

ment also a dental treatment combined with hypnosis is offered. The treatment team consists of a psychiatrist and two dentists. This cooperation was made possible by the medical faculty and by the heads of the University Clinics for Dentistry and Psychiatry. Before and after each treatment in hypnosis, the Profile of Mood States (POMS) and the Hamilton Anxiety Scale (HAMA) were investigated. A significant mood change was detected in score 1 and score 4, while the scores 2 and 3 did not differ significantly between the measurements performed before and after treatment. A comparison of the values before the first session and those before the second session showed no significant changes in any scores. According to the Hamilton Anxiety Scale (HAMA) scores 1 to 3 decreased significantly after treatment. Comparing the values before the first and before the second session, we could not find a significant reduction of the anxiety values before the second session in any scores. To demonstrate that in single cases clear differences of the values before the first and before the second session can be seen, two exemplary case reports will be introduced. With the help of the first case report the reduction of the anxiety after successful dental treatment in hypnosis was demonstrated. The next case report shows an atypical course due to an incident.

Key words: hypnosis, anxiety, dental phobia, mood, dental treatment

Anna Knaus, Dr. med.

Abteilung für abnehmbare und festsitzende Prothetik

Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Währingerstr. 25 a

A-1090 Wien

e-mail: anna.knaus@univie.ac.at

erhalten: 15.10.01

revidierte Version akzeptiert: 12.03.02



Zur Bestellung dieser Hypno-CD siehe Bestellformular am Ende dieses Heftes oder unter www.MEG-Stiftung.de

Der Stellenwert suggestiver Techniken im Rahmen der zahnärztlichen Anxiolyse

Gerhard Kreyer

■ In der Zahnstation des Psychiatrischen Krankenhauses der Stadt Wien "Baumgartner Höhe" wurden in den Jahren 1973-1999 insgesamt 53.949 psychisch kranke und psychisch behinderte stationäre Patienten der ICD-10-Diagnosegruppen F0 - F9 mit unterschiedlichem Schweregrad betreut, jährlich im Durchschnitt 1998 Fälle, davon ca. 15% Kinder und Jugendliche. Es wurden systematisch verschiedene Methoden zahnmedizinisch-psychologischer Angstabbaukonzepte erprobt und in Hinblick auf das jeweilige Therapieziel modifiziert und optimiert. Es sollte ein weitgehend standardisiertes, reproduzierbares, leicht lehr- und lernbares Vorgehen von möglichst hoher Praxisnähe entwickelt werden. Die sogenannte "Integrative Anxiolyse" verbindet in einem genau definierten, stufenweisen Vorgehen verschiedene, als wirksam erkannte Strategien und Techniken miteinander zu einem Gesamtkonzept, welches sowohl Möglichkeiten als auch Grenzen der jeweiligen Methode im Rahmen der einzelnen Verfahrensschritte mit einbezieht. Die Anwendung der Methoden erfolgt in hierarchischer Reihenfolge: Psychokonkordante Terminierung - Ärztliche Gesprächsführung - Desensibilisierungsprogramm - Positive Reiztherapie - Suggestive Techniken, Hypnose - Pharmakotherapie - Vollnarkose. Mit diesem Konzept war es bei dem der Studie zugrundeliegenden Patientenkollektiv möglich, den Prozentsatz an unvermeidbaren Vollnarkosen von ehemals ca. 16% auf derzeit 0,7% aller Interventionen zu senken.

Schlüsselwörter: Anxiolyse, Zahnbehandlungsangst, Suggestion, Hypnose, Problempatient

Einleitung

Das komplexe Interaktionssystem Zahnarzt-Patient umfasst eine Vielzahl von intermittierenden Variablen, welche einander gegenseitig beeinflussen, einerseits beim Arzt selbst - andererseits beim Patienten. Darüber hinaus kommen aber auch eine Reihe von "Umfeld-Determinanten"

zum Tragen, die in ihrer jeweiligen Bedeutung im Einzelfall oft kaum exakt auszuloten sind. Soweit es die psychische bzw. die psychosomatische Situation des Patienten betrifft, wurde deren Stellenwert im Rahmen einer modernen Zahnmedizin in letzter Zeit zunehmend entdeckt und hat auch in der zahnärztlichen Literatur entsprechenden Niederschlag gefunden. Termini wie "Zahnarzt-Angst", "Dental Anxiety" oder der wohl etwas fragwürdige Begriff der "Dentophobie" wurden geprägt und publiziert (Pillard & Fisher, 1970; Rankin & Harris, 1984; Schors, 1990; Kreyer, 1996, 1997, 2000).

Neben allgemein gehaltenen Überlegungen wurden vereinzelt spezielle Empfehlungen, gelegentlich konkrete Konzepte publiziert (Müller-Fahlbusch & Marxkors, 1981; Kent, 1984; Sergl & Müller-Fahlbusch, 1989; Schmieder, 1993; Staats & Krause, 1995; Kreyer, 1996, 2000). Jedenfalls stellt der Begriff "Angstpatient" einen oberflächlichen Sammelbegriff für eine Reihe unterschiedlicher Differentialdiagnosen dar, deren exakte psychodiagnostische Abklärung dem Zahnarzt wohl nur in Ausnahmefällen zugemutet werden kann. Das Konzept der "Integrativen Anxiolyse" wurde entwickelt, um den praktizierenden Zahnarzt in die Lage zu versetzen, möglichst unabhängig von einer psychiatrischen Diagnose und möglichst unabhängig von einer Psychopharmakotherapie möglichst rasch und unkompliziert zu einem zahnärztlichen Behandlungserfolg bei psychisch auffälligen Patienten zu kommen. Besonderer Wert wurde darauf gelegt, negative Interaktionen mit allfälligen Psychotherapien hintanzuhalten sowie einer möglichen Chronifizierung psychopathologischer Mechanismen keinen Vor-schub zu leisten.

Methode

An der Zahnstation des "Psychiatrischen Krankenhauses der Stadt Wien" wurden in den Jahren von 1973 - 1999 53949 psychisch kranke und psychisch behinderte Patienten der ICD-10-Diagnosegruppen F0-F9 mit unterschiedlichem Schweregrad zahnärztlich betreut, davon ca. 15% Kinder und Jugendliche.

Es wurden systematisch verschiedene zahnärztlich-psychologische Vorgehensweisen bei einzelnen Patientengruppen erprobt, modifiziert und an die Bedürfnisse der Zahnmedizin angepasst sowie die erzielten Ergebnisse jeweils publiziert (Kreyer, 1982, 1984, 1990, 1996, 2000).

Zum Unterschied von rein psychotherapeutischen Zielsetzungen, in denen es darum geht, die Persönlichkeit des Patienten zu verändern, liegt der psychologisch orientierten Zahnmedizin vor allem daran, eine von allen Beteiligten als befriedigend empfundene Behandlungsweise des Patienten zu erzielen, welche letztlich in ein dauerhaft positives Zahnarzt-Patient Verhältnis übergeführt werden soll.

Da diese Forderung angesichts der Vielfalt psychopathologischer Erscheinungsformen nicht in allen Fällen erfüllbar ist (Kreyer, 1996), und der in der Praxis tatsächlich erzielbare Erfolg aufgrund unserer Erfahrungen in höherem Maße von der Persönlichkeit des Arztes abhängt als von der Wahl eines bestimmten psychologischen Therapieprinzips, wurde bei der Entwicklung des Konzeptes der "Integrativen Anxiolyse" ganz besonderer Wert auf didaktische Klarheit, leichte Lehr- und Lernbarkeit sowie bestmögliche Reproduzierbarkeit gelegt.

Dies gilt auch für zum Teil nur bewusst zum Tragen kommende, zum Teil aber auch unbe-

wusst als Teil des Konzeptes eingebaute suggestive Komponenten, welche in unterschiedlichem Ausmaß in die einzelnen Verfahrensschritte integriert sind.

Für den stationär-psychiatrischen Bereich, bei welchem es um Patienten mit gravierenden psychischen Störungen geht, welche einer fachpsychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung bzw. einer Hospitalisierung bedürfen, wurde ein "diagnose-spezifisches zahnärztliches Vorgehen" entwickelt, in fächerübergreifender Abstimmung, ggf. mit entsprechender Medikation und Prämedikation, welches in früheren Arbeiten vorgestellt wurde (Kreyer, 1984, 1990).

Für den ambulanten Bereich der zahnärztlichen Praxis, insbesondere für die Behandlung von sog. "Angstpatienten" wurden verschiedene, z.T. konkurrierende theoretische und praktische Ansätze zu einem methodischen Gesamtkonzept vereint.

Integrative Anxiolyse

Die Integrative Anxiolyse umfasst folgende Schwerpunkte:

1. Ambientgestaltung
2. Psychokonordante Terminwahl
3. Anxiolytische Gesprächsführung
4. Systematische Desensibilisierung
5. "Positive Reiztherapie"
6. Entspannende Therapieverfahren: heterosuggestiv, autosuggestiv
7. Hypnose
8. Maschinell unterstützte Entspannungsverfahren: Biofeedback, Mind-Machines, Audio-Anal-gesie, DVD-Video Brillen, etc.
9. Milieuthherapie
10. Pharmakotherapie
11. Vollnarkose

1. Ambientgestaltung

Das Ambiente einer zahnärztlichen Praxis kann bereits beim Primärkontakt in das anxiolytische Konzept integriert werden. Wenn man davon ausgeht, daß Ängste vor der Zahnbehandlung zum einen Teil als Persönlichkeitsmerkmale des Patienten aufzufassen sind, zum anderen Teil aber auch situationsspezifisch geprägt sind bzw. im Sinne von Mowrer (1960) "Zwei-Stufen Theorie" konditioniert wurden, scheint es naheliegend, dem Aspekt einer "anxiolytischen Primärprophylaxe" entsprechende Bedeutung zuzumessen. Diese sollte sinnvollerweise möglichst alle Sinneskanäle ansprechen, um einerseits das angestrebte Ziel einer primären "Defokussierung" der Aufmerksamkeit des Patienten weg von seinen Ängsten oder Schmerzen zu erleichtern, andererseits die Neuaktivierung negativer und im Sinne von "Ankerbildung" fixierter Vorerfahrungen hintanzuhalten. Dies gilt nicht nur für optische und akustische Reize, sondern in besonderer Weise auch für olfaktorische Sinnesindrücke, wie dem Geruch nach Phenol-Kampfer o.ä., welchem in einer Zahnpraxis ja erheblicher Stellenwert zukommt.

In diesem Sinne wünschenswert wäre eine farbpsychologisch optimierte Raumgestaltung mit

der Bevorzugung von Tageslicht, warmen Farben, wie Beige, zartes Gelb oder interessanterweise auch Rose-Farbtönen, welche eine Atmosphäre von Geborgenheit, Sicherheit und Wärme vermitteln sollen, sowie das Angebot optischer Defokussierungsmöglichkeiten wie Bilder, Aquarien oder gegebenenfalls auch Video-Bildschirme, etc.

Ähnliches gilt für den akustischen Sinneskanal, wo einerseits Hintergrundmusik angeboten werden kann, deren anxiolytische Effektivität aber nicht überbewertet werden soll, andererseits ein wesentlicher Aspekt im Fernhalten negativer akustischer Sinnesindrücke (Bohrgeräusche, weinende Kinder etc.) liegt. Bezüglich der olfaktorischen Situation hat es sich bewährt, einerseits den Einsatz geruchsintensiver Pharmaka restriktiv zu handhaben, andererseits bestehen durch die gezielte Verwendung von Duftstoffen und ätherischen Ölen zahlreiche Möglichkeiten einer effektiven olfaktorischen und gustatorischen Defokussierung, welche auch ausgezeichnet mit weiterführenden suggestiven Techniken ("Hypnosöl", "Hypnosetropfen", etc.) kombiniert werden kann. Generell kommt der Phase des Erstkontaktes Zahnarzt-Patient besondere Bedeutung zu. Dies gilt nicht nur für den Behandler selbst und seine Fähigkeit, auf verbalen und non-verbalen Ebene einen tragfähigen Erstkontakt auch im Sinne behutsamen "Pacings" und "Leadings" herzustellen, sondern letztlich für das gesamte Team. Beginnend vom telefonischen Erstkontakt sollte es möglich sein, dem Patienten eine Atmosphäre von Freundlichkeit, Sicherheit und fachlicher Kompetenz zu vermitteln.

2. Psychokontordante Terminwahl

Die Terminplanung nach dem "Psychokontordanzprinzip" (Kreyer, 1990), d.h. in möglichst weitgehender Abstimmung auf die jeweilige psychische Befindlichkeit des Patienten sollte Grundlage jeglicher Behandlungsplanung bei Patienten mit psychischen Auffälligkeiten sein. Von besonderer Bedeutung ist dies bei allen phasen- bzw. schubweise verlaufenden psychischen Störungen, wie z.B. affektiven Psychosen oder schizophhren Prozesspsychosen

Aber auch Tagesschwankungen, Wetterfühligkeit, Migräneanigung, hormonelle Besonderheiten (Klimakterium, weibl. Zyklus) sowie exogene Belastungssituationen (Prüfungen, familiäre oder berufliche Probleme, Operationen, Gerichtsverhandlungen etc.) sollten einbezogen werden. Die Terminvergabe nach dem "Psychokontordanzprinzip" eignet sich in besonderer Weise auch, suggestive Komponenten im Sinne von "Wachsgestionen" mit einzubauen. (Das Interessante an einer Föhn-Wetterlage ist, dass sich die meisten Menschen nach deren Abklingen viel ruhiger und ausgeglichener fühlen als vorher und auf einmal Dinge zuwege bringen, die sie sich gar nicht zutraut hätten).

3. Anxiolytische Gesprächsführung

Obwohl man in der zahnärztlichen Praxis wohl nur in Ausnahmefällen von "Gesprächstherapie" im eigentlichen Sinne sprechen kann, da es sich zumeist nur um kurze und oberflächliche Interventionen handelt, sollte man doch nicht außer Acht lassen, dass es auch dabei zu erheblichen Interaktionsphänomenen im Sinne von "Übertragung" vom Patienten auf den Arzt, aber auch von "Gegenübertragung" in umgekehrter Richtung kommen kann.

Der Schwerpunkt der Gesprächsführung sollte auch in der unter Zeitdruck stehenden

zahnärztlichen Praxis vor allem auf der passiven Form des "lenkenden Zuhörens" liegen. Ziel dieser weitgehend passiven Form der Gesprächsführung ist neben dem Abbau der primären Schwellenangst und neben einer gewissen kathartischen Wirkung - der eigentlichen Anxiolyse - vor allem auch die Aufdeckung angstauslösender Faktoren. Darüber hinaus hat es sich als hilfreich erwiesen, sich bereits in der Initialphase der Arzt-Patient-Beziehung ein Bild über das vom Patienten bevorzugte Kommunikationsmuster sowie auch über dessen "dominantes Repräsentationssystem" (visuell, akustisch, olfaktorisch, gustatorisch, kinästhetisch) zu machen.

Grundprinzipien neuro-linguistischer Gesprächsführung können in behutsamer Weise in dieses Konzept anxiolytischer Gesprächsführung integriert, zu einem "Rapport-Aufbau" genutzt und gelegentlich mit gezielt eingesetzten Wachsuggestionen kombiniert werden. Eine effektive anxiolytische Gesprächsführung in der zahnärztlichen Praxis setzt allerdings ein Mindestmaß an psychodiagnostischer wie auch psychotherapeutischer Kompetenz des Behandlers voraus, um nicht kontraproduktiv zu wirken. Dies gilt auch in Hinblick auf Grundprinzipien non-verbaler Kommunikation, welcher gerade in der Ausnahme-situation der Zahnbehandlung ganz besonderer Stellenwert zukommt. Der Zahnarzt arbeitet in unmittelbarer Patienten-Nähe und dringt in einen - sowohl aus tiefenpsychologischer als auch aus neurologischer Sicht - besonders persönlichkeitsnahen Intimbereich ein.

Gerade in diesem Kontext der körperlichen Nähe kommt nonverbalen Signalen einerseits vom Patienten zum Arzt, aber andererseits - und dies sollte nicht unterschätzt werden - auch vom Arzt zum Patienten ganz besondere Bedeutung zu.

Bemerkenswerterweise gilt dies auch für die nonverbale Kommunikation über Düfte, Geruchs- und Botenstoffe. Das Konzept der "Integrativen Anxiolyse" macht sich diese Tatsache insbesondere bei Patienten zu nutze, bei denen ein verbaler Zugang nicht oder nur schwer möglich ist.

4. Systematische Desensibilisierung

Nach vorausgehendem Gespräch wird eine individuelle Hierarchie angstauslösender Reize erstellt. Im Rahmen der Desensibilisierung wird im Sinne einer "Tell-show-do"-Methode versucht, durch gezielte Konfrontation mit den tatsächlichen Reizen in symptomzentrierter Art und Weise Angst abzubauen.

Bei dem von uns betreuten Patientenkollektiv ergab sich für die Mehrzahl der Fälle folgende Angsthierarchie, welche als Grundlage für unser standardisiertes Vorgehen dient, wobei individuelle Abweichungen jeweils integriert werden:

1. Begrüßung und Befragung durch die Helferin
2. Begrüßung und Befragung durch den Arzt
3. Ärztliches anxiolytisches Gespräch
 - a) im Besprechungszimmer
 - b) im Behandlungszimmer
4. Kontakt mit dem Behandlungsstuhl
 - a) in Ruhe
 - b) in Funktion

5. Inspektion und Palpation
6. Verwendung einfacher Instrumentenmitte
 - a) rund: Spiegel
 - b) spitz: Sonde, Pinzette
7. Verwendung einfacher Materialien: Wattetupfer, Speichelrolle
8. Verwendung einfacher Geräte: Luftbläser, Lichtsonde
9. Fotos, Röntgenaufnahme
10. Einsatz von Materialien: Abdrücke
11. Einsatz von Instrumenten: Konkremententfernung mit Hartinstrumenten
12. Einsatz von Geräten:
 - a) maschinelle Zahnsäuberung, Gumminapf, Bürste
 - b) Ultraschall
13. Tätigkeit am Zahn ohne Substanzverlust: Fissurenversiegelung
14. Tätigkeit am Zahn mit Substanzverlust: chemische Kariesentfernung (evtl. Laser)
15. Füllungstherapie mit rotierenden Instrumenten ohne Turbine und ohne Absaugkanüle
16. Füllungstherapie mit rotierenden Instrumenten ohne Turbine mit Absaugkanüle
17. Anästhesie und Extraktion
18. Anästhesie und Füllungstherapie mit Turbine und Absaugkanüle
19. Füllungstherapie ohne Anästhesie mit Turbine und Absaugkanüle

Bei jedem dieser Schritte, welche im Sinne des "operanten Konditionierens" (Skinner, 1938) durch ausgiebiges Loben eine positive Verstärkung erfahren, können Aspekte suggestiver Gesprächsführung mit einfließen, wobei es als besonders wesentlich erscheint, der Formulierung der jeweils verwendeten Begriffe vermehrtes Augenmerk zuzuwenden: Besonders angestrebte Termini wie "Bohrer" oder "Spritze" werden gemieden bzw. umbenannt etwa in "Zahnstreichler" oder "Schlaftröpfchen" etc.. Metaphern oder kurze Geschichten können das Procedere im Sinne des "Tell-show-do" oft erstaunlich erleichtern.

Darüber hinaus bietet sich die Möglichkeit, die individuelle Angsthierarchie nach Trance-Induktion in Form einer klassischen Hypnose durchzuarbeiten und positiv zu verankern. Dieses Verfahren der "hypnotischen Desensibilisierung" hat sich bei uns in vielen Fällen als simple Methode von hoher Effizienz bewährt.

5. Positive Reiztherapie

Diese hat im Anxiolysekonzept ihren Platz als zusätzliches, rasch einsetzbares Adjuvans. Man versteht darunter die möglichst weitgehende Blockade negativer Sinnesindrücke durch bewusst und gezielt eingesetzte positive Sinnesreize (Kreyer, 1996). Im Unterschied zur klassischen Vorgangsweise der Trance-Induktion bei der Hypnose-Einleitung, wo es darum geht, auf imaginative Weise in möglichst persönlichkeitsnahem Zugang alle Sinneskanäle, nämlich den visuellen, den akustischen, den kinästhetischen und den olfaktorisch-gustatorischen anzusprechen ("VAKO"), werden bei der "positiven Reiztherapie" (Kreyer, 1990) die entsprechenden Sinnesmodalitäten auf physikalisch-chemischem Weg in einem jeweils eindeutig definierten Setting

aktiviert. Für den visuellen Sinneskanal kann dies mittels gezielter gesetzter optischen Reizen geschehen, wie z.B. speziellen Ausblicken oder der Präsentation von Bildern bzw. Bildsequenzen, Videopräsentationen etc. Beim akustischen Zugang besteht ein Schwerpunkt in der Konzeption der Schmerzdepression mittels "Audio-Analgesie". Dabei wird nach entsprechender Indikationsstellung dem Patienten individuell ausgewählte "trophotrope" (vorwiegend melodische) oder "ergotrope" (vorwiegend rhythmische) Musik über eine Kopfhörer-Anlage vorgespielt. Fallweise kommt auch die "White-noise-therapy" zum Einsatz, bei welcher eine Mischung aller hörbaren Frequenzen eingesetzt wird, welche zu einer entsprechenden Aktivierung der Innenohr-Rezeptoren führt. Die - sehr wesentliche - "Dosierung" dieses Konzeptes erfolgt über die Adaptation der Lautstärke. In einfacheren Fällen können Walk-man- oder Disc-man-Geräte genügen. Einen besonders effektiven Zugang zu beiden Sinneskanälen bieten aufwändigere Geräte, wie etwa Video-Brillen oder die sog. Mind-machines. Vor allem letztere bergen allerdings erhebliche Risiken, daher sollten die Kontraindikationen besonders ernst genommen werden (z.B.: Anfallsleiden, diverse psychiatrische und neurologische Erkrankungen, Herzkrankungen, Herzschrittmacher, Gravidität, etc.).

Der Zugang über den Tastsinn kann mittels Händehalten oder Streicheln (nicht gegen den "Strich" der Haare) erfolgen, aber auch mittels gezielter Druckausübung, Akupressur, Reiki o.ä. Der olfaktorisch-gustatorische Sinneskanal kann auf vorteilhafte Weise durch den Einsatz von Duftstoffen, Reizstoffen, (z.B. Ammoniak) oder Aroma- bzw. Geschmacksstoffen (z.B. Pfefferminzöl, Eukalyptusöl, Menthol, etc.) aktiviert werden.

6. Entspannende Therapieverfahren

Bei diesen Methoden kommt auto- oder heterosuggestiven Komponenten ein besonderer Stellenwert zu. Die Übergänge zu Trance-Induktionstechniken wie sie bei der Hypnose angewendet werden, sind fließend.

Autosuggestive Verfahren: Hierzu zählen autogenes Training, Selbsthypnose, progressive Muskelrelaxation, funktionelle Entspannung, fokussierte Entspannung, sowie diverse vorwiegend fernöstliche Meditations- und Entspannungstechniken.

Heterosuggestive Verfahren: Bei Entspannungsverfahren, angewandt von einem Therapeuten oder einer anderen entsprechenden Bezugsperson, wird im Kontext der Integrativen Anxiolyse versucht, den heterosuggestiven zugunsten des autosuggestiven Anteils immer mehr zurückzunehmen ("Hilfe zur Selbsthilfe"), wie wir es auch bei der "Hypnose" im engeren Sinne postulieren. Hilfreich kann in geeigneten Fällen die Anwendung von - im Idealfall individuell erstellten - Kassetten oder anderen Tonträgern wie CDs oder DVDs sein.

Entspannung mit Hilfe elektronischer Geräte: Eine Sonderstellung nehmen maschinell unterstützte Entspannungsmethoden ein, bei welchen - allerdings in unterschiedlichem Ausmaß- ebenfalls suggestive Mechanismen genutzt werden. In hohem Ausmaß gilt dies für die sogenannten "Biofeedback"-Geräte, welche unterschiedliche vegetative Parameter registrieren und deren Veränderung im Rahmen eines Entspannungs-Lernprogrammes dem Patienten über optische und akustische Signale zurückmelden. Im Konzept der "Integrativen Anxiolyse" geschieht dies bevorzugt mit Respirations-Biofeedback-Anlagen, wobei der Atmung und der

mit der Ausstattung jeweils korrelierenden Entspannungsphase auch in dem nachfolgenden Schritt einer eigentlichen Trance-Induktion besondere Bedeutung zugemessen wird.

In der Indikationsstellung "neurovegetativer Entspannung" können vereinzelt auch sog. "Mind-machines" eingesetzt werden. Dabei handelt es sich um elektronisch gesteuerte Geräte, welche über visuell und akustisch zugespielte Signalsequenzen eine Synchronisierung beider Großhirnhemisphären mit konsekutiver Entspannung erreichen sollen. Erhebliche Risiken und Kontraindikationen (s. oben) lassen allerdings einen generellen Einsatz im Sinne der Anxiolyse als nicht gerechtfertigt erscheinen.

7. Hypnose

Der Stellenwert von Trance-Induktionstechniken, von eigentlicher Hypnose, wie auch von "Hypnotherapie" im Rahmen der zahnmedizinischen Anxiolyse hat in den letzten Jahren ständig zugenommen.

Dies gilt nicht nur für die Behandlung sogenannter "schwieriger Kinder", sondern in zunehmendem Maße auch für die Erwachsenenbehandlung. Im Rahmen des Konzeptes der Integrativen Anxiolyse liegt der primäre Ansatzpunkt hypnotischer Interventionen darin, den Patienten einer Zahnbehandlung in einer Weise zugänglich zu machen, dass diese sowohl vom Patienten als auch vom Behandler als zufriedenstellend empfunden wird und in der Folge in eine stabile Arzt-Patient-Beziehung übergeführt werden kann.

Im Sinne des Konzeptes "Hilfe zur Selbsthilfe" wurden dem Patienten dabei jeweils individuell erarbeitete Auto-Suggestionstechniken vermittelt, welche es ihm ermöglichen, in zunehmendem Maße auf hetero-suggestive Hilfe zu verzichten. Bei entsprechender psychotherapeutischer Kompetenz des Behandlers kann es dabei auch zu langfristigen positiven Veränderungen von Verhalten und Kognition des Patienten kommen.

Umgekehrt gibt es auch immer wieder Misserfolge beim Versuch, zahnärztliche Interventionen in Hypnose durchzuführen, so dass davor gewarnt werden muss, beim Patienten unrealistische Erwartungshaltungen zu erzeugen, welche im Falle der Enttäuschung zu einer verstärkten Entwertungstendenz gegenüber dem Zahnarzt führen müssen.

Das routinemäßige Procedere im Rahmen des vorgestellten Anxiolysekonzeptes beginnt (nach umfassender Exploration, etc.) mit der Induktion einer Entspannungsphase. Danach kommt - nach individueller Indikationsstellung - üblicherweise eine von 5 Standard-Techniken zur Anwendung:

1. Defokussierung (z.B. "Favorite place"-Technik)
2. Änderung der Schmerzempfindung: Qualität, Umgebung, Verschiebung
3. Zeitregression oder Progression
4. Dissoziation
5. Emotionale Umstrukturierung

In der praktischen Anwendung ergibt sich hier eine Vielzahl von bemerkenswerten Kombinationsmöglichkeiten, u.a. auch mit Techniken, die im Kapitel "Positive Reiztherapie" beschrieben wurden.

Fallbeispiel

Ein besonders interessanter Fall soll hier vorgestellt werden: Der Patient R. P. ist männlich, 16 Jahre, Zustand nach Geburtstrauma mit körperlicher und geistiger Retardierung; Psychiatrisch-neurologische Diagnose: spastische Tetraplegie, schwerste Intelligenzminderung. Der Patient wurde wegen offensichtlich Beschwerden im Mund-Kieferbereich einer Reihe von niedergelassenen Zahnärzten im Raum Wien vorgestellt, welche sich sämtlich außerstande sahen, eine Behandlung durchzuführen. Die daraufhin konsultierte zahnärztliche Ambulanz eines städtischen Wiener Krankenhauses erklärte sich aufgrund fehlender Kooperation und massiver Abwehrreaktionen außerstande, in zielführender Weise diagnostisch oder therapeutisch tätig zu werden und empfahl eine Revision in Vollnarkose. Dies lehnte die Mutter des Patienten in Hinblick auf vorliegende allgemeinmedizinische Risikofaktoren ab. Auch an der darauf konsultierten Universitätsklinik konnte weder ein diagnostischer noch therapeutischer Zugang zum Patienten gefunden werden, man sah auch hier eine Sanierung in Vollnarkose - trotz gegebener Risiken - als einzigen Ausweg. Im Rahmen eines stationären Aufenthaltes im "Psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien" wurde der Patient schließlich an der dortigen Zahnstation vorgestellt. Hier bot sich zunächst das gleiche Bild fehlender Kooperationsbereitschaft und massiver Abwehrreaktionen, so dass es zunächst unmöglich war, eine zahnärztliche Diagnose zu erstellen. Auch Initialmaßnahmen des Konzeptes der Integrativen Anxiolyse blieben ohne Erfolg.

Sowohl phonetische Zugangsversuche im Sinne von atemsynchroner Sprachmodulation als auch haptisch-taktile Techniken und gustatorisch-olfaktorische Stimuli waren vergeblich. Gleiches galt für den Versuch, mittels Vestibularisreizung eine Defokussierung zu erzielen. Erst die Frage, ob der Patient in irgendeiner Weise an Musik Gefallen fände, wurde bejaht: Es handle sich um ein Kinderlied, welches in der Familie des Patienten oft gesungen werde, welches für diesen offensichtlich besondere Bedeutung habe. Musikkassette oder CD gebe es davon allerdings keine. Die Frage, ob die beiden Begleitpersonen, nämlich die Mutter des Patienten und eine Kinderkrankenschwester bereit wären, dieses Lied im Rahmen der Intervention in Form eines strukturierten Settings zu singen, wurde von beiden spontan bejaht.

Die gewählte Vorgangsweise sah vor, dass im Sinne einer Doppelinduktion beide Bezugspersonen jeweils rechts bzw. links neben dem Patienten stehen sollten, der akustische Reiz also alternierend einmal bevorzugt die rechte, dann bevorzugt die linke Großhirnhemisphäre des Patienten stimulieren sollte. Der Einsatz für rechts und links sollte jeweils durch Augenbewegungen des Behandlers erfolgen, die Rhythmusvorgabe würde durch Kopfnicken erfolgen. Bereits das Anstimmen der ersten Töne des Kinderliedes führte zu einer sichtbaren Entkrampfung des Patienten, welche es nach kurzem Zuwarten ermöglichte, eine zahnärztliche primärvisita-Diagnose zu erstellen, welche einen tief kariös zerstörten, offensichtlich gangränösen, schräg buccal verlagert stehenden oberen Eckzahn als wahrscheinliche Ursache der Beschwerden ergab.

Im Rahmen der gewählten Kopf- und Augen-gesteuerten Doppelinduktionstechnik, welche de facto eine Kombination von Audio-Analgesie und Trance-Induktion darstellte, war es möglich, bei dem Patienten praktisch ohne nennenswerte Abwehrreaktion eine Anästhesie zu setzen

und sodann in kürzester Zeit den zahnärztlichen Eingriff durchzuführen, welcher in einer operativen Entfernung des tief kariös zerstörten Zahnes bestand. Mutter, begleitende Krankenschwester sowie das diensthabende Personal der Zahnstation waren angesichts dieses doch bemerkenswerten Erfolges in emotionaler Weise besonders angeregt und ließen ihren Tränen freien Lauf.

9. Milieutherapie

Ein umfassendes Anxiolysekonzept versucht, möglichst alle in Betracht kommenden Faktoren mit einzubeziehen. So gesehen hat auch eine Milieuthherapie, evtl. auch eine begleitende Sozialtherapie ihren Platz. Allerdings sind dafür im Rahmen einer zahnärztlichen Praxis enge Grenzen gesetzt.

10. Pharmakotherapie

Obwohl die medikamentöse Therapie im Rahmen des Konzeptes der Integrativen Anxiolyse in ihrer Bedeutung hinter anderen Verfahren zurücktritt, hat sie doch bei der Zahnbehandlung von Patienten mit psychopathologischen Störungen bei klarer Indikationsstellung ihren festen Platz und stellt in manchen Fällen eine wesentliche Bereicherung des therapeutischen Spektrums dar. Dies gilt insbesondere für notwendige Akut-Interventionen, vor allem bei Kindern, wo sich eine milde Pharmakotherapie mit Tranquilizern, etwa vom Benzodiazepin-Typ, als vorteilhaft erweist. Präparaten mit kurzer Halbwertszeit, wie etwa Midazolam, sollte der Vorzug gegeben werden, wobei mögliche Risiken gegen den erwarteten Effekt abzuwägen sind. Vor längerem erndem Einsatz ist wegen erheblicher Suchtgefahr abzuraten. Gelegentlich lassen sich auch mit reinen Placebopräparaten auf suggestiver Basis ("Hypnoseöl", "Hypnosetropfen") verblüffende Erfolge erzielen.

Diskussion

Das vorgestellte Konzept der "Integrativen Anxiolyse" basiert auf Erfahrungen, die im Rahmen einer zahnärztlichen Spezialeinrichtung eines großen psychiatrischen Krankenhauses im Laufe von über 25 Jahren bei der Betreuung psychisch Kranker und psychisch Behinderter gemacht wurden. Die Vorgangsweise wurde im Sinne leichter Lehr- und Lernbarkeit weitgehend strukturiert und standardisiert. Dennoch soll nicht verschwiegen werden, dass vor allem bei jenen Schritten, bei welchen die direkte Arzt-Patient Interaktion im Vordergrund steht, also z.B. bei der Methodik der Gesprächsführung, der Trance-Induktion, -Vertiefung und -Aufrechterhaltung den Arzt-Variablen besondere Bedeutung zukommt. Gerade bei suggestiven Techniken ist es die "Droge Arzt", - also vor allem die Persönlichkeit des Therapeuten - welche neben den angewandten Techniken eine Schlüsselrolle einnimmt.

Literatur

- Kent, G. (1984). The Psychology of Dental Care. Bristol: Wright.
- Kreyer, G. (1982). Konzept der zahnärztlichen Versorgung psychisch behinderter Patienten. Zeitschrift für Stomatologie, 6, 217-222
- Kreyer, G. (1984). Zahnprothetik bei geistig Behinderten. Zeitschrift für Stomatologie, 6, 377-383
- Kreyer, G. (1990). Erfahrungen im Umgang mit psychiatrischen Patienten. Das Wiener Konzept der "Integrativen Anxiolyse". In Sergl H.G. & Müller-Fahlbusch H. (Hrsg.), Jahrbuch der Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde, Bd. 1 (S. 111-123). Berlin: Quintessenz
- Kreyer, G. (1996). Psychopathologische Krankheitsbilder und ihre Bedeutung für den Zahnarzt. In Sergl H.G. (Hrsg.): Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde (S. 243-260). München-Wien-Baltimore: Urban u. Schwarzenberg.
- Kreyer, G. (1997). Der psychisch Behinderte als Problempatient in der Zahnmedizin. In Sergl H.G., Huppmann G. & Kreyer G. (Hrsg.), Jahrbuch der Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Bd. 5 (S. 158-179). Egelsbach-Frankfurt: Hänsel-Hohenhausen.
- Kreyer, G. (2000). Die Psychosomatik des Orofacialsystems. Wiener Medizinische Wochenschrift, 10, 213-216
- Mowrer, O.H. (1960). Learning theory and behavior. New York: Wiley
- Müller-Fahlbusch, H. & Marxkors, R. (1981). Zahnärztliche Psychagogik. München: Hanser
- Pillard, R.S. & Fisher, S. (1970). Aspects of anxiety in dental clinic patients. Journal of the American Dental Association, 80, 1331-1334
- Rankin, J.A. & Harris, M.B. (1985). Patient's preferences for dentist's behaviors. Journal of the American Dental Association, 110, 323-327
- Sergl, H.G. & Müller-Fahlbusch, H. (1989). Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin. Berlin: Quintessenz
- Schmierer, A. (1993). Eine Einführung in die zahnärztliche Hypnose. Berlin: Quintessenz
- Schors, R. (1990). Die depressive Symptomatik bei psychosomatischem Schmerzsyndrom. Fortschritte der Medizin, 108, 613-615
- Skinner, B.F. (1938). The behavior of organisms. New York: Appleton Century Crofts
- Staats, J., & Krause W.R. (1995). Hypnotherapie in der zahnärztlichen Praxis. Heidelberg: Hüthig
- Thompson, S. (1999). Hypnose in der Behandlung von Zahnbehandlungsängsten. Hypnose und Kognition, 16, 73-89.

The importance of suggestion techniques for anxiolysis in dental medicine

Summary: Between 1973 and 1999 a total of 53,949 inpatients with mental disorders and physical handicaps, ICD-10 diagnosis groups F0-F9 with different degrees of severity, with an average of 1998 cases a year, including approx. 15% children and youngsters, were treated at the Dental Center of the Psychiatric Hospital "Baumgartner Hoehe" of the City of Vienna. Various dental-psychological methods of anxiety reduction were systematically tested and modified and optimized in view of the therapeutic purpose. The aim was the development of a largely standardized and reproducible approach with a maximum of practical relevance, which also can be taught and studied easily. In a carefully defined step-by-step approach "integrative anxiolysis" combines a number of strategies and techniques that have proven to be effective to

form one overall concept that uses both the chances and limitations of each method in individual procedural steps. The method is applied in the following hierarchical sequence: "psychoconcordant terminization" - dentist's communication - desensibilization program - positive stimulation therapy - suggestive techniques, hypnosis - pharmacotherapy - general anaesthesia. In the patient population on which the study is based, the application of this concept led to the reduction of inevitable general anaesthesia cases from formerly approx. 16% to currently 0.7% of all dental therapies.

Key words: anxiolysis, dental anxiety, suggestion, hypnosis, problem patient

Gerhard Kreyer, Primarius Univ. Lektor DDR .med.
Kremerstraße 9
A-3550 Langenlois

erhalten: 23.05.01

akzeptiert: 21.06.01

„Die Hypnose hat nicht geklappt!“

Ein Video über die indirekte Hypnose bei Zahnarztphobie
von Albrecht Schmierer

Dieses Video zeigt die Behandlung einer Patientin mit Zahnarztphobie. Zu Beginn wurde die ebenfalls ängstliche Tochter mit indirekter Hypnose behandelt. Die Mutter war nach der Leistung ihrer Tochter bereit, ihre eigene, jahrelang aufgeschobene Zahnbehandlung anzugehen. Da sie für direkte Hypnose nicht zugänglich war, wurde ihre Angst allmählich im Laufe der Behandlung mit indirekten Hypnosetechniken abgebaut. Der Film zeigt, wie sich die Persönlichkeit im Verlauf einer zahnärztlichen Sanierung positiv verändert und welche Kommunikationstechniken nützlich sind.

Länge: ca.40 Minuten

System: VHS-PAL

Zahnextraktion in Hypnose

Video von Albrecht Schmierer

Der erste Teil zeigt die Extraktion von 2 Weisheitszähnen mit der Turboinduktion. Im zweiten Teil werden 2 Weisheitszähnen gezogen, während der Patient über Kopfhörer die CD "Beim Zahnarzt in Hypnose" hört.

Länge: ca.40 Minuten

System: VHS-PAL

Informationen:

Hypnos-Verlag GmbH & Co. KG

Esslinger Str. 40, D-70182 Stuttgart

Tel.: +49 (0)711 2369344

FAX: +49 (0)711 244032

e-mail: verlag@hypnos.de



HYPNOS VERLAG

Gudrun Schmierer GmbH & Co KG

Albrecht Schmierer

■ Die Kombination von zahnärztlicher (z.B. Schienen-) Therapie mit Hypnose und Selbsthypnose ermöglicht eine rasche Reduktion der Symptomatik bei Myoarthropathien und hilft, eine erfolgreiche kausale Therapie einzuleiten. Unsere Erfahrung aus mehr als zwanzig Jahren Arbeit mit chronischen Schmerzpatienten führt zu der hier detailliert vorgestellten Systematik. Wir wenden eine Kombination aus Gnathologie (Funktionsanalyse), Hypnose, Physiotherapie und Akupunktur an. Auf die aktive Mitarbeit der Patienten und die Einbeziehung vorhandener Ressourcen vom ersten Termin an wird besonderer Wert gelegt. Ziel der Therapie ist, die Medikation zu reduzieren, Teufelskreise zu unterbrechen und den Patienten auf diese Weise schmerzfrei zu machen.

Schlüsselworte: Myoarthropathien, Chronischer Schmerz, Hypnose

Einführung

Die Myoarthropathie (Synonyme: TMJ-Probleme/Syndrom, Temporo-Mandibuläre Dysfunktion, Costen-Syndrom) ist eine psychosomatische Erkrankung. Je nach Fall überwiegen somatische oder psychische Komponenten. Die häufig von Patienten angegebenen "Diagnosen" sind Migräne, Gesichtsschmerz, Trigeminalneuralgie, Tinnitus, Schwindel oder auch Spannungskopfschmerz.

Eine durch überkonturierte Füllungen oder falschen Zahnersatz ausgelöste Myositis muss natürlich kausal therapiert werden. Dekompensiert jedoch ein stomatognathes System durch Nachbeschwerden nach zahnärztlichen Eingriffen oder führt eine notwendige Bissveränderung zu reaktiven Parafunktionen, so kann besser und schneller durch die Kombination von zahnärztlicher Behandlung und Hypnosetherapie geholfen werden. Durch das rasche Unterbrechen der Teufelskreise mit Hilfe von Hypnose, Autogenem Training (Thomas, 1976), progressiver Mus-