es fürchtet sich einerseits, andererseits möchte es die Eltern nicht enttäuschen. Das ist ein sehr spezielles, psychologisches „Setting“, dessen sich jeder Zahnarzt bewusst sein muss. Die Eltern sollten daher zuvor instruiert werden, den anstehenden Zahnarztbesuch hinsichtlich der zu erwartenden Maßnahmen am besten gar nicht zu kommentieren. Vielmehr sollte der Zahnarztbesuch als notwendige Tatsache eher beiläufig kommuniziert werden. Etwaige eigene Phobien sollten die Eltern dem Kind nicht mitteilen. Das Kind wird von der Assistenz oder dem Zahnarzt persönlich im Wartezimmer abgeholt und begrüßt. Führt es ein Spielzeug mit sich, kann dies in eine kurze Unterhaltung, auch während diagnostischer/therapeutischer Maßnahmen, mit einbezogen werden. Im Zentrum der Kommunikation steht

die einfühlsame, verbale und bewusst nonverbale Interaktion. Blickkontakt, verbunden mit einem Lächeln, ist als expressive Körpersprache in Verbindung mit respektvoller Berührung unabdingbar. In der Regel finden Diagnostik und ggf. Therapie auf dem Schoß der Vertrauensperson (Elternteil) statt. Der Befund wird spielerisch, aber dennoch stringent aufgenommen und ggf. mit scherzhaften Formulierungen durchsetzt: „Hast Du überhaupt schon Zähne?“, „Sind die an den Füßen? Ach so ... im Mund ... zeig mal bitte.“; „Sind das Jungs- oder Mädchenzähne?“²⁶ usw. Paryab und Arab¹³ belegten erneut den Nutzen der bekannten Vorgehensweise nach dem Prinzip „Tell-Show-Do“²². Der Autor entscheidet von Fall zu Fall, ob er behandlungserklärend oder zu einem völlig anderen, kindgemäßen Thema (Geschichten, Film, Buch) kommuniziert. Im letzteren Fall werden Diagnostik sowie Behandlungsmaßnahmen scheinbar „nebenbei“ durchgeführt.

Das zahnärztliche Instrumentarium wird mit harmlosen Assoziativnamen belegt. Ist eine therapeutische Maßnahme notwendig, soll sie schmerzarm und sehr zügig erfolgen. Denn ein Erinnerungs- und Lernvermögen beim Kind ist aktiv und kann ungünstig prägende psychische Verfasstheiten ankern. Je länger eine Behandlung dauert, umso lebhafter wird sie erinnert. Die Faustregel „Lebensalter des Kindes mal drei = maximale Behandlungsdauer in Minuten“², ist eine gute Orientierung. Bewusst unvollständige Kariesexkavation sowie die nicht-restaurative Karieskontrolle sind, wenn klinisch vertretbar, daher in dieser Lebensphase auch empfohlen¹⁷. Immer ist eine nonverbale Vermittlung von unbedingtem und stringentem Vorgehen unerlässlich. Mit Lokalanästhesie sollte nicht gespart werden. Sie kann nach vorheriger Oberflächenanästhesie und zusätzlich geschickter, suggestiver „Verbalberieselung“ meist leicht erfolgen¹. Kurze Missfallensäußerungen („Au!“) sind generell in allen Lebensphasen Teil der Bewältigungsstrategie²⁴ und brau-



Das persönliche Abholen aus dem Wartebereich schafft erstes Vertrauen

chen nicht unterdrückt zu werden. Dies sollte den Eltern aber gegenüber entsprechend angekündigt werden. Es hat sich in der Praxis bewährt, zu erwartende, unangenehme Empfindungen dem Kind vorsorglich umzudeuten („wenn es kitzeln sollte, darfst du auch lachen“ usw.), jedoch ohne, dass der Eindruck einer Lüge beim Kind entsteht. Jede Sitzung sollte dem Kind gegenüber immer als Erfolg dargestellt werden. Dabei wird selbstverständlich ganz viel gelobt. So, wie Gefühle scheinbar rationale Körperreaktionen mit Körpersprache dominieren, ist das in gewissem Umfang auch umgekehrt möglich und kann bewusst genutzt werden. Eine willentlich erzeugte, körperliche Entspannung führt zu einer beruhigten, mentalen Einstellung. Initiiertes, stimuliertes Lachen entkrampft körperlich und seelisch. „Wenn du jetzt rausgehst, darfst du ganz laut lachen und so allen zeigen, dass alles ganz in Ordnung ist.“ Über das nach der Sitzung äußerlich angeregte „Fröhlich-Sein“ entsteht parallel eine entspannte Gemütsverfassung.

Eine deutlich demonstrierte Behandlungsunwilligkeit beim Kind ist in jedem Fall eine Herausforderung. Wer es beherrscht, kann hypnotische Techniken adjuvant zum Einsatz bringen^{2, 3, 18}. Die fast immer vorhandene



Eine gute Kommunikationsbasis ist der Blickkontakt, verbunden mit respektvoller Berührung

hohe kindliche Phantasiebereitschaft ist dafür eine günstige Voraussetzung. Allerdings gelingt eine Tranceinduktion bei Kindern ebenso schnell, wie sie auch wieder verloren geht. Insgesamt kann Kinderhypnose als etwas für Fortgeschrittene angesehen werden. Eine adjuvante Lachgas-Sedierung erfordert neben der Beherrschung von Methodik und Indikationsstellung eine parallele, individuell abgestimmte psychische Führung beim Kind sowie das Zulassen der Nasenmaske. Bei absoluter Non-Compliance und ausgeprägter Behandlungsbedürftigkeit erscheint die Behandlung in Intubationsnarkose indiziert, weil hierbei viele Therapiemaßnahmen ohne psychische Traumatisierung auf einmal erfolgen können. Die Vertrauensbildung kann danach über anschließende harmlose Prophylaxesitzungen erfolgen.

Schulkinder (ca. 6. –17. Lebensjahr)
Die meisten Kulturen der Welt erkennen ein biografisches Wende-Phänomen etwa um das 6. Lebensjahr⁸. Die Kinder erleben gewaltige, intellektuelle Fortschritte mit der Entwicklung bewusster Eigenwahrnehmung. Der jeweils vorherrschende Kultur-Kodex wird assimiliert²⁵. Es entsteht zunehmend zielorientiertes Denken nach Belohnungsprinzipien im Rahmen vorgefun-

dener Vorbild-Konzept-Konstrukte. Es bildet sich die Zeitempfindung, durch die viele zyklische und chronobiologische Abläufe vektorieell-linear erlebt werden.

Die allmählich verankerten Ideen, Überzeugungen und Verhaltensmuster der Umgebung werden auch als „Meme“⁶ zusammengefasst. In diesem Lebensabschnitt können die wichtigsten Ursachen für spätere Phobien gesucht werden⁷. Die Frage, wie stark die Langzeitverankerung solcher Prägungen im Kindes- und Jugendalter ist, wird unterschiedlich gesehen²¹. Ganz entscheidend ist, dass sich jetzt das Selbstwertgefühl bildet – eine wesentliche Voraussetzung für das Einordnen der eigenen Persönlichkeit in den Kontext der Sozialumgebung. Jede interpersonelle Aktion ist grundsätzlich von Wertschätzung bzw. Akzeptanz oder Verletzung der jeweiligen Selbstwertgefühle gekennzeichnet²³. Das lässt auch das Empfinden in Bezug auf entwicklungssoziologische Statusbegriffe entstehen⁵. Hoch-, Tief- und Gleichstellungsstatus sind Grundlage jeder dramaturgischen Theateridee¹⁰ und somit (überhöhter) Ausdruck der Rolle auf der tatsächlichen Lebensbühne, in der sich jeder Heranwachsende allmählich sieht. Man kann die Phasen 6.–12. (kindlicher Jugendlicher) und 13.–17. Lebensjahr (älterer Jugendlicher) unterscheiden.

Bei der ersten Gruppe (6.–12. Lebensjahr) sind üblicherweise aus zahnmedizinischer Sicht die Wechselgebissphase und ggf. kariöse Läsionen von Bedeutung. Die Rollenverteilung während Untersuchung und Behandlung muss für das Kind immer klar erkennbar sein: Der Zahnarzt hat im Sprechzimmer die Führung. In die Kommunikation können vorsichtig, allmählich rational, argumentative Elemente eingeflochten werden. Vertrauensbildende Gesprächsthemen können sich auf Schule, Freunde, Hobbys beziehen. Teilweise hat man es bereits frühzeitig mit sehr verständigen Kindern zu tun, manchmal zeigt

sich im Gespräch mit dem Kind, dass eine langsamere Entwicklung vorliegt. Entsprechend flexibel muss der Umgang gestaltet werden.

Es ist empfehlenswert, nur einen Elternteil im Sprechzimmer zuzulassen. Hat man das Gefühl, dass der mitanwesende Elternteil einen ungünstigen Einfluss im Sprechzimmer ausübt, ist ein sanftes Hinausbitten – auch gegen den Willen des Kindes – hilfreich. Denn auf diese Weise wird der emotionale Rückzugsweg zum „vertrauten, mitfühlenden Angehörigen“, von dem das Kind vielleicht sogar die Einleitung eines Behandlungsabbruchs von außen ersehnt, rigoros abgeschnitten. Die Aufmerksamkeit des Kindes muss sich dann allein auf den Zahnarzt richten. Es wird immer sehr viel mit Lob gearbeitet. Den Ehrgeiz anstachelnd, kann man dem Kind ankündigen: „Mal sehen, ob du heute auf meiner Liste der besten Patienten den Platz 3 erreichen kannst. Ein Kind hat vorhin den zweiten Platz errungen.“ Nach der (erfolgreichen) Sitzung verkündet man: „Du bist sogar auf Platz 1 gelangt!“²⁰.

Blickkontakt hat Schlüsselfunktion

Immer ist es äußerst wichtig, auf dem direkten Blickkontakt zu bestehen und eine Kommunikation aufzubauen, die von einer sanft-dominanten Durchsetzungshaltung des Zahnarztes gekennzeichnet sein muss. Dieses nonverbale „Dominanz-Signal“ wird vom „gedankenlesenden“ Kind wahrgenommen. Verweigert das Kind den Blickkontakt, wird umso nachdrücklicher darauf gedrungen. Wenn der Blickkontakt, trotz mehrmaliger Bitte durch das Kind nicht erwidert wird, sollte die Sitzung abgebrochen werden. Wird beim nächsten Termin ein ähnliches Verhalten deutlich, muss nach einer Alternative gesucht werden. Eine adjuvante Lachgassedierung setzt, wie schon erwähnt, ein gewisses Mindestmaß an Kooperationsfähigkeit (Akzeptieren der Nasenmaske)

und einen psychischen Rapportaufbau voraus. Erhärtet sich der Eindruck, dass der junge Patient einfach noch nicht „über seinen Schatten springen“ kann oder will, ist bei umfangreichem Behandlungsbedarf ein Eingriff in Allgemeinarkose angezeigt. Anschließend wird dann über Prophylaxesitzungen versucht, eine normale Behandlungsbereitschaft herzustellen.

In jedem Fall erzeugt eine aus der Perspektive des Kindes erfolgreich verlaufende Zahnarztsitzung ein Stolz-Sein- und Glücksgefühl. Ein abschließendes Geschenk in genau diesem Augenblick kann zu einer sehr starken Verankerung der positiven Erinnerung beitragen. Hier kommt eine Analogie zum posthypnotischen Befehl zum Tragen.

Zwar wird eine Vielzahl von Standard-Geschenk-Sammlungen kommerziell angeboten, doch sind sie wegen ihres gleichermaßen geringen materiellen und emotionalen Wertes meist nur sehr kurzlebige Anker.

Viel besser ist ein individualisiertes Geschenk. Weil gerade das Staunen dazu beiträgt, den Moment der Glücksempfindung als zeitloses, frohes „Dasein im Jetzt“ zu konservieren, sind Wertschätzungen mit Überraschungs-Effekt besonders nachhaltig. Sie können materiell und immateriell sein.

Die zweite Gruppe dieses Altersabschnitts, vom 13. Lebensjahr an, kann als Beginn des Jugendalters mit allmählichem Übergang in das Erwachsenenalter angesehen werden. Der Zahnwechsel ist jetzt fast abgeschlossen. Es gibt auch hier unterschiedlich fähbare Patienten. Die Kommunikation ist immer mehr wie bei Erwachsenen möglich. Dennoch ist die Besonderheit der Pubertät zu beachten. Obwohl gerade in dieser Lebensphase viel Wert auf das äußere Wirkungs- und Erscheinungsbild gelegt wird, überwiegt die Abneigung

vor der zahnärztlichen Behandlung manchmal so stark, dass kariös-entstandene Frontzahnsituationen paradoxerweise akzeptiert werden. Gegen den Willen des Patienten ist eine Behandlung nicht möglich. Erkennt man den Status der trotzigen Non-Compliance und hat gleichzeitig den Eindruck, dass rationale Verständigkeit vorhanden ist, ist es nach der Erfahrung des Autors durchaus legitim, auch mit Zwickmühlen zu arbeiten. So darf durchaus versucht werden, ein „konstruktives Schamgefühl“ beim jungen Patienten zu installieren. Damit ist gemeint, dass man eine souveräne Haltung als Zahnarzt bewahrt und deutlich zu verstehen gibt, dass der Patient sich mit Unvernunft zweifellos selbst einen Schaden zufügen wird, der ihm möglicherweise zu unpassender Gelegenheit Probleme bereiten kann. Auf diese Weise wird der jugendliche Patient letztlich in die Rolle des selbstverantwortlichen Entscheiders geführt.

Einsatz besonderer Effekte bei der Kinderbehandlung in der Zahnarztpraxis

Es gibt Publikationen^{11,14}, die Zauberkunststücke als Schlüssel zu einer primären Vertrauensbildung empfehlen. Das ist möglich. Der Autor vorliegender Publikation tut das nicht und nutzt derartige Effekte auch nicht als Element der Konfusion oder Faszination im hypnotherapeutischen Sinne. Der Autor ist der Auffassung, dass ein nachhaltiges Zutrauen über das Vorführen eines Zauberkunststücks in der vorbereitenden oder akuten Behandlungssituation nicht erreicht werden kann. Kinder durchschauen taktische Bemühungen der Erwachsenen erfahrungsgemäß recht schnell. Sie wollen gern Handpuppen sehen sowie Zauberkunststücke vorgeführt bekommen. Bei dieser „Eisbrecher“-Taktik besteht die Gefahr, dass sich der Zahnarzt durchaus manipulierbar macht, weil der junge Patient geschickt, um weitere Effekte bittend,

den eigentlichen Behandlungsbeginn hinauszögern kann. Respektspersonen, die auch mit Vertrauen arbeiten (Lehrer, Erzieher ...), müssen auch ohne Tricks und „Hokuspokus“ eine akzeptierte Autorität erreichen, auch wenn es um unangenehmere Aufgaben geht. Deshalb ist grundsätzlich zu vermitteln, dass, wie neben anderen wichtigen, aber manchmal wenig beliebten Dingen im Leben, auch Zahnbehandlungen zum Alltag gehören.

Ein Zahnarzt muss daher auf die Wirkung seiner Persönlichkeit mit echter Zuwendung vertrauen. Die absolute Intention, in den nächsten Minuten zweifelsfrei eine Diagnostik und ggf. Behandlung durchzuführen, sollte immer unmissverständlich verbal und nonverbal kommuniziert werden. Der Zahnarzt befindet sich auch während der Kindersprechstunde in der schon erwähnten „Verwirklichungs- oder Durchsetzungstrance“. Sie ist bestimmt von einer Ausstrahlung, die Freundlichkeit mit Bestimmtheit verbindet. Aus seiner Erfahrung heraus verwendet der Autor demonstrativ externalisierte Behandlungsmotivationen als Hilfsmittel zur sekundären Vertrauensfestigung ausschließlich nach erfolgter Behandlung. Sie erfüllen dabei vordergründig eine Belohnungsfunktion, ähnlich der üblichen Standard-Geschenke. Sekundär werden sie zusätzlich zum positiven „Anker“ des durch gelungenes Zulassen der Behandlung eingetretenen Stolz-Sein-Gefühls. Damit wird indirekt das Selbstwertgefühl des kleinen Patienten gestärkt. Es entsteht so ein länger anhaltender „post-Rapport“.

Das ausdrückliche Verwenden des schon in Folge 2 erwähnten „postsessionalen Momentes“ will dramaturgisch gut durchdacht sein und muss schnell zu einem unvergesslichen, verblüffenden Augenblick des Besonderen werden. Zur positiven Verankerung eines Zahnarztbesuchs nach Behandlungsabschluss empfiehlt der Autor bei Kindern das Mitgeben von außergewöhnlichen

Belohnungen, z. B. Verbalrätsel, Bilderrätsel (Doodles), Bastelvexierspiele und Zauberkunststücke. Eine wirkungsvolle Präsentation erfordert jedoch genaue Überlegungen hinsichtlich des Effekts und praktikabler Anwendbarkeit sowie Übung. Eine Münze „mit Zauberkraft“ wird so zum einzigartigen Talisman. Gerade Rätsel, Scherzfragen und Kunststücke, die man erklärt, kann das Kind zu Hause oder in der Schule selbst vorführen, das verschafft ihm ein Anerkennungsgefühl durch das Besitzen von einer einzigartigen Fähigkeit – die es von seinem Zahnarzt erhalten hat!

Das Kind wird dadurch auf mehreren Ebenen „stärker“ gemacht und gleichzeitig phobieprotektiv konditioniert. Der Autor bittet nachdrücklich darum, diese kleinen Rätsel und Kunststücke auch als durchaus wertvolle „Perlen“ zu betrachten. Sie sollten – trotz aller scheinbaren Einfachheit – gut einstudiert werden und mit einer sinnvoll wirkenden Geschichte dramaturgisch unterlegt präsentiert werden.

Rätsel, Vexierspiele, Kunststücke schaffen Vertrauen, Ablenkung und Kommunikation

Möglichkeit 1: Wortspiele/Scherzfragen

In guten Büchern zum Thema wie auch im Internet gibt es zahlreiche mathematische Rätsel oder Wortspiele sowie Scherzfragen, die letztlich intelligente Unterhaltung bedeuten können und nichts kosten. Meistens ist allerdings die Fähigkeit zum Zeichnen, Rechnen, Lesen und Schreiben Voraussetzung.

Stellvertretend sei ein originelles Beispiel gebracht, das weitgehend unbekannt ist. Es stammt aus dem älteren Buch „Der Señor und die Punkte“¹⁹. Die Aufgabe lautet: Mache aus dem Satz „Auf dem Tisch liegt ein Stock.“ einen Reim. Und zwar so, dass sich die Worte in diesem Satz reimen. Es soll kein neuer

Teil dazu gedichtet werden. Also nicht: „Auf dem Tisch liegt ein Stock und am Stuhl hängt ein Rock“. Nein, der Satz soll „in sich“ gereimt werden. Die möglicherweise anwesenden Eltern sind oft genauso ratlos wie das Kind und können bei diesem Spaß gut mit einbezogen werden. Der Autor macht es häufig so, dass er die Aufgabe in derselben Sitzung immer und immer wieder erneut stellt und dann nebenbei die Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen durchführt. Denn das Nachdenken über die Lösung ist eine hervorragende Ablenkung. Am Ende erfolgt schließlich die Auflösung (denn in fast allen Fällen kommt niemand auf die Lösung): Man muss beide Substantive buchstabieren: „Auf dem Te – i – es – ce – ha liegt ein Es – te – o – ce – ka.“ Für Kinder ist es eine totale Überraschung. Sie können am nächsten Tag Mitschüler und auch Lehrer beeindrucken – und sich positiv an den Zahnarztbesuch erinnern.

Möglichkeit 2:
Bilderrätsel – Doodles

Einfache Bilderrätsel sind eine ebenso geniale Variante, mit ganz simplen Mitteln einen eindrucklichen Effekt zu

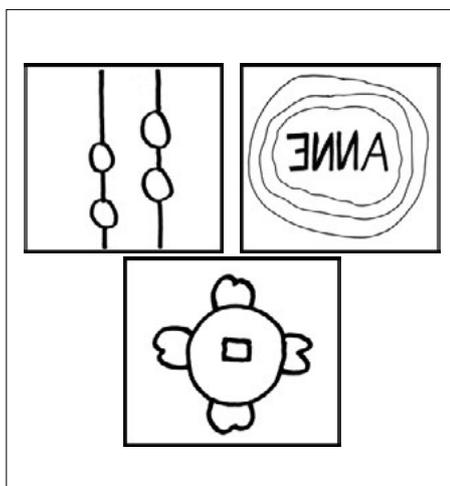


Abb. 1 – (v.l.n.r.): Pandabär am Baum – man sieht nur die Tatzen, Anne „verkehrt“ in schlechten Kreisen, vier Herren beim Kartenspiel – eine Karte fällt unter den Tisch und alle vier bücken sich, um sie aufzuheben

erreichen. Dem Autor imponieren dabei besonders die sogenannten „Doodles“ (Kunstwort aus d. Engl.: „doodle“ für Skizze und „riddle“ für Rätsel) des amerikanischen Komikers Roger Price aus den 1950er Jahren. Er druckte sie auf Servietten und verkaufte diese Sets an Restaurants, die damit ihren Gästen die Wartezeit auf die geordneten Gerichte verkürzten. Die Doodles bestehen durch klare, einfache Linien und bieten meistens eine überraschende Auflösung. Man kann sie auf einem kleinen Block mit einem dickeren Faserschreiber sehr einfach zeichnen. Auch hier kann das Kind das Rätsel anderen Familienmitgliedern oder Schulfreunden stellen und sich somit im positiven Sinne mit einer Sache produzieren, die es bei seinem Zahnarzt „erlernt“ hat. Drei Beispiele für Doodles sind in Abbildung 1 dargestellt.

Möglichkeit 3:
Denksportaufgaben

Beispiel „Die verrückte Papierfigur“
Man zeigt ein dachähnliches, speziell zugeschnittenes und gefaltetes Papier, etwa von Spielkartengröße, auf dem Tisch stehend. Der Ratende soll nun mit einem gleich großen, aber ungefalteten und nicht eingeschnittenen Papier sowie einer Schere das Objekt nachbasteln. Dazu darf er das Vorbild von allen Seiten genau betrachten. Nur Berühren ist ausdrücklich nicht gestattet. Die Lösung scheint den meisten Menschen vollkommen unmöglich, weil ein gutes dreidimensionales Vorstellungsvermögen benötigt wird.

Man sehe sich die Abbildung 2 an. Das Papier wird zunächst mittig gefaltet. Dann mit einer Schere wie angegeben dreimal bis zum Falz eingeschnitten. Es entstehen fünf Areale, die nun – verdreht – gefaltet werden. Bei richtiger Ausführung erscheint es wie ein Dach, auf dem auf unerklärliche Weise ein langes, durchgehendes Feld auf dem First aufrecht steht.

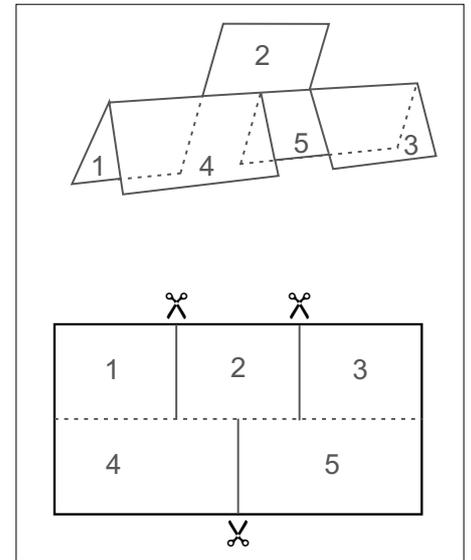


Abb. 2 – Nach dem Einschneiden und Falten des Rechtecks müssen nur das Feld 3 und 5 „verdreht“ zurückgeklappt und das Fenster 2 aufgeklappt werden

Möglichkeit 4:
Geschicklichkeits-Kunststücke

1. Korkentrick

Das ist ein alter, aber weitgehend unbekannter Effekt. Manche führen den Trick mit Streichhölzern, manche mit kleinen Batterien vom AA-Typ vor. Mit Korken geht es am besten. Es lässt sich auch hervorragend mit den dickeren Watterollen in der Zahnarztpraxis ausführen.



Abb. 3 – Korkentrick mit Watterollen

Der Spaß liegt darin, dass es dem Zuschauer trotz mehrmaligen Betrachtens der Bewegungsabfolge schwer gelingt, den Effekt überhaupt nachzumachen. Am Ende steht die Erklärung und die Weitergabe der Lösung ist durchaus erlaubt.

Die Präsentation haben wir in einem kleinen Film festgehalten, der abrufbar ist unter dem **Homepage-Link**.

Man führt das Ganze ein- bis zweimal vor, sodass der Zuschauer, frontal gegenüber stehend, alles genau verfolgen kann.

Das Geheimnis liegt in der Art und Weise, wie die Watterollen ergriffen werden.

Aus der Sicht des Vorführenden muss die linke Hand in der Supinationsstellung liegen. Die rechte Hand nähert sich in der Pronationsstellung von oben. Daumen und Zeigefinger der rechten Hand ergreifen die linke Watterolle so, wie es sich hierbei natürlicherweise ergibt. Entscheidend ist nun der Griff mit der linken Hand. Der Daumen der linken Hand ergreift die Watterolle der rechten Hand an dem Ende, das in die Handfläche der rechten Hand gerichtet ist! Die Richtung des Daumens ergibt sich im Prinzip auch ganz von allein. Der Zeigefinger der linken Hand muss nun außen um den rechten Daumen herumgeführt werden, um die rechte Watterolle an der Fläche zu erfassen, die man als Vorführender sieht. Es ist hierfür meistens sehr hilfreich, wenn beide Ellenbogen leicht angehoben werden und sich beide Hände ein wenig drehen. Es sollten auf jeden Fall Daumen und Zeigefinger benutzt werden. Nicht auf die Mittelfinger ausweichen! Am Anfang scheint es etwas schwierig, hat man die Sache aber erst einmal verstanden, geht es ganz leicht. Die Bewegungen sollen in jeder Phase flüssig, aber entspannt und langsam erfolgen.

2. Bogumil beugt die Burgzinne

Das ist ein sehr, sehr einfaches Kunststück, das aufgrund seiner Tricktechnik nur für junge Patienten im Vorschulalter oder maximal bis zur zweiten Klasse geeignet ist. Dort jedoch verfehlt es seine Wirkung sehr selten.

Auch dieses Kunststück haben wir verfilmt und ist als Tutorial anzusehen auf unserer Homepage.

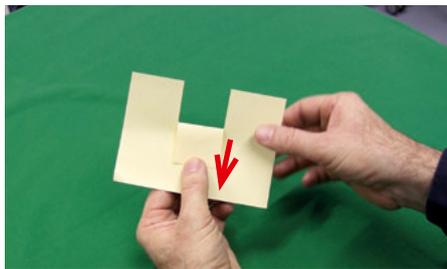


Abb. 4 – Mit zwei Schnitten und einem Falz wird aus einem Notizzettel die Burgzinne



Abb. 5 – Der Zahnarzt zeigt, wie jedes Kind zum starken Bogumil wird und den Trick selbst vorführen kann

Homepage-Link für alle Video-Tutorials: www.zahnaerzte-in-sachsen.de/zahnaerzte (Publikationen/Zahnärzteblatt/Fachbeitrag)

Ein etwa quadratförmiges Stück Papier wird **vor der Vorführung** zweimal von oben bis zur Mitte eingerissen/eingeschnitten und die so entstandene Zunge nach hinten unten (d. h. zum Vorführenden) geklappt. Hält man das Papierstück nun so in der Hand, wie in der Abbildung zu erkennen, kann man durch ein heimliches Nach-unten-Ziehen des Daumens die Lasche nach unten in Pfeilrichtung (s. Abb. 4) bewegen, was den oberen Teil des Papiers (also die beiden „Zinnen“) zu einer Rückwärtsbewegung bringt.

Der Zuschauer muss frontal auf das Papier sehen, so, dass der eingeklappte Zungenteil nicht wahrgenommen wird. Man erklärt hierzu, dass man einen unsichtbaren Faden (oder ein unsichtbares Haar) in der anderen Hand habe, mit dem man die beiden Papier-Ohren nach

hinten ziehen könne. Die simultane Bewegung der rechten Hand mit dem angeblichen Faden in synchroner Bewegung des linken Daumens nach unten, wobei die Zunge nach unten gezogen wird, bewirkt eine lustige Illusion.

Die Erklärung wird natürlich anschließend unbedingt gegeben, damit das Kind dann später den Trick selbst vorführen kann.

Die ganze Sache kann durch Erzählen einer Geschichte erheblich aufgewertet werden. Etwa vom starken Burgwächter Bogumil, der mit einem einzigen Haar die steinerne Burgzinnen verbiegen konnte, um sich so bei Regen darunter zu stellen ...

3. Die Zaubermappe

Hier wandert ein flacher Zettel in einer kleinen Mappe hin und her.



Abb. 6 – Die Zaubermappe ist doppelt öffnend und hat besonders angeordnete Gummibänder

Obwohl die Mappe selbst nicht als give away geeignet ist (hoher Herstellungsaufwand bzw. Kaufpreis), kann sie als scheinbar nebensächliches Objekt die Bestellkarte bzw. die Visitenkarte zum magischen Gegenstand werden lassen. Das seitenwechselnde, eingelegte Objekt wird durch die begleitende Geschichte zur „Hauptperson“ gemacht und anschließend verschenkt. Das Prinzip dieses Zauberhilfsmittels ist sehr alt. Aktuell wird es auch unter „Bus Drivers Wallet“ (Busfahrer-Brieftasche) vertrieben. Es handelt sich um eine brieftaschenähnliche Mappe, die auf beiden Innenseiten Bänder hat, und die sich heimlich von beiden Seiten öffnen

lässt. Die Mappe lässt sich auch selbst herstellen (Video siehe [Homepage-Link Seite 25](#)).

Die Funktionsweise ist auch in einem kurzen Film abzuschaun, und ebenso, wie man sich die geheime Trickhandlung aneignet (Video siehe [Homepage-Link Seite 25](#)).

Wichtig ist, dass das Öffnen der Mappe von der anderen Seite her absolut unauffällig geschieht, also gut kaschiert wird. Zum wirklichen Wunder wird es nur, wenn die Handhabung so erfolgt, wie im Link beschrieben. Wer den Effekt sicher beherrscht, kann auch das „Einfädeln“ des Papiers, wie im Link gezeigt, hinzufügen.

4. Die Zaubermünze

Dieses Kunststück ist das wirkungsvollste, aber auch schwierigste.

Noch komplexer fiele die Beschreibung aus, deshalb haben wir auch zu diesem Trick eine filmische „Lehrunterweisung“ produziert (Video siehe [Homepage-Link Seite 25](#)).

Unter Mitwirkung des Kindes erscheint und verschwindet eine Münze in freier Hand. Die Münze wird dadurch zu einem ganz besonderen Objekt, sie wird anschließend dem Kind als Talisman geschenkt. Dem Autor sind viele Fälle bekannt, in denen die Beschenkten diese Münze viele Jahre lang, bis hin in das Erwachsenenalter im Portemonnaie aufbewahren. Der Effekt beruht technisch auf reiner Handfertigkeit und erfordert einige Übung. Wer sich die Zeit von etwa zwei Monaten zum Einstudieren nimmt, wird für viele Jahre ein sehr verblüffendes Kunststück parat haben.

Die Münze sollte einen Durchmesser von ca. 3 bis 3,5 cm aufweisen. Derartige Münzen bekommt man kostengünstig als Kiloware im Internet. Sehr geeignet sind zum Beispiel alte, englische 1-Penny-Münzen, die nicht mehr zirkulieren. Metrisch kleinere Münzen, wie 2-Euro-Stücke, sind ungeeignet. Sie sind nicht nur technisch schwieriger (!) zu handhaben,

sondern auch optisch nicht so schön. Das Grundprinzip besteht in der sogenannten „falschen Übergabe“ der Münze von einer in die andere Hand. Das Wiedererscheinen erfolgt durch ein heimliches „Laden“ der eigentlich leeren Hand. Man übe alle Handbewegungen am besten vor einem Spiegel. Dabei schaut man sowohl direkt auf seine Hände als auch indirekt auf das Spiegelbild. Vor dem eigentlichen Trick wird für das Kind gut sichtbar die Münze mehrmals von einer Hand in die andere gegeben. Der Zuschauer wird unterbewusst so konditioniert, dass die Münze immer tatsächlich von einer in die andere Hand gegeben wird. Nun erfolgt die Trickhandlung – mit vollkommen identischem Bewegungsablauf, aber mit dem Unterschied, dass die Münze heimlich in der rechten



Abb. 7 – Die Zaubermünze mit mindestens 3 cm Durchmesser befindet sich in der rechten Hand



... wird bei der scheinbaren Übergabe zunächst versteckt in der rechten Hand festgehalten



und wird erst nach einer wiederholten „nahen“ Begegnung der Hände in die leere linke Hand fallengelassen

Hand verbleibt. Hierzu wird die Münze mit einer ganz leichten Anspannung des Daumenballens gegen den Kleinfingerballen (Mondberg) gehalten. In der Fachsprache der Zauberkunst wird ein geheimes Verbergen in der Hand als „Pal-mage“ bezeichnet. Die beiden Finger, die die Münze scheinbar festhalten, werden ohne Hektik zur linken Hand geführt, die sich um die beiden Finger schließt und die Münze offensichtlich nun übernommen haben. (Das muss einige Wochen geübt werden.) Dabei ist es wichtig, sowohl die Handbewegungen als auch die gesamte Körpersprache genauso wirken zu lassen, als würde die Münze richtig übergeben. Auch die Finger der linken Hand (Fingernägel) sollten so liegen, wie bei der tatsächlichen Übergabe.

Die Situation ist nun, dass der Zuschauer glaubt, die Münze befindet sich in der linken, geschlossenen Hand. Die Konzentration des Zahnrarztes richtet sich nun auf die linke Hand. Man könnte nun die linke Hand öffnen und als leer präsentieren, aber besser ist, die Finger der linken Hand aneinander zu reiben. Danach öffnen sich die Finger nacheinander und zuletzt werden Zeigefinger und Daumen aneinander gerieben. Erst zum Schluss wird die gesamte Hand als leer gezeigt. Es ist wichtig, dass die rechte Hand, die ja heimlich die Münze verbirgt, vollkommen entspannt, nebensächlich leicht das Blickfeld verlässt. Ein anschließendes Aneinanderreiben beider Hände, wie beim Händewaschen, ist eine zusätzliche Finesse zur Demonstration der Leere, wobei die rechte Hand (in der ja die Münze verborgen ist) immer den Handrücken zum Zuschauer hält. Das Wiedererscheinen der Münze ist ebenfalls nicht ganz leicht. Vom Prinzip her wird die Münze aus der rechten Hand unbemerkt in die linke fallen gelassen, während diese sich dreht. Die Trickhandlung besteht darin, dass sich beide Hände bei dieser Bewegungsabfolge so nahe kommen, dass die rechte Hand die Münze einfach in die noch offene Handfläche der linken Hand fallen lassen kann, die sich danach

sofort schließt. Der Zuschauer darf das natürlich nicht bemerken. Jetzt verlässt die rechte Hand das Blickfeld und man fordert den Zuschauer auf, an der Stelle zu klopfen/zu reiben, wo es ihm gerade vorgemacht worden ist.

Nachdem der Zuschauer dies tat, wird die linke Hand nach oben gedreht und ganz langsam geöffnet. Die begleitende Geschichte bzw. Erläuterung könnte sein, dass man behauptet, im Herkunftsland der Münze gäbe es keine Portemonnaies. Vielmehr beherrschten die Menschen dort noch die Kunst des sog. „Zer-Faltens“. Das heißt, man faltet die Münze in der Hand so lange „in sich selbst zusammen“, dass sie schließlich unsichtbar ist und schwebend um den Besitzer ihn überall hinbegleitet. Bei Bedarf wird über ein Klopfen auf den Handrücken ein „Ent-Falten“ eingeleitet, was

die Münze schließlich wieder sicht- und verwendbar macht. Die Münze wird nun dem Zuschauer bzw. dem Kind als Geschenk übergeben. Es wird ihm gesagt, dass die Münze bei ihm auch verschwinden würde, allerdings erst, wenn er den 18. Geburtstag gefeiert habe. Bis dahin erfüllt sie jedoch eine wirksame Funktion als Talisman in diversen Lebenslagen.

Zusammenfassung

Liebe Kollegen, mir ist bewusst, dass ich mich weit in psychologisches Terrain gewagt habe. Die Artikelfolge ist in einem Zusammenhang zu sehen, weil nur so das Verständnis für die Phobieproblematik als Ganzes möglich werden konnte. Seit 30 Jahren bin ich approbiert und bis heute als Fachzahnarzt für Oralchirurgie tätig. Ich habe seit dieser Zeit mit besonderer Hingabe auch Kinder und Phobiepatienten

gern betreut. Es würde mich freuen, wenn Sie den einen oder anderen Gedanken aufnehmen oder auch diskutierten. Ein ganz wichtiger Punkt ist für mich, ein Verständnis dafür zu entwickeln, dass wir als Zahnärzte eine Schlüsselfunktion beim Entstehen von Behandlungsphobien haben. Dabei spielt die Lebensphase der Kindheit und Jugend eine prägende Rolle. Deshalb sollte der Aspekt der Phobie-Prävention in das gängige Prophylaxekonzept der Kinder- und Jugendzahnmedizin ausdrücklich integriert werden.

Quellen/Literaturverzeichnis zu Teil 3:
www.zahnaerzte-in-sachsen.de/zahnaerzte (Publikationen/Zahnärzteblatt/Literaturverzeichnis)

*Dr. med. dent. Torsten Glas
niedergelassen in Leipzig*



Fortbildungsakademie der LZKS

Sächsischer ZMV-Tag 6. April 2019, 9–16 Uhr • Zahnärzthehaus Dresden

Vorträge (85 Euro) 9–13 Uhr

Humor ist, wenn man trotzdem lacht!

Aktuelles zum QM-Handbuch

Feuer & Flamme – Brandschutz in der Zahnarztpraxis

Hoher Krankenstand und ständig wechselndes Personal – Beide Situationen souverän meistern

Update Abrechnung

Helle Rothe, Bremen

Inge Sauer, Dresden

Tobias Räßler M.Sc., Dresden

Wilma Mildner, Dresden

Uta Reps, Dresden

Workshops (je 40 Euro) jeweils 14–18 Uhr

W1 Die Energiespritze – Fordern Sie Ihr Gehirn, den Körper, die Sprache und das kreative Denken

W2 Rund um meinen Arbeitsplatz in der ZAP – Pflichten, Rechte, Ergonomie, ...

W3 Im Nebel der Grauzone – Analogleistungen

W4 Ist die alte Generation spießig und die junge Generation verantwortungslos? –

Im Berufsalltag voneinander lernen!

Helle Rothe, Bremen

Tobias Räßler M.Sc., Dresden

Uta Reps, Dresden

Wilma Mildner, Dresden

Informationen: Fortbildungsheft Praxismitarbeiterinnen, 1. Halbjahr 2019, S. 7

www.zahnaerzte-in-sachsen.de (Praxisteam/Fortbildung), Telefon 0351 8066-113, Frau Nitsche

Anmeldung: Homepage www.zahnaerzte-in-sachsen.de (Praxisteam/Fortbildung)

per Post Fortbildungsakademie der LZK Sachsen, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden

per E-Mail fortbildung@lzk-sachsen.de, per Fax: 0351 8066-106

