



„Integrative Anxiolyse“

Der Fall P.: Zahnärztliche Hypnose bei psychischer Schwerstbehinderung

Es wird ein Vorgehen hypnotischer Intervention vorgestellt, mit dessen Hilfe sich psychisch Schwerstbehinderte aber auch sehr ängstliche Patienten bzw. Kinder behandeln lassen.

In der Literatur wird die Möglichkeit eines therapeutischen Zugangs mittels suggestiver Techniken bzw. mittels Hypnose bei Patienten mit höchstgradiger Intelligenzminderung großteils negiert. Im Gegensatz dazu soll anhand des vorgestellten Falles, exemplarisch für ein umfangreiches Patientenkollektiv von mehreren hundert ähnlich gelagerten Fällen, die in den vergangenen drei Jahrzehnten an der Zahnstation des Psychiatrischen Krankenhauses der Stadt Wien, „Otto-Wagner-Spital“, u. a. mit suggestiven Techniken auf verbaler wie auch auf non-verbaler Basis behandelt wurden, aufgezeigt werden, dass auch bei psychischer Schwerstbehinderung mit Unmöglichkeit einer verbalen Kommunikation, dennoch ein suggestiver Zugang möglich ist.

Die Anwendung der *Methode der „integrativen Anxiolyse“* (Kreyer) erfolgt in hierarchischer Reihenfolge: *Psychokonkordante Terminwahl, ärztliche Gesprächsführung, Systematische Desensibilisierung, Positive Reiztherapie, suggestive Techniken, Hypnose, Pharmakotherapie, Milieuthherapie, Vollnarkose*. Mit diesem Konzept war es bei dem geschilderten Patientenkollektiv, für das der vorgestellte Fall beispielhaft steht, möglich, den Prozentsatz von unvermeidbaren Vollnarkosen von ehemals ca. 16 Prozent auf letztlich 0,7 Prozent aller Interventionen zu senken.

Ausgangslage

Beim Patienten R.P. handelte es sich um einen männlichen Jugendlichen im Alter von 16 Jahren. Als Folge eines Geburtstraumas kam es zu schwerster körperlicher und geistiger Retardierung. Die psychiatrisch-neurologische Diagnose weist einerseits eine spasti-

sche Tetraplegie aus, andererseits eine höchstgradige Intelligenzminderung, internistischerseits wurde unter anderem eine Kardiomyopathie diagnostiziert. Der Patient befand sich ursprünglich in häuslicher Betreuung bei seiner Mutter und wurde wegen offensichtlicher Beschwerden und entsprechender Schmerzäußerungen im Mund-Kieferbereich einer Reihe von niedergelassenen Zahnärzten im Raum Wien vorgestellt, die sich allesamt außerstande sahen, eine Diagnose zu erstellen, geschweige denn, eine Behandlung durchzuführen. Die daraufhin konsultierte Ambulanz eines städtischen Wiener Krankenhauses sah sich aufgrund fehlender Kooperation und massiver Abwehrreaktionen des Jungen nicht in der Lage, in zielführender Weise diagnostisch oder therapeutisch tätig zu werden und empfahl eine Revision in Vollnarkose. Dies lehnte die Mutter des Patienten im Hinblick auf bestehende allgemeinmedizinische Risikofaktoren ab. Im Rahmen eines stationären Aufenthaltes im „Psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien“ wurde der Patient schließlich an der dortigen Zahnstation vorgestellt.

Erstvorstellung

Bei der Erstvorstellung zeigte der Patient offensichtliche Zeichen von erheblichen Schmerzen im Orofazialbereich, bot allerdings primär das Bild gänzlich fehlender Kooperationsbereitschaft und massiver Abwehrreaktionen. Es erwies sich zunächst als unmöglich, auch nur eine zahnärztliche Verdachtsdiagnose zu erstellen. Aufgrund der labilen Kreislaufsituation musste von einer effektiven Sedierung auf psychopharmakologischer Basis Abstand genommen werden. In der Folge wurden in einem stufenweisen, behutsamen Vorgehen, gewichtet nach der im konkreten Fall gegebenen Sinnhaftigkeit, die im Konzept der „integrativen Anxiolyse“ (Kreyer) bewährten Techniken angewendet.



Verbal-nonverbaler Zugang: Atem-Pacing

Ein direkter verbaler Zugang zu dem Patienten war aufgrund seiner hochgradigen Behinderung nicht möglich. Daher wurde versucht, einen nonverbalen Zugang zu finden, um eine gewisse Lockerung bei ihm zu ermöglichen.

Der primäre Ansatz besteht hier in einem „verbal-nonverbalen Atem-Pacing“, wobei wir die Schwerpunkte einerseits auf die Synchronisation der Sprache des Arztes mit dem Atemrhythmus des Patienten setzen, andererseits – und dies scheint besonders wesentlich – die Modulation der Sprachmelodie von Sätzen oder Satzfragmenten genau auf die Expiration des Patienten abstimmen. Dabei wird besonderes Augenmerk darauf gelegt, dass das Maximum der Phonation des Therapeuten mit dem Expirationsmaximums des Patienten korreliert.

Kombination mit körperbezogenem

Zugang: spürbarer Finger- und Handdruck

Beim gegenständlichen Patienten konnte zu unserer Überraschung auch mit dem gewählten verbal-nonverbalen Zugang keinerlei Öffnung oder Lockerung der Abwehrhaltung bewirkt werden. Daher wurde in einer nächsten Phase versucht, durch Kombination mit körperbezogenem Zugang zum Erfolg zu kommen. Als Standard-Vorgehensweise bevorzugen wir eine Verstärkung des oben beschriebenen durch deutlich spürbaren Finger- und Handdruck. In erster Linie favorisieren wir hier die Region an der Oberseite des Rumpfes zwischen Hals-Ansatz und Schulterhöhe etwa in der Mitte des Schlüsselbeins. Dabei befindet sich während der Zahnbehandlung eine Hilfsperson hinter dem Rücken des Patienten und verstärkt mittels gezieltem und genau auf den Patienten abgestimmtem Druckes beider Hände die jeweiligen Expirationsbewegungen. Es ist dabei wichtig, dass die Ausatmungsgeräusche der Hilfsperson, des Arztes und wenn möglich sogar des gesamten Teams, synchron zur Expiration des Patienten erfolgen. In ähnlicher Weise kann diese Technik zur Anwendung kommen, indem man die Expiration am Bauch im Bereich der Nabelgegend mit zwei aufgelegten Händen unterstützt.

Nonverbal-körperbezogene Trance-Induktionstechnik

Bedauerlicherweise war auch dieser Versuch

im dargestellten Fall nicht erfolgreich, so dass als nächster Schritt eine rein nonverbal-körperbezogene Trance-Induktionstechnik versucht wurde. Bei dieser von uns „Stirn-Auge-Technik“ genannten Vorgehensweise befindet sich der Arzt seitlich vor dem sitzenden oder liegenden Patienten an dessen rechter Körperseite. Der Therapeut – oder eine Hilfsperson – drückt nun (beim Rechtshänder) mit dem Daumen der rechten Hand auf eine Region oberhalb der Nasenwurzel im mittleren Stirndrittel. Gleichzeitig wird – unter atemsynchroner Modulation des Anpressdrucks – ein Reiz in Form von kleinen Rotationsbewegungen ausgelöst. Dies führt in vielen Fällen rasch und bemerkenswert effektiv zur Defokussierung und leichter Trance-Induktion, die dann einen zahnärztlichen Zugang ermöglicht.

Induktion mittels Vestibularis-Reizung

Nicht so im Falle dieses Jungen. Daher wurde als nächster Schritt eine etwas zeitaufwändigere Vorgehensweise ins Auge gefasst: eine Induktion mittels Vestibularis-Reizung. Dabei steht der Therapeut hinter dem Patienten, hält den Kopf des Patienten mit den Handflächen an beiden Schläfen und bewegt den Kopf des Patienten mit sanften, wiegenden Bewegungen hin und her, wobei genau auf eventuelle Schmerzen oder Blockaden im Bereich der HWS geachtet wird, die eine Kontraindikation darstellen würden. Dieses Wiegen des Kopfes führt bei den meisten Patienten nach einigen Minuten (!) zu einer deutlichen Trance-Induktion. In diesem Fall war aber auch dieser Zugang vergeblich, ebenso wie ein weiterer Versuch eines körperbezogenen Zugangs durch Reizung des Haarwirbels am Hinterhaupt durch langsame kreisende Bewegungen für den Zeitraum von einigen Minuten.

Positive Reiztherapie

Der nächste Schritt in Verfolgung des Konzeptes der „integrativen Anxiolyse“ war ein Versuch mit der „positiven Reiztherapie“ (Kreyer). Dabei werden – anders als bei der konventionellen Hypnose, bei der alle Sinnes-Modalitäten auf imaginativem Weg angesprochen werden – die entsprechenden Sinneskanäle realiter aktiviert. Der Grund-



gedanke dahinter ist, durch bewusst und gleichsam im Sinne eines Medikamentes aktiv eingesetzte positive Sinnesreize, negative Empfindungen zu blockieren. Dies kann auf dem Weg von Videobrillen über den optischen Kanal geschehen oder mittels „Audio-Analgesie“ über den akustischen, über Bewegungen und Berührungen bzw. haptisch-taktile Reize über den kinästhetischen und mittels Duft- und Geschmacksstoffen über den olfaktorischen und gustatorischen.

Im Falle des Jungen wurde ein Zugang über den olfaktorischen bzw. gustatorischen Sinneskanal versucht. Dazu wurden verschiedene Duft- und Geschmacksstoffe, die bei uns routinemäßig zum Einsatz kommen, angeboten, allerdings ebenfalls gänzlich ohne Erfolg. Als sowohl Behandler, Begleitpersonen als auch das Team der Zahnstation kurz davor waren, zu resignieren, stellte der Autor der Mutter des Patienten die Frage, ob es irgendetwas gäbe, was für den Jungen eine besondere Bedeutung hat? Wie sich herausstellte, gab es ein Kinderlied, das den Patienten besonders anspricht. Die Mutter wurde daraufhin gebeten, dieses Lied doch vorzusingen. Bereits nach kurzer Zeit zeigte sich beim Patienten eine deutliche Lockerung der Gesichtszüge sowie eine gewisse allgemeine Entspannung. Ein diagnostischer Zugang zum Kausystem war dennoch nicht möglich und scheiterte an einer sofort wiederkehrenden Abwehrhaltung.

Doppelinduktion und Hemisphärensynchronisation

Die offensichtliche besondere Persönlichkeitsnähe dieses Liedes war allerdings dennoch Anlass, einen weiteren Versuch mit einem möglichst optimierten Konzept durchzuführen. Als Setting und Procedere war folgendes geplant: Im Sinne der Einbindung des Hemisphärenkonzeptes und unter Berücksichtigung der Kontralateralität sollte die Mutter an der linken Seite des Patienten möglichst in Kopfnähe stehen und die Kinderkrankenschwester in symmetrischer Position auf der rechten Seite. Die erfahrenste Krankenschwester der Zahnstation sollte den Kopf des Patienten dergestalt stabilisieren, dass ihr Daumen Freiraum für eine Stimulierung der „Stirn-Augen“-Region hat. Das Lied

selbst sollte im Sinn einer Doppelinduktion wie auch im Sinn der Hemisphärensynchronisation abwechselnd einmal von der Mutter und einmal von der Kinderkrankenschwester angesungen werden. Wobei sowohl Rhythmus und Modulation als auch der alternierende Stimmeinsatz von rechts oder links vom Autor vorgegeben wurden. Dies sollte dergestalt geschehen, dass der Rhythmus durch Kopfnicken vorgegeben werde, der jeweilige Rechts-Links-Stimmeinsatz durch Augenbewegungen in die entsprechende Richtung.

Bei Anzeichen von Erfolg sollte im Sinne einer Fraktionierung eine Optimierung des Effekts angestrebt werden. Für das gesamte Team bedeutete diese geplante Vorgangsweise eine absolute Novität. Umso größer waren Spannung und Erwartungshaltung. Bereits nach wenigen Takten im Sinne der Doppelinduktion und Hemisphärensynchronisation zeigte sich, dass der Versuch nicht chancenlos war: Es kam zu einer erstaunlichen Entspannung der gesamten Person, insbesondere aber auch der Orofacialregion. Dadurch war es erstmals möglich, eine Inspektion der Mundhöhle vorzunehmen, die als Diagnose einen tief kariös zerstörten, offensichtlich gangränösen, schräg bukkal verlagerten, oberen Eckzahn als wahrscheinliche Ursache der Beschwerden ergab. Die darauf folgende Pause bewirkte eine gewisse Zunahme des Erregungsniveaus und wurde für die Vorbereitung des für den Eingriff erforderlichen zahnärztlichen Instrumentariums genutzt. Dabei wurde besonderer Wert darauf gelegt, dass die Instrumente außerhalb des Gesichtsfeldes des Patienten zu liegen kamen und möglicherweise irritierende Geräusche, die zu einer Angstreaktion führen könnten, vermieden wurden. Nun wurde wiederum im Sinne einer hemisphärensynchronisierenden Doppelinduktion als zweite Fraktionierung alternierend von Mutter und Kinderkrankenschwester das Kinderlied intoniert. Diese zweite Fraktionierung konnte genutzt werden, um auf überraschend unproblematische Weise eine Anästhesie zu setzen. Die nunmehr erfolgende Pause, die in erster Linie dem Zweck diente, die Wirkung des Anästhetikums abzuwarten, hatte keinerlei Anstieg des psycho-physischen Erregungsniveaus des Patienten mehr zur Folge. Im Gegen-



teil: Man konnte an Gesichtszügen, Atemrhythmus sowie an der Körperhaltung erkennen, dass ein gewisser Entspannungszustand begonnen hatte sich auszubreiten und zu vertiefen. Nach einigen Minuten erfolgte nun die dritte Fraktionierung unter Bedachtnahme auf eine identische Vorgehensweise wie bei den initialen Induktionen. Die operative Entfernung eines tief kariös, verlagert stehenden oberen Eckzahnes gehört zu den technisch nicht ganz einfachen zahnärztlichen Eingriffen. Dennoch war es für Behandler, Behandlungsteam wie auch Begleit-

personen eine vorher nicht für möglich gehaltene positive Überraschung, in welcher unproblematischer Art und Weise, ohne jegliche Abwehrreaktion dieser Eingriff durchgeführt werden konnte. Nach Beendigung der Operation war sogar ein Lächeln auf den Lippen des Patienten erkennbar.

DDr. Gerhard Kreyer, Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Diplomarzt für Psychosomatik und Psychotherapie

Korrespondenzadresse:
Univ. Lekt. Prim. DDr. Gerhard Kreyer,
Kremser Straße 9,
A-3550 Langenlois

Neuer „Zahnärztlicher Kinderpass“ der BLZK ist da!

Die BLZK brachte 1999 erstmals den „Zahnärztlichen Kinderpass“ heraus, der sich schon bald als „Renner“ erweisen sollte. Neben Zahnärzten verteilten ihn auch Hausärzte, Allgemeinärzte, Gynäkologen, Hebammen und Krankenhäuser an Eltern und Schwangere, um so einen wichtigen Beitrag für gesunde Kinderzähne zu leisten und bei den Eltern ein Bewusstsein für regelmäßige Kontrolluntersuchungen der Zähne ihrer Kinder zu schaffen – angelehnt an die im Kinderuntersuchungsheft fixierten ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen.

Mehrfach wurde dieser „Zahnärztliche Kinderpass“ wegen der enormen Nachfrage seitens (Zahn-)Arztpraxen und Eltern nachgedruckt. Zwischenzeitlich gibt es neue wissenschaftliche Erkenntnisse rund um die Zahnprophylaxe – insbesondere die Fluoridierung betreffend. Die BLZK hat dem Rechnung getragen und daher ihren „Zahnärztlichen Kinderpass“ überarbeitet und neu aufgelegt. Diese aktualisierte Neuauflage kann ab sofort über die Bayerische Landes Zahnärztekammer, Kaufmännischer Geschäftsbereich, Frau Hoffmann, Fallstr. 34, 81369 München – am besten per Fax: (089) 7 24 80-2 72 bestellt werden: bis 50 Stück kostenlos, ab 51 Exemplaren gegen 5 Euro Versandkostenpauschale.



Foto: BLZK

Ab sofort bestellbar über die Bayerische Landes Zahnärztekammer: der neue „Zahnärztliche Kinderpass“

Ulrike Nover