Kinder-hypnose in der Zahn-medizin

Kinderhypnose

Hypnos Verlag Stuttgart

Herausgeber Albrecht Schmierer

Inhalt:

Vorbemerkung

Einführung

Dr. Cheryl Lee Butz — Der richtige Umgang mit dem Kind beim Zahnarzt

Horst Dammann — Hypno-Magie • Zaubern in der Zahnarztpraxis

Klaus Peter Haustein — Sanfte Kinderzahnheilkunde

Elisabeth Hulbert — Motivation zur Prophylaxe bei Kindern

Josef Hulbert — Das Wichtigste bei der Kinderbehandlung • Erstens: Rapport – Zweitens: Rapport – Drittens: Rapport

Dr. Rolf Pannewig — Hypnose und NLP in der Kieferorthopädie

Dr. Albrecht Schmierer — Metaphern als Hypnosetechnik in der Kinderzahnbehandlung

Gudrun Schmierer — Techniken der Kinderhypnose

Dr. Robert Schoderböck mit Dr. Gabriele Behneke — Mit Magie geht alles leichter oder »Du bist ein braves Kind«

Ute Stein — Entspannungstechniken bei Kindern und Jugendlichen während der zahnärztlichen Behandlung

Elternbrief — So helfen Sie Ihrem Kind beim Zahnarzt • Information für Eltern und andere Begleitpersonen in 13 Sprachen

Weiterführende Literatur

Verlagsprogramm HYPNOS VERLAG

Adressen der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose e. V. (DGZH)

Vorbemerkung

›Kinderhypnose in der Zahnmedizin‹ ist ein Gemeinschaftswerk von elf Kolleginnen und Kollegen, die langjährige Erfahrungen in der Behandlung von Kindern mit Hypnose besitzen und als Seminarleiter und Referenten für Hypnose bekannt sind. Alle engagieren sich in der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose e. V. (DGZH) und arbeiten auch in der täglichen Praxis, in der Hypnoseausbildung und bei Veröffentlichungen eng zusammen. Die Jahrestagungen der DGZH, der Österreichischen Gesellschaft für Ärztliche und Zahnärztliche Hypnose (ÖGZH), der Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose (M.E.G.), der Schweizerischen Ärztegesellschaft für Hypnose (SMSH), der Gesellschaft für klinische Hypnose Schweiz (GHypS) sowie das seit 1993 jährlich auf der Insel Gozo bei Malta stattfindende Supervisionsseminar der DGZH sind Foren des Austauschs und des Lernens voneinander.

Die zahnärztliche Versorgung von Kindern ist keine einfache Sache – weder für die Kinder noch für das Praxisteam. Dies ist, Mitgliederbefragungen der DGZH zufolge, einer der wichtigsten Gründe, warum sich Zahnärzte überhaupt Hypnosetechniken aneignen. Die vorliegende Sammlung von Aufsätzen aus der Praxis soll allen Interessierten in der Praxis einen Überblick verschaffen: Sichtbar geworden sind sowohl gemeinsame Grundlagen und Strategien als auch Unterschiede in den Verfahren und Gewichtungen der einzelnen Autorinnen und Autoren.

Der Herausgeber hat in die Arbeit der Autorinnen und Autoren kaum eingegriffen, um einen möglichst unverfälschten Gesamteindruck zu erhalten. Dadurch ergeben sich zwangsläufig Überschneidungen, die allerdings auch aufzeigen, welche Strategien sich bei der Kinderbehandlung besonders bewährt haben. Mit Stolz und Freude haben wir viele unserer schon länger veröffentlichten Methoden weiterentwickelt und verfeinert wiedergefunden. Darüber hinaus bietet ›Kinderhypnose in der Zahnmedizin‹ eine Fülle neuer Anregungen, wie Kinder noch liebevoller und erfolgreicher behandelt werden können.

Einen Anspruch auf die umfassende Darstellung der Kinderhypnotherapie erheben wir nicht. Dafür sei ausdrücklich auf das kürzlich in deutscher Übersetzung erschienene Standardwerk von Karen Olness und Daniel Kohen, ›Lehrbuch der Kinderhypnose und -hypnotherapie‹ (Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg) hingewiesen.

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit haben wir entschieden, Begriffe wie Zahnarzt, Behandler, Patient usw. geschlechtsneutral zu verwenden. Zahnärztinnen, Behandlerinnen und Patientinnen sind selbstverständlich ebenfalls gemeint.

Wir bedanken uns herzlich bei allen Mitwirkenden für die hervorragende Zusammenarbeit. Unser Dank gilt auch den Übersetzern und besonders Frau Katalin Bloch-Szentágothai, die sich dafür sehr engagiert hat.

Stuttgart, im Februar 2002

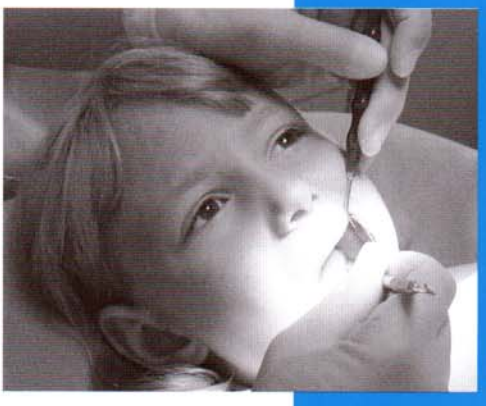
Dr. Albrecht Schmierer

Gudrun Schmierer

Wir testen standardmäßig, ob sich bei Kindern eine Handkatalepsie erzeugen lässt. Diese gibt uns nicht nur sehr guten Aufschluss über den Trancezustand des Kindes, sondern verstärkt auch reflektorisch die Trance. Die Handkatalepsie lässt sich jedoch erst ab einem Alter von vier bis fünf Jahren erzeugen. Eine andere Methode, die sich schon bei Kleinkindern anwenden lässt, um den Trancezustand des Kindes zu überprüfen, ist es, die Hand zu nehmen und beispielsweise auf den Solarplexus zu legen. Bleibt die Hand dort ruhig liegen, haben wir ebenfalls einen guten Trancezustand erreicht.

Körperhaltung • Ein weiteres Zeichen für Teiltrance oder Trance ist das regungslose, entspannte Verharren eines oder mehrerer Körperteile. Wenn ein Kind ruhig daliegt und seine Position nicht verändert, können wir davon ausgehen, dass es sich in Teiltrance befindet, auch wenn seine Augen hellwach sind. Die Flexionsbereitschaft des Kopfes ist ebenfalls ein wichtiges positives Trancezeichen.

Bei Kindern lässt sich gut beobachten, wie der Körper in Trance geht. Oft gehen sie beginnend an den Händen von unten nach oben in Trance. Nach und nach werden immer mehr Körperteile auf Stand-by geschaltet. Bildhaft gesprochen: Die Trance steigt wie ein Nebel immer höher und erreicht schließlich den Mund. Für den Zahnarzt ist es von großer Bedeutung, dass der Mund in Trance ist. Geht die Trance noch weiter und erreicht die Augen, werden diese erst ruhiger, dann wird der Blick starr (Tunnelblick) und die Lider beginnen sich zu schließen. Die Ganzkörpertrance ist erreicht.



Augen • Die Augen sind als Indikator für eine Trance bei Kindern eher von geringer Bedeutung: Kinder gehen mit offenen und geschlossenen Augen in Trance. Der Augenschluss bei Trance erfolgt oft erst ab einem Alter von fünf bis sechs Jahren.

Bei Kindern lässt sich durch Berühren und Anheben einer Hand leicht eine Hand- und Armkatalepsie induzieren

Die Finger- bzw. Handkatalepsie ist meist nur an einer Hand zu beobachten – in seltenen Fällen auch an beiden

Die Flexionsbereitschaft des Kopfes ist ein wichtiges positives Trancezeichen

Bei der Bonding-Methode überträgt sich die Ruhe der Begleitperson rasch auf das zu behandelnde Kind

Alter	Stadium	Kognitive Modelle	Erläuterungen	Beispiele	Auswirkungen
Bis ca. 2 Jahre	• Entwicklung der sensumotorischen Funktionen	• Erwachen der Intelligenz	• Phase des symbolhaft-magischen Denkens • Erworbene Fähigkeiten bilden die Grundlage für die nachfolgende Entwicklung	• Motorisch: Zähne putzen (Nachahmung) • Prägung durch die Eltern • Einsatz von Kinderbüchern	• Märchensprache • Geringer Wortschatz • Die Kontaktaufnahme ist schwierig • Kein Verständnis für die Behandlungssituation
Ca. 3–6 Jahre	• Entwicklung des voroperatorischen, anschaulichen Denkens	• Beginn des Erkennens durch Assimilation • Akkomodation • Deutungsmonopol • Egozentrismus	• Unangemessene, generalisierte Anwendung von erworbenen Konzepten und Erscheinungen der Wirklichkeit • Anpassung der internalisierten Konzepte an die Wirklichkeit • Für die Deutung der Wirklichkeit wird nur das zuerst angewandte Assimilationsschema herangezogen, das sich auf einzelne Aspekte beschränkt • Unfähigkeit, sich in die Rolle eines anderen hineinzuversetzen	• Das Kind hat eine Vorstellung vom ›Wachsen‹ entwickelt, z. B.: Ein Berg ist ein gewachsener Stein • Es gibt Steine, damit Häuser gebaut werden können • Differenzierung der Natur in belebt und unbelebt • Das Denken kennt noch keine Alternativen	• Einteilungen in Gruppen oder Untergruppen werden nicht nachvollzogen (z. B. Zuordnung von Süßigkeiten zu Nahrungsmitteln) • Erklärungen werden nicht in das Gesamtsystem integriert, daher müssen Abstraktionen vermieden werden • Keine Vorstellungen von Zeit und Raum • Die eigene Vorstellung ist die einzig richtige • Keine Zweifel, ob man vom Gesprächspartner verstanden wurde
Ca. 7–10 Jahre	• Entwicklung konkreter Operationen	• Lösung logischer Probleme	• Begreifen des Zahlensystems • Vorstellung von Zeit und Raum • Verständnis von Gesamtsystemen, Erkennen von Klassifikationssystemen	• Gleiche Mengen werden ohne Abzählen als solche erkannt	• Erklärungen werden verstanden und richtig zugeordnet • Zusammenhänge und logische Beziehungen werden erkannt
Ca. 10 Jahre und älter	• Entwicklung formaler Operationen	• Denken über die vorgegebene Information hinaus	• Planvolles Experimentieren • Systematische Hypothesenbildung • Variablenkontrolle • Verständnis für Proportionen	• Um den Effekt einer Variablen zu erkennen, wird diese verändert, während alle anderen konstantgehalten werden	• Kommunikation hängt mehr vom Wissensstand als von den kognitiven Fähigkeiten ab

lung einsehen. Damit sie sich ernst genommen fühlen, sollte man in einer ›Erwachsenensprache‹ mit ihnen kommunizieren.

Ursachen für das Auftreten von Widerständen • Bei der Beurteilung von Ursachen für Behandlungsunwilligkeit und -verweigerung muss die jeweilige Entwicklungsphase des Kindes berücksichtigt werden. Die Gründe können dabei sowohl im sozialen Umfeld des Kindes, beim Kind selbst oder im Verhalten des Behandlers liegen.

Behandlungsunwilligkeit als normale Reaktion • Bis zu einem Alter von etwa drei Jahren ist es durchaus normal, wenn Kinder sich nicht behandeln lassen möchten. Umso wichtiger ist es, altersgemäß auf die kleinen Patienten einzugehen. Bei fehlender oder falscher Vorbereitung durch das Behandlungsteam kann sich aber auch bei älteren Kindern eine Behandlungsunwilligkeit als normale Abwehrreaktion einstellen.

Behandlungsunwilligkeit als Ausdruck einer kritischen Phase • Kinder, die sich in einer kritischen Entwicklungsphase befinden, können sich von der Behandlungssituation leicht überfordert fühlen. Dies rührt aus der Diskrepanz zwischen neu erlernten Fähigkeiten und der Erwartung der Umwelt des Kindes her.

»Und jetzt verrate mir bitte, was für ein Tier du dir vorgestellt hast.« Meistens sind es große starke Tiere, die sich das Kind oder der erwachsene Patient vorstellen, wie Elefanten, Bären, Tiger, Löwen, Giraffen, Leoparden, Panther, Pferde, Kühe, Hirsche, Elche oder Wale. »Und dann sag mir bitte noch, wo du dir das Tier vorstellst – im Wald, in der Wüste, im Zoo oder in den Bergen?« Inzwischen ist der Zahn ›eingeschlafen‹ und wir können mit der Extraktion beginnen.

Wir lassen den Patienten die Augen wieder schließen und den Arm hochheben. Zu Beginn soll er uns die Umgebung beschreiben, in der sich das Tier befindet. Dort suggerieren wir ihm dann einen Gegenstand wie einen morschen Baumstamm, einen großen Stein oder ein anderes Hindernis, das das Tier wegdrücken muss. Es wird aufgefordert, den Gegenstand zu bewegen, und es wird die ganze Zeit gelobt, wie toll es das macht: »Sehr gut machst du das, Tiger!« Auch der Gegenstand wird gelobt: »Bravo, Baumstamm!« (siehe S. 15, Dissoziative Lobetechnik). Dieses Loben geschieht laut und mit Begeisterung. Wenn der Gegenstand weggedrückt, das heißt der Zahn draußen ist, freut sich das Tier.

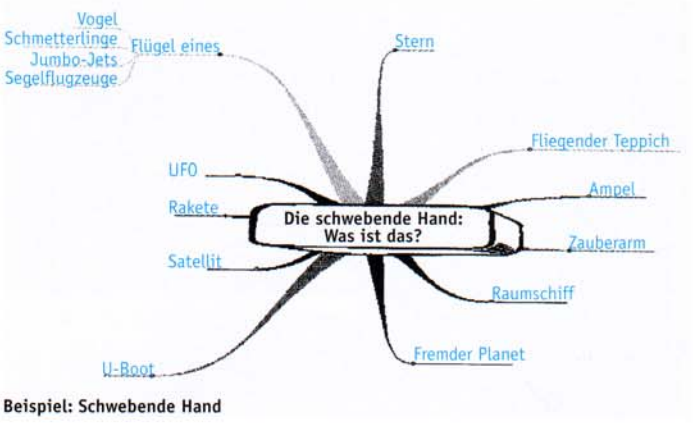
Wir beenden unsere Trance-Geschichte, indem wir das Tier noch etwas tun lassen, was es gern macht. Pferde beispielsweise freuen sich, wenn sie noch einmal über eine Wiese galoppieren oder wenn sie nach Hause in den Stall dürfen und dort Heu zu fressen bekommen. Da, wo der Baumstamm, Stein oder ein anderes Hindernis war, ist jetzt eine Mulde. Das Tier wird aufgefordert, Erde in das Loch zu scharren und es vorsichtig zuzustampfen. Der Wind weht darüber, der Regen wässert den Boden und die Sonne scheint darauf. Schon nach kurzer Zeit wachsen dort Gras und Blumen. Diese Metaphern wirken als Heilungs-Suggestionen und haben einen verblüffenden Erfolg: Die Wunde ist bereits nach ein paar Tagen so gut verheilt, als wäre die Extraktion schon Wochen vorher erfolgt. Zum Schluss wird der Patient aufgefordert, sich bei dem Tier und dem Gegenstand dafür zu bedanken, dass sie so schön mitgeholfen haben.

Mund-auf-Augen-zu-Induktion • Zu unseren Lieblingsinduktionen gehört auch der einfache Satz: »Mund auf... Augen zu!« Er lässt sich beliebig variieren: »Mund zu... Augen zu... Mund auf... Augen auf... Mund zu... rechtes Auge fest zu... linkes Auge weit auf... Mund weit auf!« Gleichzeitig erzeugen wir eine Hand- bzw. Armkatalepsie, indem wir die Hand des Kindes anheben. Während der Mund weit offen ist, erzählen wir dem Kind eine Geschichte (siehe S. 20ff, Geschichten).

Glaskugelinduktion • Wir geben dem Kind bei geschlossenen Augen eine farbige Glaskugel in die Hand, lassen es die Farbe fühlen und fragen dann: »Welche Farbe hat diese Kugel?« In den allermeisten Fällen errät oder ›fühlt‹ das Kind die richtige Farbe. Der Rapport ist hergestellt, und wir können mit der Behandlung beginnen.

Farbinduktion • »Stell dir eine Farbe vor. Welche Farbe siehst du?« »Rot.« »Gut so, dann schau links daneben, welche Farbe siehst du dort?« »Grün.« »Sehr schön und welche Farbe siehst du rechts von Rot? Welche Farbe siehst du darüber? Und wenn du das Rot ganz genau anschaust, welche Farbe siehst du dahinter?«

Vogelschwingeninduktion • »Stell dir vor, deine Hand ist in Wirklichkeit der Flügel eines Vogels. Während du die Hand langsam auf und ab bewegst, kannst du unter dir Seen, Flüsse und Wälder vorbeiziehen sehen.«



Beispiel: Schwebende Hand

Doppelinduktion • Ideal im Team ist die Doppelinduktion: Sowohl der Zahnarzt als auch die Helferin leiten die Hypnose ein und vertiefen sie. Für die Helferin besteht anfangs meist die Schwierigkeit, dass sie nicht weiß, was sie sagen darf und was nicht.

Die Doppelinduktion kann in verschiedenen Aufbaustufen erlernt werden. Aus didaktischen Gründen stellen wir hier jede Methode getrennt vor. Während der Behandlung verwenden wir jedoch häufig Elemente aus verschiedenen Induktionsmethoden. Bei kleinen Kindern sind einfache Methoden wie die Echo-, Einstreu- oder Schaukelmethode angebracht. Bei größeren Kindern können auch die anderen, zur Konfusion führenden Methoden angewandt werden.

Anamnesefragebogen für die Kinderbehandlung

Liebe Eltern,
dieser Fragebogen dient der Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung Ihres Kindes bei uns. Bitte füllen Sie den Bogen aus und schicken Sie ihn uns vor der Behandlung zu, damit wir uns auf Ihr Kind einstellen können. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt. Sie können auch einzelne Fragen unbeantwortet lassen.

Name des Kindes _____

Kosename des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Mein Kind besucht
- ❍ den Kindergarten
- ❍ die Schule
- ❍ eine andere Einrichtung

_____

Mein Kind geht
- ❍ in die Musikschule
- ❍ ins Ballett
- ❍ zum Sport
- ❍ in eine andere Freizeiteinrichtung

_____

Angstanamnese

1.
Haben Sie als Eltern Angst? ❍ ja ❍ nein
Wenn ja, wovor?
- ❍ allgemein
- ❍ vor dem Zahnarzt
- ❍ _____

2.
Hat Ihr Kind Angst? ❍ ja ❍ nein
Wenn ja, wovor? ❍ _____

3.
Ängste Ihres Kindes speziell beim Zahnarzt
Bitte stellen Sie eine Angsthierarchie auf. Nummerieren Sie die Ängste durch, die größte Angst bekommt die Nummer 1, die geringste die höchste Nummer.

- ☐ Geräusch
- ☐ Schmerz
- ☐ Berührung

☐ Spritze:
- ❍ Pieks
- ❍ Anblick
- ❍ Gefühl während
- ❍ Gefühl hinterher

- ☐ Helles Licht, OP-Leuchte
- ☐ Instrumente
- ☐ Praxisgerüche
- ☐ Geschmack
- ☐ Behandlungsstuhl
- ☐ Liegeposition
- ☐ Sitzposition

4.
❍ Vorerfahrungen beim Arzt _____
Welcher (Fach-)Arzt? _____
❍ Krankenhaus _____
(welche Krankheit, wie lange)? _____

5.
❍ Vorerfahrungen beim Zahnarzt – _____
Trauma durch
- ❍ Schmerz
- ❍ Festhalten
- ❍ Spritze
- ❍ Falsche Versprechungen, wie »Es tut überhaupt nicht weh!«
- ❍ Negative Sprache, wie »Du brauchst keine Angst zu haben!«, »Stell Dich nicht so an!«, »Du bist ungezogen!«

Sonstiges: _____

_____

6.
Besondere Bedürfnisse Ihres Kindes _____

_____

_____

Datum Praxisstempel