

# Angststörungen und Zahnbehandlungsphobien

Der unterschätzte Aspekt in der zahnmedizinischen Prävention

Torsten Glas



## Indizes

Angststörung, Furcht, Zahnbehandlungsphobie, Panik, Hypnose, Prävention, Prophylaxe

## Zusammenfassung

*Trotz effizienter zahnmedizinischer Behandlungsverfahren und umfassender Konzepte zur Prophylaxe profitiert etwa ein Drittel der Bevölkerung zu wenig oder gar nicht davon, weil bei ihm eine phobische Störung gegenüber einzelnen Therapiemaßnahmen oder der gesamten Zahnbehandlung vorliegt. Wird ein Teil dieser Phobien als Variante einer posttraumatischen Belastungsstörung aufgefasst, erscheint eine gezielte Betreuung aus medizinischen Gründen zwingend. Während psychologisch begründete präventive Strategien sowie strukturierte therapeutische Interventionsverfahren bei ausgeprägter Zahnbehandlungsangst im zahnärztlichen Alltag Routine und Bestandteil des Präventionskonzeptes sein sollten, werden demgegenüber wissenschaftlich begründete und strukturierte Vorgehensweisen im Zahnmedizinstudium bislang kaum vermittelt. Ziel des Beitrags ist es daher, wesentliche Aspekte der zahnärztlichen Prävention und Intervention bei Angststörungen bzw. Behandlungsphobien zusammenzufassen.*

## Einführung

Die Prävention von Zahn- und Munderkrankungen nimmt mittlerweile einen umfangreichen Anteil in der zahnmedizinischen Betreuung ein. Dementsprechend sind heute acht von zehn der 12-jährigen Kinder kariesfrei. Die Zahl der kariesfreien Gebisse hat sich in den Jahren von 1997 bis 2014 verdoppelt<sup>17</sup>. Ungeachtet dessen weist etwa ein Drittel aller Jugendlichen und Erwachsenen eine nicht normale Furcht vor Zahnbehandlungen auf<sup>1,12,22</sup>. Diese Bevölkerungsgruppe partizipiert oftmals nicht vom zahnmedizinischen Fortschritt und nimmt Vorsorge- bzw. Behandlungstermine beim Zahnarzt nicht wahr. In der Folge können sich auch akut therapiebedürftige klinische Zustände entwickeln, die lange unbehandelt bleiben. Der Argumentation, dass jeder erwachsene Patient eigenverantwortlich für seine Gesund-

heit zu sorgen hat, kann in etlichen Fällen nur bedingt gefolgt werden, da für das Zustandekommen solcher Situationen sowohl selbst erlebte als auch von Bezugspersonen übernommene Negativerfahrungen bei Zahnbehandlungen verantwortlich sein können.

Für Phobien wird allgemein postuliert, dass Kindheit und Jugendalter besonders prägend sind<sup>9</sup>. Deshalb darf diskutiert werden, inwieweit eine mangelhafte psychische Führung während indizierter (zahn)ärztlicher Therapiemaßnahmen sogar mitverantwortlich für das Auftreten von Phobien ist. Beispielhaft seien hier eine empathielose Gesprächsführung mit unglücklicher Wortwahl, ein unüberlegtes Demonstrieren von Behandlungsinstrumenten und eine nicht ausreichende Anästhesie bei schmerzhaften Manipulationen genannt. Die Kenntnis wissenschaftlich begründeter Vorgehensweisen zur Prävention und Therapie von Behandlungsphobien sollte auch für

das zahnärztliche Behandlungsumfeld festgeschrieben sein. Ziel des vorliegenden Beitrages ist es daher, relevante entwicklungspsychologische Zusammenhänge anzusprechen und darauf aufbauende präventive und therapeutische Anregungen abzuleiten. Ausdrücklich sei angemerkt, dass sich alle nachfolgenden Ausführungen auf gesunde Kinder und Jungerwachsene ohne schwere psychopathologische oder neurologische Krankheitsbilder beziehen.

## Zahnbehandlungsphobie als definierte psychische Störung

Die Zahnbehandlungsphobie ist in der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) unter F40.2 verschlüsselt, wird als einfache (spezifische) Phobie beschrieben und einer Höhen- oder Tierphobie gleichgestellt. Der Übergang in eine Panik (ICD-10 F41.0) ist möglich, aber die Zahnbehandlungsphobie muss von schweren, generalisierten Angststörungen und Soziophobien abgegrenzt werden. Für den Zahnarzt ist es sinnvoll, interdisziplinäre Bezüge der Psychologie und Neurobiologie zu allgemeinen Angstphänomenen zu suchen und diese mit hierarchisierenden Bedeutungsauslegungen zu versehen.

Die Begriffe Angst, Furcht, Phobie und Panik beschreiben mentale Verfasstheiten, die mit typischen veränderten psychophysiologischen Parametern einhergehen. Angst gilt primär als evolutionäre Errungenschaft, die instinktiv-reflektorische Handlungen zur Überlebenssicherung in einer realen Bedrohungssituation ermöglicht<sup>6,15</sup> und das Vegetativum beeinflusst. Ihr Muster ist in einem weit verknüpften, angeborenen, autarken Konstrukt verankert, welches das unwillkürliche Unbewusste darstellt. Diese Trieb- und Instinkthandlungen („fixed action patterns“<sup>20</sup>) sind nicht willentlich beeinflussbar. Ein Gefühl der unspezifischen Besorgnis vor einer ungewohnten zahnmedizinischen Behandlungssituation ist somit zunächst normal. Eine durchlebte Angstsituation bedingt durch Antizipation ähnlicher Konstellationen im sogenannten episodischen Gedächtnis<sup>36</sup> entweder die Gewissheit, dass man sie erneut souverän bewältigen würde, oder die Sorge, dass sie sich als Katastrophe wiederholt. Auf letztere Weise entsteht

Furcht. Dieser erlernte Kontext wird meist im Unterbewussten – *Freud*<sup>10</sup> nennt den Bereich das „Vorbewusste“ – abgespeichert. Hierbei muss eine erwartete unangenehme Situation nicht zwingend regelhaft vermieden werden, da im Normalfall eine Gewissheit zur erneuten Bewältigung besteht.

Die Zuversicht, eine Furchtbewältigungskompetenz zu haben, ist offenbar normalerweise angelegt. Entwickeln sich hingegen durch falsche Lernleistungen irrationale Antizipationsverknüpfungen, kann eine krankhafte Furcht ohne Bewältigungsgewissheit, die Phobie (griech. phobos = Furcht) entstehen. Sie wird krankhafterweise von einem unnötigen Bedrohungsgefühl hervorgerufen, verursacht durch eindeutig definierte, im Allgemeinen ungefährliche Situationen oder Objekte, die sich außerhalb der betreffenden Person befinden. Auslösende Situationen werden unter größter Anstrengung gerade noch ertragen oder charakteristischerweise eben ganz gemieden. Das Ausmaß einer tatsächlich krankhaften Behinderung durch Phobien hängt davon ab, wie leicht der Betroffene die phobieinduzierende Situation vermeiden kann. Im zahnärztlichen Alltag bedeutet dies, dass der Patient eine indizierte Diagnostik und Therapie nicht (mehr) zulässt. Der Phobiker erlebt durch seine irrationale Vermeidungstaktik paradoxerweise ein positives Bestätigungsgefühl, das vermutlich zusätzlich durch eine noradrenerge Hormonausschüttung (Endorphine) verstärkt werden kann, wenn er sich durch sein Vermeidungsverhalten in Sicherheit wähnt. Analog findet sich bei Soziophobikern überdurchschnittlich viel Serotonin<sup>11</sup>. Allmählich entsteht eine Selbstschädigungsgefahr mit klarem Krankheitswert. Angst, Furcht und Phobie sind nach innen gerichtet und werden nur im Selbst erlebt. Überschreiten die Stimuli einen individuell unterschiedlichen Schwellenwert, wird eine starke Bedrohungsqualität erlebt und ein erkennbares Sozialsignal, die Emotion (lat. emovere = herauswühlen), ausgesendet<sup>28</sup>. Daraufhin kann es zu einer Panikreaktion kommen. Panik ist der Sonderfall eines akuten Verlustes der Selbstbeherrschung und stellt eine fulminant-reaktive Kulmination einer Erwartungsspannung dar. Sie kann eigenständig oder als Folge einer Phobie entstehen. Als Symptome zeigen sich körperliche Ausweich- und Abwehrbewegungen, auch in Verbindung mit Weinen und Schreien. Es gibt

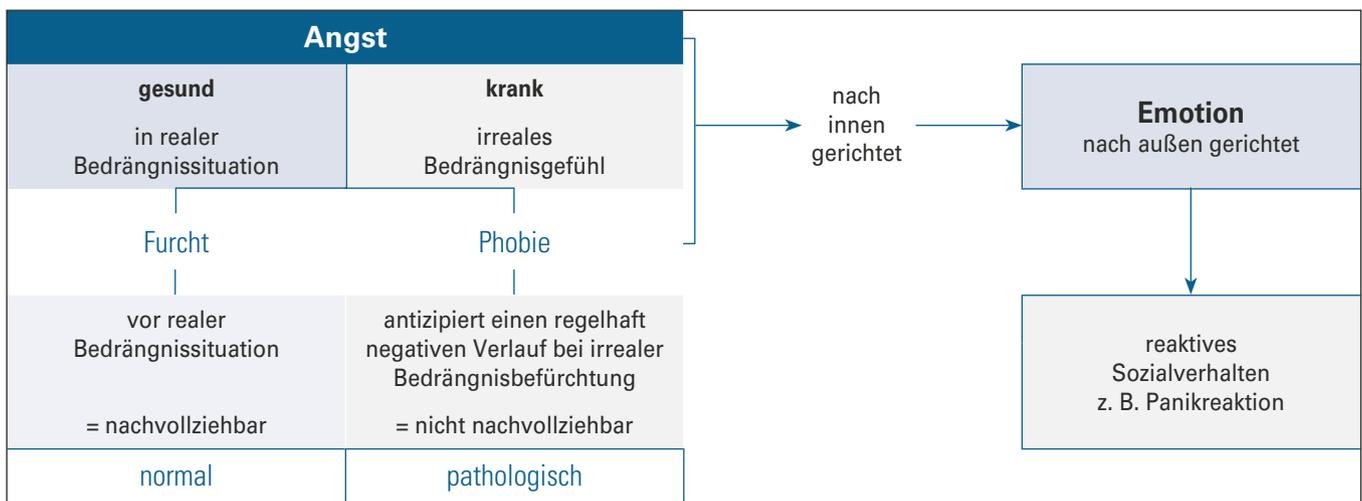
derartige Panikreaktionen bei Kindern und Erwachsenen. Die Panik ist zu unterscheiden von der idiosyncratisch-irrationalen Panikattacke, die ein schwereres Krankheitsbild darstellt, aber an dieser Stelle nicht näher betrachtet werden soll (Abb. 1).

Bei der Zahnbehandlungsphobie handelt es sich also um eine irrational überstarke, individuell reproduzierbare, sympathikotone Gefühlsregung infolge einer negativ antizipierten Erlebnisvision im Zusammenhang mit einer anstehenden Zahnbehandlung, die in einer Panik münden kann. Betroffene ältere Jugendliche und Erwachsene nehmen dabei gesundheitliche, funktionelle, ästhetische und soziale Folgeprobleme billigend in Kauf, sind aber paradoxerweise oft selbst sehr unzufrieden mit diesem Umstand. Weil die Fähigkeit zur Antizipation einer vermeintlich bedrohlichen Situation bei kleineren Kindern fehlt, gibt es hier nur die bereits erwähnten Panikreaktionen, wohingegen in der Altersgruppe noch keine echten Phobien auftreten<sup>23</sup>. In dieser Lebensphase werden jedoch die Grundlagen für eine spätere Phobie wie z. B. die Zahnbehandlungsphobie gelegt<sup>9</sup>. Als morphologisches Korrelat wird das limbische System, das seit seiner Erstbeschreibung eine kritische Neubewertung erfuhr<sup>24</sup>, zur Erklärung herangezogen. Die Neurowissenschaften postulieren seit einiger Zeit eine Dominanz des Gefühlsanteils über das rationale Denken<sup>7,18,21</sup>, allerdings nur unter bestimmten Umständen, die im Kontext von Entscheidungszusammenhängen gesehen werden müssen<sup>16</sup>.

Diese Modelle liefern einen wichtigen Ansatz hinsichtlich der Verstehbarkeit von Strategien zur Kommunikation mit Phobikern. Die therapeutische Ausgangsidee ist, dass konstruktive Methoden zur Bewältigung von Angstsituationen auf der unbewusst angelegten und stets vorhandenen Ressource „Bewältigungszuversicht“ basieren. Der Gesunde kann ungehindert auf dieses Gefühlsmuster zurückgreifen, während dies jemandem mit einer Phobie oder einer daraus resultierenden Panikreaktion aus eigener Kraft aufgrund von unterbewussten Einflüssen nicht (mehr) möglich ist. Deshalb sind Interventionen angezeigt, die über verbale und nonverbale Kommunikation in die Gefühlszentrale, an die Grenze zwischen Unterbewusstsein und Unbewusstem, gelangen können. Die Mobilisation von Gefühlen wie Mut bzw. Tapferkeit erscheint hierbei kontraproduktiv, weil sie von vornherein auch ein Scheitern einschließt. Daher ist die Phobieprävention und -intervention darauf auszurichten, die unbewusst vorhandene Bewältigungszuversicht, zu der auch das Zulassen von zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen gehört, zu erhalten bzw. für den Patienten wieder erlebbar zu machen.

## Prävention von Zahnbehandlungsphobien

Im Verlauf der Entwicklung vom Kleinkind zum Erwachsenen gibt es bedeutsame Momente und Aspekte zur wirksamen Vermeidung phobieinduzie-



**Abb. 1** Einordnung der Begrifflichkeiten Angst, Furcht, Phobie, Emotion und Panik in einen hierarchisierenden Kontext, der pathologische Muster einbezieht

**Tab. 1** Nach Gruppen typisierte entwicklungspsychologische Persönlichkeitsmerkmale in Relation zum Alter, welche im Zusammenhang mit der Entstehung von Phobien bedeutsam sein können

Gruppe I	Gruppe II	Gruppe IIIa	Gruppe IIIb	Gruppe IV
Kleinkind 0-2 Jahre	Vorschulkind 3-5 Jahre	Schulkind kindlich 6-12 Jahre	Schulkind pubertär 13-17 Jahre	Jungerwachsener ab 18 Jahre
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übergang Säugling-Kleinkind</li> <li>• angeborene, reflektorische Verhaltensmuster</li> <li>• Aufbau Bindungsverhalten</li> <li>• Entwicklung Motorik und Sprache</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fehlender Erfahrungsschatz, noch kein planmäßiges, sondern impuls-gesteuertes Handeln</li> <li>• noch keine Phobien</li> <li>• Panikreaktionen sind möglich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• biografischer Wendepunkt</li> <li>• bewusste Selbstwahrnehmung/ Entstehung Selbstwertgefühl</li> <li>• Assimilation Kulturkodex</li> <li>• Anlegen Erfahrungsschatz für zielorientiertes Denken</li> <li>• Wechselgebissphase</li> <li>• Phobieausbildung möglich/analog post-traumatische Belastungsstörung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• spezifische Dynamik pubertärer Reaktionsmuster</li> <li>• allmählicher Übergang zu rationalen Denkmustern</li> <li>• Phobien können schon etabliert sein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Phobien und Panikreaktionen können verankerte Handlungsmodelle sein</li> <li>• psychotherapeutische Modelle für Erwachsene können angewendet werden</li> </ul>

render Konstellationen. Nur eine bewusste, zielgerichtete Strategie als Einheit von verbaler, nonverbaler und operativer Vorgehensweise kann hierbei zu einer hilfreichen Lenkung der Kindeswahrnehmung im Rahmen zahnärztlicher Maßnahmen beitragen. Der komplexen interpersonellen Kommunikation sind externalisierte Demonstrationen wie Praxisdesign, ausliegende Zeitschriften und Bücher, eine Spielecke, das Geruchsmanagement und eventuell der Einsatz von Handpuppen nachgeordnet. Die Kommunikation enthält neben der Sprache Subinformationen auf den Metaebenen der Gefühlsmodulation. Erlebnisse werden mit einem Gefühlsanteil als Gesamt ereignis wahrgenommen und erinnert<sup>4</sup>. Die erlangte innere Überzeugung ist oft stärker als rationale Fakten<sup>8</sup>. Einzelne Episoden im Zusammenhang mit diversen Zahnarztbesuchen werden im biografischen Verlauf schließlich zu einer einheitlichen Überzeugung zusammengefasst, die positiv, negativ oder neutral ausfallen kann. Um im zahnärztlichen Alltag adjuvant phobiepräventiv wirken zu können, ist die Kenntnis entwicklungspsychologischer Zusammenhänge der verschiedenen Stufen der Adoleszenz<sup>5,25,31,34,37</sup> unerlässlich. Sie in den praktischen Alltag zu übersetzen stellt zugegebenermaßen eine komplexe Aufgabe dar. Tabelle 1 zeigt eine aus verschiedenen Quellen

zusammengestellte altersbezogene Einteilung entwicklungspsychologischer Reifegrade und deren Kernmerkmale.

### Klein- und Vorschulkinder (Gruppen I und II)

Der erste Zahnarzttermin stellt ein Schlüsselerlebnis für zukünftiges Vertrauen dar. Deshalb sollte das Faktum der „Premiere“ beim Zahnarzt bekannt sein. Vertrauensbildung beginnt damit, dass das Kind von der Assistenz oder dem Zahnarzt persönlich aus dem Wartebereich abgeholt und begrüßt wird (Abb. 2). Man sollte am besten nur eine Begleitperson im Sprechzimmer zulassen, aber dem „Elternmanagement“ grundsätzlich stets große Beachtung schenken<sup>14</sup>, denn so lassen sich falsche Konditionierungen minimieren. Besonders eine strukturierte Vorgehensführung ist von enormer Bedeutung. Hierbei sollte der Schwerpunkt auf dem Wortbestandteil „-führung“ liegen. Kinder können sehr schnell nonverbale Signale deuten (also „Gedanken lesen“) und erkennen intuitiv konzeptionslose Unsicherheiten beim Gegenüber. Das zahnärztliche Personal sollte eine freundlich-dominante Rolle einnehmen. Zahnarzt und Assistenz befinden sich bei der Kinderbehandlung – übrigens auch in der Behandlung erwachsener Phobiker – selbst in einem besonderen



**Abb. 2** Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses beginnt noch vor der eigentlichen Untersuchungs- bzw. Behandlungsmaßnahme. Es ist durchaus sinnvoll, sich auf die Blickhöhe des Kindes zu begeben. Die unbedingte Herstellung eines permanenten Blickkontaktes ist gerade bei skeptischen Kindern die Grundlage einer verbalen und nonverbalen Kommunikation

Bewusstseinszustand, den man als Durchsetzungs- oder Zielerreichungstrance bezeichnen könnte. Damit gelingt das Aussenden nonverbaler Signale in Bezug auf Kompetenz leichter, denen sich der Patient schließlich zuversichtlich aussetzen kann.

Wichtig ist, dass das Kind im Zentrum des Dialoges steht und nicht anwesende Begleitpersonen. Der Blickkontakt und ein ehrliches Lächeln sind als expressive Körpersprache gemeinsam mit einer respektvollen Berührung die unabdingbaren Grundlagen der nonverbalen Verbindung zum Patienten. Es sollte bedacht werden, dass die kindliche Wahrnehmung stark auf die Erkennung typischer Gesichtsmerkmale und der Mimik ausgerichtet ist. Mundschutz und Lupenbrille können deshalb empfindlich stören und Angst auslösen. In aller Regel finden Maßnahmen auf dem Schoß der Vertrauensperson statt. Der Befund wird spielerisch-heiter aufgenommen. Die Tell-Show-Do-Methode<sup>32</sup> hat eine große Bedeutung, sollte allerdings in einer für das Kind verständlichen Weise zum Einsatz kommen: „Ich werde jetzt deine Zähne zählen. Dazu verwende ich einen Speziallöffel. Der hat sogar eine spiegelglatte Seite. Zum Zählen nehme ich noch ein Stäbchen zu Hilfe.“ Weitere Beispiele von kindgerechten Bezeichnungen für zahnärztliche Instrumente und Behandlungsmaßnahmen finden sich in der einschlägigen Literatur sowie beim interkollegialen Austausch sehr leicht.

Therapeutische Interventionen sollten immer schmerzarm bzw. schmerzfrei erfolgen. Da die Lokalanästhesie nach vorheriger Oberflächenanästhesie nicht komplett ohne unangenehme Empfindungen möglich ist, muss dieser Moment mit einer geschickten verbalen Ablenkung verbunden werden. Erlebnisumdeutungen sind sinnvoll: „Das ist mein Spezialkugelschreiber, der den Zahn einschlafen lässt. Wenn du ganz leise bist, kannst du den Zahn vielleicht sogar schnarchen hören. Manchmal muss sich der Zahn sein Kopfkissen zurechtrücken, weil es drückt oder kitzelt – dann darfst du auch darüber lachen.“ Letzteres ist eine kindgerechte Umschreibung für den Moment des sanften Einstichs. Meist wird dann sofort im Sinne der Konfusion über ein völlig anderes Thema gesprochen, wobei die Kenntnis aktueller Kinderfilme bzw. -bücher von Vorteil ist. So wird die Anästhesie- und Behandlungsmaßnahme zu einer Angelegenheit, die „nebenbei“ geschieht. Kurze, dennoch zu bemerkende Missfallensäußerungen („Au!“) werden in allen Lebensphasen als Teil einer Bewältigungsstrategie aufgefasst<sup>33</sup>. Es besteht keine Notwendigkeit, sie zu unterdrücken, und sie sollten der Begleitperson gegenüber als normal eingestuft werden.

In der Kinderbehandlung ist ein möglichst rasches Vorgehen angezeigt. „Lebensalter multipliziert mit 3 = maximale Behandlungsdauer in Minuten“<sup>2</sup> mag als gute Faustregel annehmbar sein. Unabhän-

gig davon können im Ausnahmefall weniger restriktive Therapieansätze wie z. B. die selektive Kariesexkavation zum Einsatz kommen. Jede Sitzung sollte gegenüber dem Kind und der Begleitperson abschließend immer als Erfolg und mit viel Lob dargestellt werden. Ein jetzt bewusst stimuliertes Lachen entkrampft körperlich und seelisch: „Wenn du jetzt rausgehst, darfst du sehr laut lachen und so allen zeigen, dass alles ganz in Ordnung ist.“

### Schulkinder (Gruppen IIIa und IIIb)

Offenbar alle Kulturen der Welt erkennen deutliche Veränderungen der Persönlichkeit etwa um das 6. Lebensjahr<sup>13</sup>, was sich auch durch das Stufenmodell der Selbstwahrnehmung<sup>27</sup> begründen lässt. Der Übergang von Gruppe IIIa zu Gruppe IIIb ist der Zeitpunkt des Beginns der Pubertät. In beiden Gruppen können die Grundlagen für spätere Phobien gelegt werden.

In der Gruppe IIIa steht aus zahnmedizinischer Sicht die Wechselgebissphase mit einer möglichen kieferorthopädischen Behandlungsnotwendigkeit im Vordergrund. Da die psychokognitive Entwicklung sehr individuell verläuft, ist ein flexibler und kreativer Kommunikations- und Umgangsstil erforderlich. Wie bei den Gruppen I und II empfiehlt es sich, eine empathische Führungsdominanz des zahnärztlichen Personals mit unbedingtem Blickkontakt beim Gespräch anzustreben. Die Kommunikation kann rationaler aufgebaut werden. Vertrauensbildende Gesprächsabschnitte beziehen sich auf Schule, Freunde und Hobby. In der Regel ist eine begleitende Vertrauensperson im Sprechzimmer ausreichend. Erforderlichenfalls kann es von Vorteil sein, diese Begleitperson freundlich aus dem Sprechzimmer herauszubitten, denn die mentale Ankoppelung zum Angehörigen wird so unterbunden und der eigene Zugang zum Kind erleichtert. Immer sollte mit (glaubhaftem) Lob gearbeitet werden.

Die Gruppe IIIb, also etwa vom 13. Lebensjahr an, wird allgemein als Beginn des Jugendalters mit allmählichem Übergang in das Erwachsenenalter bis zur Gruppe IV angesehen. Der Zahnwechsel ist jetzt fast abgeschlossen. Es gibt auch hier unterschiedlich gut führende Patienten. Die Kommunikation ist nun immer mehr wie bei Erwachsenen möglich. Allerdings spielt die Besonderheit der Pubertät eine gro-

ße Rolle. Obwohl gerade in dieser Lebensphase meist viel Wert auf das äußere Wirkungs- und Erscheinungsbild gelegt wird, überwiegt die Abneigung vor der zahnärztlichen Behandlung manchmal so stark, dass selbst kariesbedingt entstehende Situationen im Frontzahnbereich paradoxerweise akzeptiert werden. In vielen Fällen gelingt eine Behandlung mit überzeugenden Argumenten dann aber doch.

### Vorgehen bei Behandlungsablehnung

#### Klein- und Vorschulkinder (Gruppen I und II)

Hier treten vorwiegend Panikreaktionen auf<sup>19</sup>, die nach dem Verlassen des Sprechzimmers meist wieder völlig verschwinden. Neben der Tatsache, dass solche Reaktionen anthropologisch angelegt sind, können sie zusätzlich verstärkt sein, z. B. durch Negativerlebnisse bei anderen Fachärzten und die transitorische Übernahme von nicht hilfreichen Verhaltensmustern der Bezugspersonen. Zur Entkoppelung von Angstassoziationen kann die Kinderhypnose zum Einsatz kommen<sup>3,29</sup>. Die meist ausgeprägte Fantasiebereitschaft bildet dafür eine günstige Voraussetzung (Abb. 3). Allerdings ist das Verfahren nur etwas für den geübten Anwender, weil eine Trance ebenso schnell aufgebaut werden kann, wie sie wieder verloren geht.

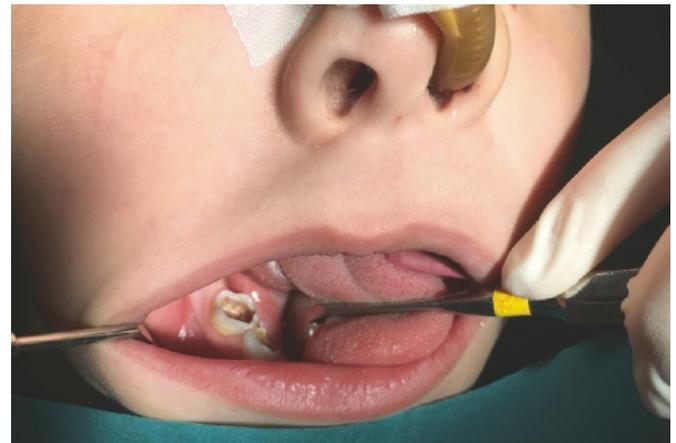
Liegt eine komplette Non-Compliance bei bestehender Behandlungsnotwendigkeit vor, ist es ratsam, die Sitzung abubrechen. Wenn sich zum nächsten Termin ein ähnliches Verhalten zeigt, muss nach einer Alternative gesucht werden. Eine adjuvante Lachgassedierung (Abb. 4) setzt ein Mindestmaß an Kooperationsfähigkeit (Akzeptieren der Nasenmaske) und einen interpersonellen Rapportaufbau voraus, der bei fehlender Kooperation nur selten möglich ist. Erhärtet sich der Eindruck, dass der junge Patient einfach noch nicht „über seinen Schatten springen“ kann oder will, erscheint bei entsprechendem Behandlungsbedarf ein Eingriff in Allgemeinanästhesie indiziert (Abb. 5). Unabdingbar ist danach ein engmaschiges Recall, um neben den kariespräventiven Therapiezielen auch eine normale Behandlungsbereitschaft herzustellen.



**Abb. 3** Bei Kindern ist die bewusst eingeführte Armlevitation zusammen mit einer Fixation des Daumennagels eine gute Methode zur Tranceinduktion in Verbindung mit verbalen Suggestivgeschichten als dissoziatives Element



**Abb. 4** Die adjuvante Lachgasanwendung erfordert die Compliance des Patienten und eine psychische Führung durch das zahnärztliche Personal. Sie ist keine „An-Aus-Methode“ wie die Intubationsnarkose, kann aber bei entsprechender Anwendererfahrung eine wirksame Zusatzmaßnahme zum Herstellen einer normalen Behandlungsfähigkeit sein

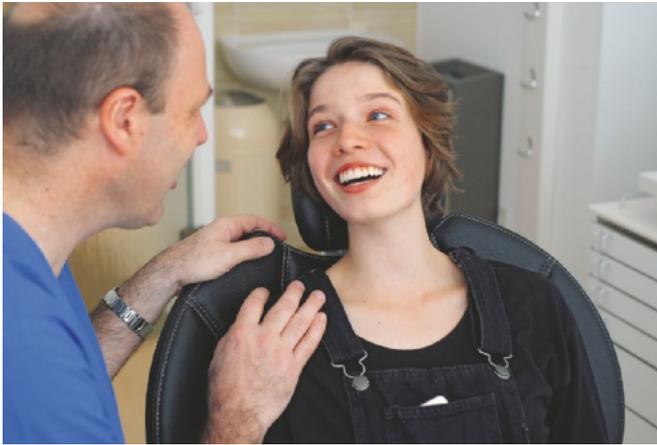


**Abb. 5** Kinderbehandlung in Vollnarkose: Diagnostik und Therapie erfolgen unter Ausschaltung des Wachbewusstseins in einer Komplexsitzung. Eine negative Verankerung der Behandlungsabläufe kann so verhindert werden. Im Anschluss sind gezielte Adaptationstermine notwendig, um allmählich einen „normalen“ Patienten-Arzt-Kontakt zu verankern

### Schulkinder (Gruppen IIIa und IIIb)

Liegt eine irrationale Behandlungsverweigerung vor, kann ab Gruppe IIIb von einer etablierten Phobie ausgegangen werden. Als Kennzeichen gelten eine trotzig-pubertäre Non-Compliance bei gleichzeitig rationaler Verständigkeit. In diesen Situationen ist es möglich, psychotherapeutisch begründete Interventionsmodelle wie bei Erwachsenen einzusetzen. Verbale Zwickmühlen sind durchaus sinnvoll. Hierdurch

kann versucht werden, ein „konstruktives Schamgefühl“ beim jüngeren Patienten zu installieren, das auf die Unvernunft des eigenen Verhaltens fokussiert und ihn sanft in die Rolle des selbstverantwortlichen Entscheiders führt. Weiterhin sind lösungsorientiertes Fragen, verneinungsfreie Sprache, sogenannte Yes-Setting-Techniken, therapeutische Metaphern, Vorabkonditionierung durch autogenes Training und hypnotische Trance anzuführen. Durch diese Methoden lässt sich die angelegte gelassene Zuversichts-



**Abb. 6** Das unmittelbare „momentum post sessionem“ ist analog zum posthypnotischen Befehl ideal für suggestive Formulierungen, die künftige Sitzungen positiv beeinflussen

empfindung wieder erlebbar machen, die letztlich eine Behandlungsbereitschaft von allein bedingt. Eine Therapie unter Allgemeinanästhesie kann in absoluten Ausnahmefällen angezeigt sein.

## Verankerung einer positiven Erinnerung im Rahmen des „momentum post sessionem“

Aus der Perspektive jedes Patienten gleich welchen Alters kann eine erfolgreich verlaufene zahnmedizinische Sitzung das Gefühl der Erleichterung verbunden mit Stolz auf das Erreichte hervorrufen. In diesem Moment des „Staunens über sich selbst“ (Abb. 6) ist es möglich, ein durch Endorphinausschüttung bedingtes gelöstes Glücksgefühl bewusst zu nutzen. Die klinische Erfahrung zeigt, dass in diesem kurzen Augenblick eine stark erhöhte Suggestibilität besteht. Analog dem posthypnotischen Befehl in therapeutischer Trance kann jetzt auch von einer Langzeitwirkung geschickter Beeinflussung ausgegangen werden. Erwachsene Patienten werden angeregt, die Harmlosigkeit der Sitzung selbst zu verbalisieren: „Und Sie haben sicherlich bemerkt, dass alles viel einfacher war, als Sie dachten, nicht wahr?“ So wird der Patient animiert, selbst eine Antwort zu formulieren, die etwa lauten könnte: „Ja, ich gebe zu, das war ganz gut.“ Und nun kann der Zahnarzt anschließen: „Sie werden merken, dass



**Abb. 7** Ein wirkungsvoll platziertes Zauberkunststück am Ende einer gelungenen Behandlung wie etwa die Mitgabe einer Münze mit magischer Kraft als Talisman ist sehr hilfreich, um künftige Zuversicht bei zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen langfristig zu verankern

jede Sitzung in Zukunft noch leichter und einfacher für Sie werden wird. Sie werden sich noch regelrecht auf die Zahnarztbesuche freuen.“ Auf diese Weise entsteht zusätzlich der Effekt der Konfrontationstherapie sekundär-reflexiv, ohne das ausdrücklich formulieren zu müssen.

Bei jüngeren Patienten der Gruppen II bis IIIa erfüllen Belohnungsgeschenke eine Ankerfunktion zum positiven Erinnern des eben Erlebten für künftige Sitzungen. Diese „Give-aways“ sollten allerdings eine besondere Qualität aufweisen und dramaturgisch wohlüberlegt präsentiert werden. Die kommerziell angebotenen billigen Geschenke aus Plastik erfüllen diesen Anspruch nicht. Besser geeignet sind außergewöhnliche Belohnungen wie z. B. Scherzfragen mit verblüffender Antwort, kleine Bilderrätsel („Doodles“<sup>26</sup>) sowie einfache, aber effektvolle Zauberkunststücke (Abb. 7). In vielen Fällen kann das Kind diese Anregungen dann im Freundes- und Mitschülerkreis selbst präsentieren und sich so eines gestärkten Anerkennungsgefühls erfreuen, das es letztlich seiner Zahnarztpraxis verdankt.

## Schlussfolgerungen

Bereits vor mehreren Jahrzehnten wünschte sich etwa ein Viertel der approbierten Zahnärzte eine bessere Ausbildung auf dem Gebiet der Phobieprävention und -intervention<sup>30,35,37</sup>. Bis in die Gegenwart

kann diese bestenfalls postgradual erworben werden, da solche Aspekte sowohl in der universitären Grundausbildung als auch in der berufsbegleitenden Weiterbildung nur unzureichend abgebildet sind. Zudem wird die Thematik erst im Laufe des Berufslebens praktisch erfahren und folglich die Notwendigkeit entsprechender Handlungsstrategien verzögert erkannt. In diesem Zusammenhang könnte ein Curriculum „Praktische Psychologie zur strukturierten Patientenführung für Zahnmediziner“ das Bewusstsein für diese unterschätzte Facette des

zahnärztlichen Berufsalltags schärfen. Als besonders relevant kann dabei die Bedeutung einer rational begründeten Phobieprävention in den prägenden Jahren der Adoleszenz nur unterstrichen werden. Darüber hinaus ist neben kommunikativen Kompetenzen auf die positive Ausstrahlung des gesamten Teams zu verweisen. Strategisch begründete Kommunikationsmodelle und die Bedeutung des „momentum post sessionem“ sollten sich im allgemeinen Präventionsmodell wiederfinden.

## Literatur

1. Allan FK, Peckham E, Liu J et al. Acupuncture for anxiety in dental patients: Systematic review and meta-analysis. *Eur J Integr Med* 2018;20:22-35.
2. Beckers-Lingener B. Konzept für eine erfolgreiche Kinderbehandlung. Die ritualisierte Verhaltensführung. *Mitteilungsblatt Berliner Zahnärzte* 2016;11: 10-15.
3. Beckers-Lingener B, Beckers L. Die „ritualisierte Verhaltensführung“ – Ein Konzept zur erfolgreichen Behandlung von Kindern in der zahnärztlichen Praxis. *Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose* 2011;2: 6-13.
4. Cahill L, McGaugh JL. Mechanisms of emotional arousal and lasting declarative memory. *Trends Neurosci* 1998;21:294-299.
5. Charton M, Käßler C, Wetzel H. Einführung in die Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz, 2003.
6. Craske MG. Functions of fear versus anxiety. Origins of phobias and anxiety. Oxford: Elsevier, 2003.
7. Damásio A. Selbst ist der Mensch: Körper, Geist und die Entstehung des menschlichen Bewusstseins. München: Pantheon, 2013.
8. Dawkins R. Das egoistische Gen. Berlin: Springer Spektrum, 1994.
9. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg). Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2015.
10. Freud S. Das Ich und das Es (1923). In: Sigmund Freud Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt am Main: Fischer, 1975.
11. Frick A, Åhs F, Engman J et al. Serotonin synthesis and reuptake in social anxiety disorder: A positron emission tomography study. *JAMA Psychiatry* 2015;72;8:794-802.
12. Gordon D, Heimberg RG, Tellez M, Ismail AI. A critical review of approaches to the treatment of dental anxiety in adults. *J Anxiety Disord* 2013;27:365-378.
13. Göttl C. Aussage im Rahmen der Filmdokumentation „Unendlich Jetzt“: DVD, 0:46:0-60 min. Finsing: Ascot Elite Home Entertainment, 2014.
14. Gymnich I von. Die Rolle der Eltern bei der zahnärztlichen Kinderbehandlung. *ZMK* 2018;34: 850-854.
15. Hoffmann G, Hochapfel G, Eckhardt-Henn A, Heuft G. Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin. Mit einer Einführung in die Psycho-diagnostik und Psychotherapie. 8. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 2009.
16. Jiayi L, Rongjun Y. Follow the heart or the head? The interactive influence model of emotion and cognition. *Front Psychol* 2015;6: 573.
17. Jordan R, Micheelis W. Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). IDZ-Materialienreihe Bd. 35. Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, 2016.
18. LeDoux J. Das Netz der Gefühle: Wie Emotionen entstehen. München: dtv Verlagsgesellschaft, 2001.
19. Locker D, Liddell A, Dempster L, Shapiro D. Age of onset of dental anxiety. *J Dent Res* 1999;78: 790-796.
20. Lorenz K. Über den Begriff der Instinkthandlung. *Folia Biotheoretica II* 1937;17:17-50.
21. MacLean PD. The triune brain in evolution – Role in paleocerebral functions. New York: Plenum Publishing, 1990.
22. Oosterink FM, de Jongh A, Hoogstraten J. Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. *Eur J Oral Sci* 2009;117:135-143.
23. Öst L. Age of onset in different phobias. *J Abnorm Psychol* 1987; 96:223-229.

24. Pessoa L, Hof PR. From Paul Broca's great limbic lobe to the limbic system. *J Comp Neurol* 2015;17: 2495-2500.
25. Piaget J. La formation du symbole chez l'enfant mitation, jeu et reve. Neuchâtel: Delachaux & Niestie, 1959; dt. Übers.: Nachahmung, Spiel und Traum. Stuttgart: Klett Cotta, 1975.
26. Price R. Doodles. San Francisco: Monogram California, 1956.
27. Rochat P. Five levels of self-awareness as they unfold early in life. *Conscious Cogn* 2003;12: 717-731.
28. Schirmer A. Emotion. Los Angeles: SAGE Publications, 2015.
29. Schmierer A (Hrsg). Kinder-hypnose in der Zahnmedizin. Stuttgart: Hypnos, 2001.
30. Sergl HG, Müller-Fahlbusch H (Hrsg). Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin. Berlin: Quintessenz, 1989.
31. Specht J. Personality development in reaction to major life events. In: Specht J (ed). Personality development across the lifespan. San Diego: Elsevier Academic Press, 2017: 341-356.
32. Steffen R, Diener V. Behaviour Management in der Kinderzahnmedizin: Mehr als Tell – Show – Do! *Quintessenz* 2018;69:396-404.
33. Swee G, Schirmer A. On the importance of being vocal: saying "ow" improves pain tolerance. *J Pain* 2015;16:326-334.
34. Tomasello M. Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens – Zur Evolution der Kognition. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2006.
35. Tönnies S, Heering-Sick H. Patientenangst im Erleben von Zahnärzten mit unterschiedlichen Persönlichkeitshaltungen. In: Sergl HG, Müller-Fahlbusch H (Hrsg). Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin. Berlin: Quintessenz, 1989:71-76.
36. Tulving E. How many memory systems are there? *Am Psychol* 1985;40:385-398.
37. Wetzel WE. Die Angst des Kindes vor dem Zahnarzt. München: Hanser, 1982.



**Torsten Glas**

*Dr. med. dent.*

*E-Mail: info@  
zahnzentrum-leipzig.de*

*Zahnzentrum Leipzig  
Straße am Park 2  
04209 Leipzig*

# SpeedCEM® Plus

Der selbstadhäsive Composite-Zement



## EIN GROSSES PLUS FÜR ZIRKONIUMOXID

### DIE PLUS-PUNKTE:

- + **Exzellente Selbsthärtung**, ideal für Zirkoniumoxid und Metallkeramik
- + **Anwenderfreundliche** Verarbeitung und einfache Überschussentfernung
- + **Effizienter Prozess** mit nur einer Komponente

[www.ivoclarvivadent.de](http://www.ivoclarvivadent.de)

**ivoclar**  
**vivadent**  
passion vision innovation