

Angst und Schmerz in der Kinderzahnheilkunde

Johanna Maria Kant

1.1 Einleitung – 2

1.2 Angst- und Schmerzprophylaxe und Therapie – 2

1.2.1 Nichtmedikamentöse anxiolytische Verfahren – 2

1.2.2 Medikamentöse anxiolytische Verfahren – 8

1.3 Fazit – 8

Literatur – 8

1.1 Einleitung

In 50 % der Fälle ist die Zahnarztangst in der Kindheit entstanden (Locker et al. 1999). Die Befragung erwachsener Angstpatienten nach dem Grund ihrer Zahnarztangst ruft oftmals Kindheitserfahrungen in Erinnerung. Kennen wir nicht alle die stereotypen Antworten: »Ich wurde festgehalten« oder: »Man wollte mir nicht glauben, als ich gesagt habe, dass es mir weh tut«? Die Ursachen der Zahnbehandlungsangst sind in der Regel allerdings weit komplexer, als diese Aussagen vermuten lassen (Jöhren u. Sartory 2002).

Zahnbehandlungsangst bei Kindern entsteht durch das Zusammenwirken mehrerer Faktoren. Sie ist vom Kindesalter abhängig, der allgemeinen Angst des Kindes und der Angst seiner Mutter oder seines Vaters (Coric et al. 2014; Huijboom-Tan et al. 2003). Studien zur Zahnbehandlungsangst bei Kindern zeigen überwiegend, dass Angst häufiger mit der (invasiven) Behandlungserfahrung als mit sozialen oder Umgebungsfaktoren zusammenhängt.

Mutmaßlich spielt Konditionierung eine große Rolle. Wenn Kinder bei einer zahnärztlichen Behandlung wiederholt Schmerzen empfinden, kann Zahnbehandlungsangst entstehen. Schmerzen sind nicht nur sensorisch unangenehm, sondern lösen auch emotionale Reaktionen aus. Bei akuten Schmerzen, wie sie während einer zahnärztlichen Behandlung auftreten können, sind manche Kinder in der Lage, mit dem Schmerz umzugehen, wohingegen andere mit Angst reagieren (Majstorovic u. Veerkamp 2003).

Abhängig vom kindlichen Alter und Entwicklungsstand kann eine Lokalanästhesie aus verschiedensten Gründen Angst auslösen:

- Das Kind hat bereits schmerzhafte Erfahrungen mit Injektionen gemacht und konnte (noch) nicht damit umgehen (klassische Konditionierung; Jöhren u. Sartory 2002).
- Ein Kleinkind empfindet diffuse Angst bei der zahnärztlichen Behandlung, weil es noch nicht in der Lage ist, die Gefahr zu lokalisieren oder zu verbalisieren (Sigmund 2007). Es hat noch keine Vorstellung von Verhältnismäßigkeit. So kann es z. B. einen bei der Anästhesie eingesetzten Suktör oder Speichelzieher ablehnen, den Erwachsene als harmlos einstufen. Das

Kind hat Angst davor, weil es noch nicht versteht, dass der Sauger zu klein ist, um Kinder gänzlich darin »verschwinden« zu lassen.

- Im Kindergartenalter haben Kinder Angst, ihre körperliche Unversehrtheit zu verlieren. Einige Kinder betrachten ihre Haut als wasserdichte Hülle. Folglich entsteht bei der Injektion ein Loch in dieser Hülle, und das Kind muss befürchten, auszulaufen wie ein Wassersack (Majstorovic u. Veerkamp 2003).
- Ältere Kinder entwickeln Antizipationsangst (Gullone 2000).

1.2 Angst- und Schmerzprophylaxe und Therapie

Durch gute Vorbereitung auf die geplanten Maßnahmen und sensible Begleitung des Kindes während der Behandlung werden Bewältigungsstrategien erlernt. Kognition und positive Erfahrungen reduzieren Angstgefühle. Kinderhypnose bietet eine zusätzliche Möglichkeit, die emotionale Wertung der Schmerzempfindung positiv zu beeinflussen, sodass weder die invasive Behandlung noch die Anästhesie Angst konditionieren. So führt die Anwendung hypnotischer Techniken zu zusätzlicher Stressreduktion (Armfield u. Heaton 2013). Eine medikamentöse Sedierung, medikamentöse Anxiolyse oder Allgemeinanästhesie sollten nur in Ausnahmefällen erfolgen.

1.2.1 Nichtmedikamentöse anxiolytische Verfahren

■ Kommunikation

Der Kommunikation mit den Kindern, aber genauso mit deren Eltern, ist große Bedeutung beizumessen. Kommunikation erreicht, dass notwendige zahnmedizinische Behandlungen effektiv und effizient durchgeführt werden (können) und Kinder eine positive Haltung zur Mundgesundheit entwickeln (Adair 2004).

Es entsteht die notwendige vertrauensvolle Beziehung sowohl zwischen dem zahnärztlichen Team und dem Kind als auch zwischen dem Team und den Eltern des Patienten. Nur wenn sich das Kind

und die Eltern sicher und gut aufgehoben fühlen, wird Compliance möglich. Eltern, die ihr Kind in guten Händen wissen, halten sich im Behandlungszimmer meist stark zurück und sprechen das Kind während der Behandlung nicht an.

Die Kommunikation mit dem Kind prägt die Behandlung. Ein Wort, ein Satz kann über Gelingen oder Nichtgelingen einer Behandlung oder ihre Dauer entscheiden (►Verhaltensführung in der Kinderbehandlung).

Methoden zur Angstvermeidung bzw. -reduktion sind verhaltenstherapeutischen Ursprungs (Kessler 2006). Kinderbehandlung ohne Verhaltensführung (»behavioral management«, BM) ist nur schwer möglich. Die Vertrauensbasis zwischen dem Kind und seinen Eltern einerseits und dem zahnärztlichen Team andererseits wird dadurch aufgebaut und gefestigt. Die Behandlung ist eingebettet in den Kontext von Sicherheit, Verlässlichkeit, Vertrauen und Geborgenheit. Die kindliche Fantasie stellt dabei eine wichtige Ressource dar; mit ihrer Hilfe kann das Kind Bewältigungsstrategien erlernen und erweitern sowie sein Bedürfnis nach Wohlbefinden maximal befriedigen (Olness u. Kohen 2001).

■ Hypnose

Hypnose, Trance Durch den gezielten Einsatz besonders wirksamer verbaler und nonverbaler Hypnosetechniken können auch bei kleinen oder ängstlichen Kindern schnell und effektiv natürliche Trancezustände aktiviert werden. Dies führt (für alle Beteiligten) zu deutlicher Entspannung und sorgt gleichzeitig für den Abbau von Ängsten, die durch negative Vorerfahrungen entstanden sind (Schütz u. Freigang 1998). Nur dann, wenn eine vertrauensvolle Beziehung zwischen allen Partnern vorhanden ist, wird sich ein Kind auf die zahnärztliche Hypnose einlassen.

Ressourcen- und Lösungsorientierung sind Begriffe, die in der modernen klinischen Hypnose selbstverständlich sind. Eingeführt wurden diese Begriffe von dem amerikanischen Psychiater Milton H. Erickson (geboren 1901). Erickson war farbenblind und durchlitt als Kind eine Poliomyelitis. Er wurde im Verlauf seines Lebens von multiplen Schmerzsyndromen begleitet. Bedingt durch diese Erfahrungen entwickelte er großes Wissen um

menschliches Denken, Fühlen und Verhalten. Erickson arbeitete vielfach mit Metaphern, in die er Analogien einfließen ließ, die sich auf die Probleme seines jeweiligen Patienten bezogen (Haley 2010). In ähnlicher Weise können wir durch eine Metapher, eine Geschichte, die während einer Behandlung erzählt wird, ein Kind in seine Fantasiewelt eintauchen lassen, sodass es die zahnärztliche Behandlung nicht mehr als solche wahrnimmt: Es ist in Trance.

Bei Kindern sind die klassischen Trancesignale nicht so ausgeprägt wie bei Erwachsenen, und es fehlt an geeigneten Instrumenten, die hypnotische Reaktionsbereitschaft von Kindern zu messen. So kommt es, dass in der Literatur teilweise die These vertreten wird, kleine Kinder seien weniger gut hypnotisierbar als Erwachsene (Olness u. Kohen 2001; Schütz u. Freigang 1998). Die Autorin bestreitet diese These entschieden. Wer kennt nicht Kinder, die so in ihr Spiel vertieft sind, dass sie kaum noch etwas anderes als ihr eigenes Spiel wahrnehmen? Das ist Trance! Sitzen Kinder nicht oft »wie hypnotisiert« vor einem Fernsehbildschirm? Das ist ebenfalls Trance! Und wer hat nicht schon den seligen Blick eines Säuglings beim Stillen beobachtet? Die Händchen schweben in der Luft, und das Kind ist nur mit diesem einen für es in diesem Moment allerwichtigsten Genuss des Trinkens beschäftigt: Auch das ist ein Trancezustand!

Bereits Patienten im Alter von 2 Jahren lassen sich gut mithilfe der Kinderhypnose behandeln. Voraussetzung ist, dass der Befund nicht die Behandlungsfähigkeit des Kindes überschreitet. Die Sitzung muss bei einem 2-jährigen Kind nach ca. 10–15 min und bei Kindergartenkindern innerhalb von 20 min beendet werden können. Behandlungen, die wiederholte lokale Anästhesien erfordern, wie z. B. multiple Extraktionen oder Pulpotomien, können bei jungen Kindern meist nur mithilfe einer (Inhalations-)Sedierung oder in Allgemeinanästhesie vorgenommen werden. Auch bei älteren Kindern muss immer wieder sorgfältig abgewogen werden, ob sie nicht mit dem Gesamtumfang aller notwendigen Maßnahmen überfordert werden und die Möglichkeit einer Behandlung in Hypnose ausscheidet.

Beim Erwachsenen zeigt sich Trance an mehreren klassischen Anzeichen (Schmierer 2001; Schütz u. Freigang 1998): Meist zu Anfang der Bewusst-

seinsveränderung flattern die Augenlider leicht, und es ist ein wiederholtes Trockenschlucken zu beobachten. Puls- und Atemfrequenz verändern sich, wobei es infolge der Entspannung überwiegend zu einer Verlangsamung der Atmung und des Pulsschlages kommt. Außerdem können ideomotorische Bewegungen auftreten (vergleichbar mit dem leichten »Zucken« vor dem Einschlafen). Häufig machen sich Bauchgeräusche bemerkbar als Folge der zunehmenden Entspannung. Die Aufmerksamkeit des Patienten wird stark fokussiert, wodurch Trance entsteht. Diese verläuft fraktioniert, d. h., der Patient gleitet wie in einer Wellenbewegung in seine Entspannung hinein, orientiert sich vielleicht ein wenig mehr an der Oberfläche, um dann noch tiefer in die Entspannung einzutauchen. Im Anschluss an die Behandlung berichten viele Patienten von einem veränderten Zeitgefühl, wie es sich manchmal nach einem Kinobesuch einstellt (»Wo ist die Zeit geblieben, es war so schön ...«).

Nach Erfahrung der Autorin liegen die Unterschiede zwischen Kinderhypnose und Erwachsenenhypnose darin, dass Erwachsene eher über ein internes Erleben in Trance fallen. Sie sind in der Lage, ihre Aufmerksamkeit etwa auf eine schöne (Urlaubs-)Erinnerung zu fokussieren, und tauchen wieder ganz in dieses frühere Erleben ein. Kinder benötigen oft mehr Input der Sinne und gehen über ein externes Erleben in Trance. Sie haben als stärkste Ressource ihre Vorstellungskraft und sind mehr als Erwachsene in der Lage, sich in eine Fantasiewelt hineinzuversetzen.

Kinder können sowohl mit geschlossenen wie auch mit offenen Augen in Trance gehen. Bei ihnen ist die Trance oft sehr stark fraktioniert – sie gehen schnell hinein, sind aber im nächsten Moment wieder »ganz da«. Da Kinder mehr auf Körpersprache als auf das gesprochene Wort reagieren und Geborgenheit als Ressource nutzen, ist es wichtig, in der Behandlung viel Körperkontakt zu halten.

Bei Kindern findet sich häufig eine spontane Katalepsie, die bewusst vom Zahnarzt eingesetzt werden kann. Kleine Kinder werden auf dem Bauch ihres Elternteils gelagert. Hier geht es weniger um das körperliche Festhalten als vielmehr darum, den Kindern in einer für sie ungewohnten Situation Halt und Geborgenheit zu bieten. Eine ergonomisch

günstigere Alternative ist die Lagerung des Kindes auf einem Kissen. Außerdem kann das zahnärztliche Team durch bestimmte Grifftechniken die Tranceinduktion unterstützen (Schmierer 2001).

Da die Fantasie eine wichtige kindliche Kraftquelle darstellt, kann bei Patienten, die sprachlich bereits so weit entwickelt sind, dass sie eine Geschichte hören und verstehen können (ab dem Kindergartenalter), viel mit Geschichten gearbeitet werden. Dabei werden nicht nur alle Instrumente in der zahnärztlichen Behandlung vom Kind mit ihren Synonymen benannt, sondern auch sämtliche Behandlungsvorgänge pseudologisch erklärt. Alle dazugehörigen Gefühle werden verbalisiert, in einem positiven Rahmen umgedeutet (Reframing) und dann in eine Metapher eingebunden (Haley 2010; Morchen et al. 1993; Rosen u. Erickson 2003).

Bei jüngeren Kindern sind nonverbale Techniken effektiver.

Dehypnose Nach Abschluss der Behandlung zeigen Kinder häufig noch eine gewisse Verlangsamung. Solche Patienten müssen nach einer Trance aktiv reorientiert werden. Das Kind wird für seine Bemühungen gelobt, wodurch sein Selbstbewusstsein gestärkt und die Mitarbeit für die nächste Sitzung gesichert wird. Zur Reorientierung gibt es verschiedene einfache Methoden, mit denen das Kind zur körperlichen Aktivität animiert wird (Aufstehen, Händeklatschen, Springen etc.). Eine materielle Belohnung am Ende der Behandlung ist kein Muss, wird aber von den Kindern sehr geschätzt und ist eine Möglichkeit, eine gelungene Behandlung abzurunden.

■ Rahmenbedingungen und Behandlungskonzept

Die Rahmenbedingungen der Praxis, Behandlungskonzepte und Kommunikation sollten auf das Alter und die Bedürfnisse des jeweiligen Kindes abgestimmt werden. Im Folgenden wird illustriert, wie entsprechende Rahmenbedingungen und (hypnotische) Kommunikation die zahnärztliche Behandlung eines Kindes leicht und spielerisch machen können. Die Konzepte sind aus der alltäglichen Praxis entstanden.

»Hallo, ich bin Frau Kant, aber wenn du magst, kannst du auch Annemarie zu mir sagen.«

So werden neue pädiatrische Patienten in unserer Praxis begrüßt. Es ist der Anfang einer gelungenen Beziehung zum Kind und seinen Eltern und natürlich ganz anders, als Kind und Eltern es erwarten. Durch diese Art, sich vorzustellen, wird das Muster eines »normalen« Zahnarztbesuchs durchbrochen. Das ist unser Ziel: Zu zeigen, dass bei uns alles ganz anders ist.

Wir können den Kontakt zum Kind und seinen Eltern erfolgreich gestalten, indem wir, das Praxisteam, und unsere Räumlichkeiten Folgendes zum Ausdruck bringen:

- Wir sind kompetent, Kinder zu behandeln.
- Wir bieten eine kindgerechte Umgebung.
- Wir haben Verständnis für die Probleme, die Eltern in Bezug auf Zahngesundheitsförderung oder eigene Zahnärztängste haben können.
- Wir nehmen uns die Zeit, die ein Kind für das Aufbauen einer Beziehung zu uns braucht.
- Kinder werden behutsam in die Behandlung eingeführt, und sie werden bei uns gerne behandelt!

Wir sind kompetent, Kinder zu behandeln Nicht nur durch regelmäßige Fortbildung wird die fachliche Kompetenz vertieft. Auch Teambildungsprozesse sorgen dafür, dass die Behandlung flüssig abläuft. Wir wollen bei der Behandlung von Kindern eine hohe medizinische Qualität der zahnärztlichen Behandlung bei gleichzeitiger Verringerung von Angst und Stress – weniger Stress auch für das Praxisteam – erreichen.

Durch fachliche Fortbildung und Teambildungsprozesse (z. B. regelmäßige Mitarbeiterbesprechungen) gewinnt das Praxisteam Sicherheit in der Behandlung von Kindern und Routine in einem flüssigen Behandlungsablauf. Gerade in der Kinderbehandlung müssen die Abläufe sehr sorgfältig geplant werden. Störungen und Unterbrechungen, z. B. eine Pause, die entsteht, wenn eine Mitarbeiterin ein Instrument erst noch holen muss, können der Auslöser sein für das »Aussteigen« eines Kindes aus der zahnärztlichen Behandlung.

Die sorgfältige Diagnostik in der Kinderbehandlung ermöglicht uns, den Behandlungsumfang eines Defekts richtig einzuschätzen (Größe des Defekts, Milchzahnnervebehandlung nötig? Anästhesie nötig? Oder fällt der Zahn bald heraus?).

So bleiben dem Patienten wie auch dem Praxisteam unangenehme Überraschungen erspart, die so manches Mal den begrenzten zeitlichen Rahmen für die Kinderbehandlung (► Hypnose) sprengen können.

Auch unsere Instrumenten- und Materialauswahl muss auf die Kinderbehandlung abgestimmt sein. Wir brauchen kleinere Diamantschleifer als bei Erwachsenen. Kinder reagieren auf Geruch und Geschmack viel empfindlicher als Erwachsene. Wir brauchen Materialien mit einer geringen Techniksensitivität (hängt der Erfolg der Behandlung sehr stark davon ab, ob alle materialtechnischen Bedingungen erfüllt sind, ist das Material unter Umständen weniger für die Kinderbehandlung geeignet).

Erkennen wir, dass trotz unserer fachlichen Kompetenz die Behandlung für das Kind und das Praxisteam nicht stressarm gestaltet werden kann, sollten wir weitere Möglichkeiten in Erwägung ziehen, z. B. die Intubationsnarkose.

Kindgerechte Umgebung Schon durch die Gestaltung unserer Räume können wir zeigen: Kinder sind willkommen in unserer Praxis. Das kann eine Garderobe in Kinderhöhe, eine Sitzerrhöhung für den Behandlungsstuhl, eine Sonnenbrille als Blendschutz, ein Stofftier auf dem Bauch oder eine optische Ablenkung an der Decke über dem Behandlungsstuhl sein (Poster oder Bildschirm – Stummfilm reicht, das bewegte Bild, nicht der Ton, hypnotisiert unsere kleinen Patienten).

■ Umgang mit Eltern

»Wir können so viel mit unserem Mund machen! Lachen, lächeln, singen, sprechen, die Lippen zusammenpressen, pfeifen, küssen und essen. Wenn wir uns mit anderen verständigen wollen, ist der Mund der nützlichste Teil unseres Körpers. Ihr Kind sollte wissen, dass es einen Mund und Zähne darin hat und dass es ganz normal ist, sich mit diesem Bereich zu beschäftigen und den anderen Menschen zu zeigen, wie zum Beispiel Zahnärzte und Prophylaxeassistentinnen.«

So fängt die Infobroschüre an, die wir den Eltern neuer Patienten vorab zusenden. Sie klärt darüber auf, wie die Eltern ihr Kind bereits zu Hause auf den Zahnarztbesuch vorbereiten können. Gleichzeitig haben wir die Möglichkeit, den Familien etwas über die Verhaltensregeln in unserer Praxis zu erzählen:

- Eltern sollen Formulierungen wie »Du brauchst keine Angst zu haben, es tut bestimmt nicht weh« vermeiden. Sollte das Kind fragen, ob eine Zahnbehandlung weh tut, ist es viel geschickter, zu antworten, dass die meisten Kinder sagen, es würde nicht wehtun, sondern nur kitzeln.
- Eltern sollen dafür sorgen, dass sie und ihr Kind ausgeruht sind.
- Eltern dürfen ihrem Kind **keine** Belohnungsgeschenke versprechen! Durch versprochene Belohnungsgeschenke entsteht die Erwartung, dass Schlimmes passieren könnte.
- Wir ermuntern Eltern, ihr Kind in das Behandlungszimmer zu begleiten. Wichtig dabei ist, dass sie sich ruhig verhalten und eher im Hintergrund bleiben, sodass es uns als Praxisteam möglich wird, eine gute, direkte Beziehung zum Kind aufzubauen.

Wir bauen unsere Beziehung zum Kind sorgfältig auf Kinder brauchen viel Struktur und ritualisierte Abläufe. Gerade für kleine Kinder ist die Erwachsenenwelt oft zu schnell und hastig. Kinder brauchen ein bisschen Zeit.

Wir lassen den Kindern Zeit, in unserer Praxis anzukommen. Sie dürfen 5–10 min im Wartezimmer spielen, bevor wir sie in das Behandlungszimmer einladen. Allerdings sollte die Wartezeit 15 min nicht überschreiten.

Wir investieren ein wenig Zeit in die Begrüßung neuer Patienten. Fremde Personen werden von Kindern kritisch gemustert. Kinder brauchen das Gefühl, eine unbekannte Situation selbst kontrollieren zu können. Ein Fremder, der sich einem Kind stürmisch nähert, es anzufassen versucht und mit einem Wortschwall überschüttet, weckt Furcht und löst Abwehrreaktionen aus. Deshalb signalisieren wir dem Kind: »Ich bin harmlos«. Wie das?

- In die Hocke gehen, gleiche Augenhöhe,
- offene Körperhaltung, keine verschränkten Arme, Handflächen zeigen nach oben, Kopf wird leicht geneigt und
- lächeln!
- Wir machen ein kleines Kompliment (Schuhe, Zopfspangen, mitgebrachte Autos, gemalte Bilder etc.).

Wir bieten den Kindern einen sicheren Rahmen und eine partnerschaftliche vertrauensvolle Beziehung.

Das Praxisteam ist gut vorbereitet und weiß, wie es mit Kindern umgeht. Schon an der Rezeption liegt die Priorität unserer Aufmerksamkeit beim Kind. Das bedeutet: Blickkontakt! Kind und Eltern werden angeschaut, nicht der Computer! Die Mitarbeiterin macht dem Kind ein kleines Kompliment und zeigt, dass wir uns freuen, dass dieses Kind heute zu uns zu Besuch gekommen ist.

Die Mutter bzw. die Begleitperson ist herzlich eingeladen, das Kind in das Behandlungszimmer zu begleiten, vorausgesetzt, sie hält sich an unsere im Elternbrief (► Umgang mit Eltern) zur Kenntnis gegebenen Verhaltensregeln (diese Verhaltensregeln gelten selbstverständlich auch in einer Prophylaxe-sitzung).

Wir zeigen Kindern, dass wir sie gern haben und gehen einfühlsam mit ihnen um Kinder erleben die Welt anders als Erwachsene. Ein Kind kann uns nicht wörtlich mitteilen: »Es ist mir jetzt zu viel, ich kann nicht mehr.« Um einer Überforderung vorzubeugen, müssen wir die Kinder sehr genau beobachten und die Körpersignale lesen lernen. Welche frühen Signale gibt uns ein Kind als **Zeichen einer Überforderung**?

- Die Augen blinzeln.
- Die Hände spreizen mehrere Finger.
- Seufzen, Augenreiben.
- Das Kind behauptet auf einmal, die Lampe würde blenden, oder fragt häufiger, wie lange es noch dauert, wird unruhig.

■ Verhaltensführung in der Kinderbehandlung

Was können wir tun, um einer Überforderung vorzubeugen? Es kommen u. a. folgende verhaltensführende Techniken zum Einsatz:

Angstvermeidende Gesprächsführung

- Reizworte, wie »Spritze«, »Zange« und auch »Ätzel« werden vermieden. Für solche Instrumente und Materialien werden Synonyme verwendet.
- Positive Sprache: Kinder brauchen klare Anweisungen. Wir benennen das gewünschte

Verhalten, nicht das, was sie nicht tun sollen (Beispiel aus dem Alltag: »Bleibe auf dem Bürgersteig« statt »Gehe nicht auf die Straße«). Diese Sprache muss im Team trainiert werden!

Prinzip der kleinen Schritte Behutsame Einführung in die Behandlung: Je kleiner das Kind ist, desto weniger Reize verträgt es. Lieber mit einer langsamtourigen Rose ohne Wasserkühlung und Absaugung anfangen, als eine Überforderung mit zu vielen Geräuschen und Instrumenten auf einmal.

»**Tell – Show – Do**« Jedes Instrument

- ankündigen,
- zeigen, dabei auch erzählen, wie es ggf. riecht/schmeckt und welche Geräusche es macht,
- am eigenen Finger ausprobieren,
- am Finger des Kindes ausprobieren,
- im Mund des Kindes einsetzen (Paryab u. Arab 2014).

Kontrolle über die Behandlungsvorgänge anbieten Das Kind darf im Spiegel mitschauen.

Kontrolle bieten mithilfe von Zahlenspielen Wir verhandeln, wie lange das Kind noch durchhalten kann: bis »3«/»5«? zählen, kurze Pause, weitermachen, dabei wieder bis »3«/»5«? zählen, dann wieder kurze Pause etc.

Kind in die Behandlung mit einbeziehen Es soll z. B. die Watterollen halten.

»**Vergessenszauber**« Wenn es mal schwierig oder schmerzhaft für ein Kind war, instruieren wir die Eltern, nicht weiter nachzufragen. Vor allem dürfen die Eltern nicht fragen: »War es schlimm?« Oder sagen: »Es war doch nicht so schlimm.« Sie sollen ihr Kind nur dafür loben, dass es – so toll – mitgemacht hat. Das Kind wird für seine Bemühungen überschwänglich gelobt und auch belohnt. Es wird den unangenehmen Teil der Behandlung schnell aus seinem Gedächtnis löschen und sich voller Stolz daran erinnern, wie gut es die Behandlung gemeistert hat.

■ **Beispiel: Geschichte zur Anästhesie bei einem Kindergartenkind**

»Wusstest du schon, dass Zähne einen ganz winzig kleinen Mund haben? Und dass sie damit auch essen und trinken können? Ich habe in meiner Schublade so einen Schlafsaft, der dafür sorgt, dass Dein Zahn nichts davon mitbekommt, wenn wir ihn reparieren. Cool, oder? Nur ein kleines Problem gibt es dabei. Der Schlafsaft schmeckt nicht sooo gut. Der schmeckt ein bisschen so wie Pampelmusensaft. Und das mag dein Zahn überhaupt nicht. Dann macht er seinen klitzekleinen Mund gaaaanz fest zu. Guck, so in etwa ...

Deshalb müssen wir Deinen Zahn ein kleines bisschen austricksen. Schau, hier habe ich so Zahnschlafmarmeladen in verschiedenen Geschmacksrichtungen. Es gibt Banane, Kirsche oder auch Zuckerwatte. Was meinst du, was mag dein Zahn wohl am liebsten?

Und wenn er dann die Marmelade gegessen hat und schon so ein kleines bisschen schläfrig wird, dann macht er seinen kleinen Mund sperrangelweit auf. Ungefähr sooo weit ...

Und wenn er dann den Schlafsaft trinkt, den ich ihm mit meinem kleinen Strohhalm gebe, dann holt er sich ein weiches Kissen und schläft ein. Wenn er sich das Kissen zurecht plustert, dann ist das ganz schön eng, Dein kleiner Mund mit so einem dicken Kissen. Deshalb drückt das dann auch ein bisschen. Ungefähr so ...«

(Hier wird am Arm, an den Schultern oder an der Hand des Kindes Druck ausgeübt, damit es ein Gefühl dafür bekommt.)

»Na ja, und dann schläft Dein Zahn, vielleicht schnarcht er sogar dabei. Merkst Du, wie das Kissen dicker und dicker wird? Und wenn Du genau aufpasst, dann kannst Du vielleicht hören, ob Dein Zahn schon schnarcht.«

(Die Anästhesie wird gegeben.)

»Hast Du zu Hause auch so ein kleines Kuschelkissen, ein zweites? So eines wird jetzt auch noch aufgepustet.

So, jetzt schläft der Zahn aber gemütlich. Merkst Du, wie sich das alles so ganz dick anfühlt? Du siehst aber noch genau so aus wie vorher! Schau mal in diesen Spiegel! Komisch, oder?«

1.2.2 Medikamentöse anxiolytische Verfahren

Ein Zahnarzt darf begrenzte anästhesiologische Maßnahmen verantworten und durchführen, wenn er die Voraussetzungen dafür erfüllt. Diese sind in der Qualitäts- und Qualifikationssicherung praxisambulanter Anästhesie und in der Leitlinie zur Sedierung und Analgesie (Analgesiedierung) von Patienten durch Nichtanästhesisten festgelegt (BDA 2010; DGAI 2002, 2006)

Das Medikament, welches vorrangig für die Sedierung in der zahnärztlichen Praxis eingesetzt wird, ist Midazolam (► Kap. 18; Jöhren u. Sartory 2002; Kapur et al. 2014; Veerkamp et al. 1994). Eine medikamentöse Analgesiedierung mittels Propofol (Hosey et al. 2004) sollte in jedem Fall von einem Anästhesisten durchgeführt werden.

Eine medikamentöse Sedierung und Anxiolyse sollte allerdings nur in Ausnahmefällen erfolgen. Es wird die Meinung vertreten (AAP et al. 2008), dass zunächst versucht werden sollte, zahnärztliche Behandlungen unter Lokalanästhesie mithilfe von verhaltenstherapeutischen Techniken wie »tell – show – do«, positiver Verstärkung (Houpt 1993; Musselman 1991; Nathan 1991; Needleman 1989) oder auch Hypnose (Lu 1993; Olness u. Kohen 2001; Schmierer 2001) durchzuführen.

1.3 Fazit

So vielfältig wie die Ursachen der Zahnbehandlungsangst sind bei der zahnärztlichen Behandlung von Kindern die Strategien zur Angstreduktion oder -vermeidung. Große Bedeutung kommt der Kommunikation mit Eltern und Kind sowie der Verhaltensführung und der kindgerechten Umgebung zu.

Die Kinderhypnose wendet zusätzlich resourcenorientierte imaginative Techniken nach M. H. Erickson an, was der Kinderbehandlung eine Atmosphäre von Ruhe und Heiterkeit verleiht. Hypnose bewirkt sowohl eine Angstreduktion als auch reduzierte Schmerzwahrnehmung. Ähnliche Effekte zeigt die Analgesiedierung. Weitere Möglichkeiten der Schmerzausschaltung sind Lokal- oder Allgemeinanästhesie, wobei Letztere v. a. bei jungen präkooperativen Kindern sowie solchen mit

schwerer Mehrfachbehinderung und mit einem umfangreichen zahnärztlichen Behandlungsbedarf angezeigt ist.

Literatur

- Adair SM (2004) Behavior management conference panel I report. Rationale for behavior management techniques in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 26: 167–170
- Armfield JM, Heaton LJ (2013) Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J* 58: 390–407
- Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) (2010) Analgesiedierung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen im Kindesalter. <http://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oefentlich/empfehlungen/597-analgesiedierung-fuer-diagnostische-und-therapeutische-massnahmen-im-kindesalter/file.html>
- Coric A, Banozic A, Kalric M, Vukojevic K, Puljak L (2014) Dental fear and anxiety in older children: an association with parental dental anxiety and effective pain coping strategies. *J Pain Res* 20: 515–521
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) (2002) Leitlinie zur Sedierung und Analgesie (Analgesiedierung) von Patienten durch Nicht-Anästhesisten. *Anästhesiol Intensivmed* 43: 639–641
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) (2006) Vereinbarung zur Qualitätssicherung ambulante Anästhesie des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten, der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen. *Anästhesiol Intensivmed* 1: 50–51
- Gullone E (2000) The development of normal fear: A century of research. *Clin Psychol Rev* 20: 429–451
- Haley J (2010) Die Psychotherapie Milton H. Ericksons. Klett-Cotta, Stuttgart
- Hosey MT, Makin A, Jones RM, Gilchrist F, Carruthers M (2004) Propofol intravenous conscious sedation for anxious children in a specialist paediatric dentistry unit. *Int J Paediatr Dent* 14: 2–8
- Houpt M (1993) Management of child behavior in the dental environment. *Compendium* 14: 64–66
- Huijboom-Tan HL, Veerkamp JSJ, ten Berge M (2003) Voorspellende factoren voor onbehandelbaar gedrag bij peuters tijdens een tandheelkundige behandeling. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 110: 185–189
- Jöhren P, Sartory G (2002) Zahnbehandlungsangst – Zahnbehandlungsphobie: Ätiologie, Diagnose, Therapie. Schlütersche, Hannover
- Kapur A, Chawla HS, Gauba K, Goyal A, Bhardwaj N (2014) Effect of oral-transmucosal midazolam sedation on anxiety levels of 3–4 years old children during a Class II restorative procedure. *Contemp Clin Dent* 5: 334–339

- Kessler B (2006) Hypnose und alternative Techniken der Schmerzausschaltung. *Quintessenz* 57: 993–997
- Locker D, Liddell A, Dempster L, Shapiro D (1999) Age of onset of dental anxiety. *J Dent Res* 78: 790–796
- Lu DP (1993) The use of hypnosis for smooth sedation induction and reduction of postoperative violent emergencies from anesthesia in pediatric dental patients. *ASDC J Dent Child* 61: 182–185
- Majstorovic M, Veerkamp JS (2003) Relationship between needle phobia and dental anxiety. *J Dent Child* 71: 201–205
- Morchen S, Holtz KL, Trenkle B (1993) Die Pupille des Bett-nässers. Hypnotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg
- Musselman RJ (1991) Considerations in behavior management of the pediatric dental patient. Helping children cope with dental treatment. *Pediatr Clin North Am* 38: 1309–1324
- Nathan JE (1991) Oral conscious sedation for the pediatric dental patient. *Update Pediatr Dent* 4: 1–8
- Needleman HL (1989) Conscious sedation for pediatric outpatient dental procedures. *Int Anesthesiol Clin* 27: 102–108
- Olness K, Kohen DP (2001) Lehrbuch der Kinderhypnose und -hypnotherapie. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg
- Paryab M, Arab Z (2014) The effect of Filmed modeling on the anxious and cooperative behavior of 4-6 years old children during dental treatment: a randomized clinical trial study. *Dent Res J* 11: 502–507
- Rosen S, Erickson MH (2003) Die Lehrgeschichten von Milton H. Isikopress, Salzhäusen
- Schmierer A (Hrsg) (2001) Kinderhypnose in der Zahnmedizin. Hypnos, Stuttgart
- Schütz G, Freigang H (1998) Tausend Trance Tipps. Hypnos, Stuttgart
- American Academy of Pediatrics (AAP); American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), Coté CJ, Wilson S; Work Group on Sedation (2008) Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures: an update. *Paediatr Anaesth* 18: 9–10
- Sigmund U (2007) Wirksamkeit der Hypnose bei Patienten mit Zahnbehandlungsangst unter der besonderen Berücksichtigung der »Psychodynamischen Aspekte der Angst«. *Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose* 1: 22–25
- Veerkamp JS, Gruythuysen RJ, Hoogstraten J, Van Amerongen WE (1994) Anxiety reduction with nitrous oxide: a permanent solution? *ASDC J Dent Child* 62: 44–48