

Fokus Phobie: Krankhafte Angstphänomene in der Zahnarztpraxis (Teil 3) Umgang mit Kindern und Jugendlichen

Der dritte Teil der Artikelfolge beschäftigt sich mit einigen Besonderheiten zum Umgang mit Kindern und Jugendlichen in der Zahnarztpraxis. Gerade hier ist ein wohlüberlegtes Handeln wichtig, bei dem man immer reflektieren sollte, was dieser oder jener Schritt bzw. dieses oder jenes Ereignis in der Behandlungsphase perspektivisch in der kindlichen und jugendlichen Psyche verankern könnte. So stehen sowohl Überlegungen zur Vermeidung negativ-prägender Erlebnisse als auch Interventionsvorschläge im Vordergrund.

Entwicklungsbesonderheiten bei Kindern und Jugendlichen

Im Gegensatz zur Erwachsenenbehandlung müssen beim Kind vielfältigere altersgemäße und situativ-angepasste Interventionswege beschritten werden. Jede biografische Entwicklungsstufe sollte dabei als jeweils ausgereift angesehen werden, in die man sich hineinversetzen muss. Kenntnisse über entwicklungspsychologische Zusammenhänge^{4, 15, 27} sind hierfür Voraussetzung.

Adoleszenz-Reifestadien im Zusammenhang mit Zahnbehandlungen: Kleinkinder (bis 2. Lebensjahr)

Sie sind in der Zahnarztpraxis zunehmend häufiger als noch vor zehn Jahren anzutreffen. Sie präsentieren durchaus schon vielfältige Anlagen, die erst künftig zum individuellen Persönlichkeitsmerkmal werden könnten. Es kommt zu zielgerichteter Lautäußerung, Bindungsverhalten und Gefühlskontrolle. Man findet hier die genetische Anlage des zuversichtlichen „Urvertrauens“ besonders deutlich. Bei einem Zahnarztbesuch ist ein äußerst behutsames, dabei zügiges Vorgehen angezeigt.

Vorschulkinder (3. bis 5. Lebensjahr)

Sie leben vorrangig in der Welt des Augenblicks und nehmen die Wirklichkeit staunend wahr. Handlungen sind noch weitgehend impuls gesteuert, wurzeln also eher im emotionsverarbeitenden Anteil des Gehirns. Ein Erfahrungsschatz,

auch als Referenz für planmäßiges Handeln, muss erst entstehen. Erkennen und Begreifen erfolgen spielerisch, abstraktes Denken ist weitgehend noch unmöglich, weshalb Argumentationen aus der Erwachsenen-Logik häufig scheitern. Kinder dieses Alters können sich noch nicht in andere Personen hineinversetzen, sie brauchen klare Regeln und achten sehr auf deren Einhaltung im Sinne von richtig/wahr und falsch. Persönliche Zuwendung ist sehr wichtig. Geruchsassoziationen sind vordergründiger, als in späteren Lebensphasen. Der allererste Zahnarzttermin hat eine besonders vertrauensbildende Schlüsselfunktion und es sollte absolut stressfrei stattfinden. Da Arztbesuche in diversen Zusammenhängen schon erfolgt sind, können dort erlebte, unangenehme Maßnahmen (z. B. Impfungen) transitorisch den allerersten Zahnarztbesuch störend beeinflussen. Die Kinder reagieren dann, auch beim Erstbesuch, mitunter unerwartet unverhältnismäßig heftig im Sprechzimmer. Manche Kinder verweigern die Behandlung introvertiert-passiv, andere sind extrovertiert-schreiend schwer zu führen. Da eine echte Phobie in dieser Lebensphase in der Regel nicht vorliegen kann¹², sind diese Non-Compliance-Verhaltensweisen als Situationspanik einzustufen. Derartige Reaktionen treten meist kurz vor dem oder unmittelbar im Sprechzimmer auf und sind in der Regel nach Verlassen des Sprechzimmers wieder völlig verschwunden.

Eine ungünstige Konditionierung durch Verwandte oder Freunde kann ebenfalls vorliegen. Das „Elternmanagement“ ist von großer Bedeutung⁹. Es ist häufig erschreckend, wie Eltern ihr Kind auf eine anstehende Zahnbehandlung vorbereiten. Sie begehen – im guten Glauben – oft mehrere Kommunikationsfehler auf einmal. Dabei wird dem Kind durch Angehörige beispielsweise plastisch geschildert, wie zunächst „gebohrt“ wird. Gleichzeitig folgen, meist ungläubwürdige Erläuterungen, dass „alles gar nicht so schlimm“ sei. Schließlich kommt ein völlig verunsichertes Kind mit unnötig falscher Konditionierung erstmalig in die Sprechstunde. Es fürchtet sich einerseits, andererseits möchte es die Eltern nicht enttäuschen. Das ist ein sehr spezielles, psychologisches „Setting“, dessen sich jeder Zahnarzt bewusst sein muss. Die Eltern sollten daher zuvor instruiert werden, den anstehenden Zahnarztbesuch hinsichtlich der zu erwartenden Maßnahmen am besten gar nicht zu kommentieren. Vielmehr sollte der Zahnarztbesuch als notwendige Tatsache eher beiläufig kommuniziert werden. Etwaige eigene Phobien sollten die Eltern dem Kind nicht mitteilen. Das Kind wird von der Assistenz oder dem Zahnarzt persönlich im Wartezimmer abgeholt und begrüßt. Führt es ein Spielzeug mit sich, kann dies in eine kurze Unterhaltung, auch während diagnostischer/therapeutischer Maßnahmen, mit einbezogen werden. Im Zentrum der Kommunikation steht

die einfühlsame, verbale und bewusst nonverbale Interaktion. Blickkontakt, verbunden mit einem Lächeln, ist als expressive Körpersprache in Verbindung mit respektvoller Berührung unabdingbar. In der Regel finden Diagnostik und ggf. Therapie auf dem Schoß der Vertrauensperson (Elternteil) statt. Der Befund wird spielerisch, aber dennoch stringent aufgenommen und ggf. mit scherzhaften Formulierungen durchsetzt: „Hast Du überhaupt schon Zähne?“, „Sind die an den Füßen? Ach so ... im Mund ... zeig mal bitte.“; „Sind das Jungs- oder Mädchenzähne?“²⁶ usw.

Paryab und Arab¹³ belegten erneut den Nutzen der bekannten Vorgehensweise nach dem Prinzip „Tell-Show-Do“²². Der Autor entscheidet von Fall zu Fall, ob er behandlungserklärend oder zu einem völlig anderen, kindgemäßen Thema (Geschichten, Film, Buch) kommuniziert. Im letzteren Fall werden Diagnostik sowie Behandlungsmaßnahmen scheinbar „nebenbei“ durchgeführt. Das zahnärztliche Instrumentarium wird mit harmlosen Assoziativnamen belegt. Ist eine therapeutische Maßnahme notwendig, soll sie schmerzarm und sehr zügig erfolgen. Denn ein Erinnerungs- und Lernvermögen beim Kind ist aktiv und kann ungünstig prägende psychische Verfasstheiten ankern. Je länger eine Behandlung dauert, umso lebhafter wird sie erinnert. Die Faustregel „Lebensalter des Kindes mal drei = maximale Behandlungsdauer in Minuten“², ist eine gute Orientierung. Bewusst unvollständige Kariesexkavation sowie die nicht-restaurative Karieskontrolle sind, wenn klinisch vertretbar, daher in dieser Lebensphase auch empfohlen¹⁷. Immer ist eine nonverbale Vermittlung von unbedingtem und stringentem Vorgehen unerlässlich. Mit Lokalanästhesie sollte nicht gespart werden. Sie kann nach vorheriger Oberflächenanästhesie und zusätzlich geschickter, suggestiver „Verbalberieselung“ meist leicht erfolgen¹. Kurze Missfallensäußerungen („Au!“) sind generell in allen Lebensphasen Teil der Bewältigungsstrategie²⁴ und brau-



Das persönliche Abholen aus dem Wartebereich schafft erstes Vertrauen

chen nicht unterdrückt zu werden. Dies sollte den Eltern aber gegenüber entsprechend angekündigt werden. Es hat sich in der Praxis bewährt, zu erwartende, unangenehme Empfindungen dem Kind vorsorglich umzudeuten („wenn es kitzeln sollte, darfst du auch lachen“ usw.), jedoch ohne, dass der Eindruck einer Lüge beim Kind entsteht. Jede Sitzung sollte dem Kind gegenüber immer als Erfolg dargestellt werden. Dabei wird selbstverständlich ganz viel gelobt. So, wie Gefühle scheinbar rationale Körperreaktionen mit Körpersprache dominieren, ist das in gewissem Umfang auch umgekehrt möglich und kann bewusst genutzt werden. Eine willentlich erzeugte, körperliche Entspannung führt zu einer beruhigten, mentalen Einstellung. Initiiertes, stimuliertes Lachen entkrampft körperlich und seelisch. „Wenn du jetzt rausgehst, darfst du ganz laut lachen und so allen zeigen, dass alles ganz in Ordnung ist.“ Über das nach der Sitzung äußerlich angeregte „Fröhlich-Sein“ entsteht parallel eine entspannte Gemütsverfassung. Eine deutlich demonstrierte Behandlungsunwilligkeit beim Kind ist in jedem Fall eine Herausforderung. Wer es beherrscht, kann hypnotische Techniken adjuvant zum Einsatz bringen^{2, 3, 18}. Die fast immer vorhandene



Eine gute Kommunikationsbasis ist der Blickkontakt, verbunden mit respektvoller Berührung

hohe kindliche Phantasiebereitschaft ist dafür eine günstige Voraussetzung. Allerdings gelingt eine Tranceinduktion bei Kindern ebenso schnell, wie sie auch wieder verloren geht. Insgesamt kann Kinderhypnose als etwas für Fortgeschrittene angesehen werden. Eine adjuvante Lachgas-Sedierung erfordert neben der Beherrschung von Methodik und Indikationsstellung eine parallele, individuell abgestimmte psychische Führung beim Kind sowie das Zulassen der Nasenmaske. Bei absoluter Non-Compliance und ausgeprägter Behandlungsbedürftigkeit erscheint die Behandlung in Intubationsnarkose indiziert, weil hierbei viele Therapie-maßnahmen ohne psychische Traumatisierung auf einmal erfolgen können. Die Vertrauensbildung kann danach über anschließende harmlose Prophylaxesitzungen erfolgen.

Schulkinder (ca. 6. –17. Lebensjahr)

Die meisten Kulturen der Welt erkennen ein biografisches Wende-Phänomen etwa um das 6. Lebensjahr⁸. Die Kinder erleben gewaltige, intellektuelle Fortschritte mit der Entwicklung bewusster Eigenwahrnehmung. Der jeweils vorherrschende Kultur-Kodex wird assimiliert²⁵. Es entsteht zunehmend zielorientiertes Denken nach Belohnungsprinzipien im Rahmen vorgefun-

dener Vorbild-Konzept-Konstrukte. Es bildet sich die Zeitempfindung, durch die viele zyklische und chronobiologische Abläufe vektorieell-linear erlebt werden.

Die allmählich verankerten Ideen, Überzeugungen und Verhaltensmuster der Umgebung werden auch als „Meme“⁶ zusammengefasst. In diesem Lebensabschnitt können die wichtigsten Ursachen für spätere Phobien gesucht werden⁷. Die Frage, wie stark die Langzeitverankerung solcher Prägungen im Kindes- und Jugendalter ist, wird unterschiedlich gesehen²¹. Ganz entscheidend ist, dass sich jetzt das Selbstwertgefühl bildet – eine wesentliche Voraussetzung für das Einordnen der eigenen Persönlichkeit in den Kontext der Sozialumgebung. Jede interpersonelle Aktion ist grundsätzlich von Wertschätzung bzw. Akzeptanz oder Verletzung der jeweiligen Selbstwertgefühle gekennzeichnet²³. Das lässt auch das Empfinden in Bezug auf entwicklungssoziologische Statusbegriffe entstehen⁵. Hoch-, Tief- und Gleichstellungsstatus sind Grundlage jeder dramaturgischen Theateridee¹⁰ und somit (überhöhter) Ausdruck der Rolle auf der tatsächlichen Lebensbühne, in der sich jeder Heranwachsende allmählich sieht. Man kann die Phasen 6.–12. (kindlicher Jugendlicher) und 13.–17. Lebensjahr (älterer Jugendlicher) unterscheiden.

Bei der ersten Gruppe (6.–12. Lebensjahr) sind üblicherweise aus zahnmedizinischer Sicht die Wechselgebissphase und ggf. kariöse Läsionen von Bedeutung. Die Rollenverteilung während Untersuchung und Behandlung muss für das Kind immer klar erkennbar sein: Der Zahnarzt hat im Sprechzimmer die Führung. In die Kommunikation können vorsichtig, allmählich rational, argumentative Elemente eingeflochten werden. Vertrauensbildende Gesprächsthemen können sich auf Schule, Freunde, Hobbys beziehen. Teilweise hat man es bereits frühzeitig mit sehr verständigen Kindern zu tun, manchmal zeigt

sich im Gespräch mit dem Kind, dass eine langsamere Entwicklung vorliegt. Entsprechend flexibel muss der Umgang gestaltet werden.

Es ist empfehlenswert, nur einen Elternteil im Sprechzimmer zuzulassen. Hat man das Gefühl, dass der mitanwesende Elternteil einen ungünstigen Einfluss im Sprechzimmer ausübt, ist ein sanftes Hinausbitten – auch gegen den Willen des Kindes – hilfreich. Denn auf diese Weise wird der emotionale Rückzugsweg zum „vertrauten, mitfühlenden Angehörigen“, von dem das Kind vielleicht sogar die Einleitung eines Behandlungsabbruchs von außen ersehnt, rigoros abgeschnitten. Die Aufmerksamkeit des Kindes muss sich dann allein auf den Zahnarzt richten. Es wird immer sehr viel mit Lob gearbeitet. Den Ehrgeiz anstachelnd, kann man dem Kind ankündigen: „Mal sehen, ob du heute auf meiner Liste der besten Patienten den Platz 3 erreichen kannst. Ein Kind hat vorhin den zweiten Platz errungen.“ Nach der (erfolgreichen) Sitzung verkündet man: „Du bist sogar auf Platz 1 gelangt!“²⁰.

Blickkontakt hat Schlüsselfunktion

Immer ist es äußerst wichtig, auf dem direkten Blickkontakt zu bestehen und eine Kommunikation aufzubauen, die von einer sanft-dominanten Durchsetzungshaltung des Zahnarztes gekennzeichnet sein muss. Dieses nonverbale „Dominanz-Signal“ wird vom „gedankenlesenden“ Kind wahrgenommen. Verweigert das Kind den Blickkontakt, wird umso nachdrücklicher darauf gedrungen. Wenn der Blickkontakt, trotz mehrmaliger Bitte durch das Kind nicht erwidert wird, sollte die Sitzung abgebrochen werden. Wird beim nächsten Termin ein ähnliches Verhalten deutlich, muss nach einer Alternative gesucht werden. Eine adjuvante Lachgassedierung setzt, wie schon erwähnt, ein gewisses Mindestmaß an Kooperationsfähigkeit (Akzeptieren der Nasenmaske)

und einen psychischen Rapportaufbau voraus. Erhärtet sich der Eindruck, dass der junge Patient einfach noch nicht „über seinen Schatten springen“ kann oder will, ist bei umfangreichem Behandlungsbedarf ein Eingriff in Allgemeinnarkose angezeigt. Anschließend wird dann über Prophylaxesitzungen versucht, eine normale Behandlungsbereitschaft herzustellen.

In jedem Fall erzeugt eine aus der Perspektive des Kindes erfolgreich verlaufende Zahnarztsitzung ein Stolz-Sein- und Glücksgefühl. Ein abschließendes Geschenk in genau diesem Augenblick kann zu einer sehr starken Verankerung der positiven Erinnerung beitragen. Hier kommt eine Analogie zum posthypnotischen Befehl zum Tragen.

Zwar wird eine Vielzahl von Standard-Geschenk-Sammlungen kommerziell angeboten, doch sind sie wegen ihres gleichermaßen geringen materiellen und emotionalen Wertes meist nur sehr kurzlebige Anker.

Viel besser ist ein individualisiertes Geschenk. Weil gerade das Staunen dazu beiträgt, den Moment der Glücksempfindung als zeitloses, frohes „Dasein im Jetzt“ zu konservieren, sind Wertschätzungen mit Überraschungs-Effekt besonders nachhaltig. Sie können materiell und immateriell sein.

Die zweite Gruppe dieses Altersabschnitts, vom 13. Lebensjahr an, kann als Beginn des Jugendalters mit allmählichem Übergang in das Erwachsenenalter angesehen werden. Der Zahnwechsel ist jetzt fast abgeschlossen. Es gibt auch hier unterschiedlich fähbare Patienten. Die Kommunikation ist immer mehr wie bei Erwachsenen möglich. Dennoch ist die Besonderheit der Pubertät zu beachten. Obwohl gerade in dieser Lebensphase viel Wert auf das äußere Wirkungs- und Erscheinungsbild gelegt wird, überwiegt die Abneigung

vor der zahnärztlichen Behandlung manchmal so stark, dass kariös-entstandene Frontzahnsituationen paradoxerweise akzeptiert werden. Gegen den Willen des Patienten ist eine Behandlung nicht möglich. Erkennt man den Status der trotzigen Non-Compliance und hat gleichzeitig den Eindruck, dass rationale Verständigkeit vorhanden ist, ist es nach der Erfahrung des Autors durchaus legitim, auch mit Zwickmühlen zu arbeiten. So darf durchaus versucht werden, ein „konstruktives Schamgefühl“ beim jungen Patienten zu installieren. Damit ist gemeint, dass man eine souveräne Haltung als Zahnarzt bewahrt und deutlich zu verstehen gibt, dass der Patient sich mit Unvernunft zweifellos selbst einen Schaden zufügen wird, der ihm möglicherweise zu unpassender Gelegenheit Probleme bereiten kann. Auf diese Weise wird der jugendliche Patient letztlich in die Rolle des selbstverantwortlichen Entscheiders geführt.

Einsatz besonderer Effekte bei der Kinderbehandlung in der Zahnarztpraxis

Es gibt Publikationen^{11,14}, die Zauberkunststücke als Schlüssel zu einer primären Vertrauensbildung empfehlen. Das ist möglich. Der Autor vorliegender Publikation tut das nicht und nutzt derartige Effekte auch nicht als Element der Konfusion oder Faszination im hypnotherapeutischen Sinne. Der Autor ist der Auffassung, dass ein nachhaltiges Zutrauen über das Vorführen eines Zauberkunststücks in der vorbereitenden oder akuten Behandlungssituation nicht erreicht werden kann. Kinder durchschauen taktische Bemühungen der Erwachsenen erfahrungsgemäß recht schnell. Sie wollen gern Handpuppen sehen sowie Zauberkunststücke vorgeführt bekommen. Bei dieser „Eisbrecher“-Taktik besteht die Gefahr, dass sich der Zahnarzt durchaus manipulierbar macht, weil der junge Patient geschickt, um weitere Effekte bittend,

den eigentlichen Behandlungsbeginn hinauszögern kann. Respektspersonen, die auch mit Vertrauen arbeiten (Lehrer, Erzieher ...), müssen auch ohne Tricks und „Hokuspokus“ eine akzeptierte Autorität erreichen, auch wenn es um unangenehmere Aufgaben geht. Deshalb ist grundsätzlich zu vermitteln, dass, wie neben anderen wichtigen, aber manchmal wenig beliebten Dingen im Leben, auch Zahnbehandlungen zum Alltag gehören.

Ein Zahnarzt muss daher auf die Wirkung seiner Persönlichkeit mit echter Zuwendung vertrauen. Die absolute Intention, in den nächsten Minuten zweifelsfrei eine Diagnostik und ggf. Behandlung durchzuführen, sollte immer unmissverständlich verbal und nonverbal kommuniziert werden. Der Zahnarzt befindet sich auch während der Kindersprechstunde in der schon erwähnten „Verwirklichungs- oder Durchsetzungstrance“. Sie ist bestimmt von einer Ausstrahlung, die Freundlichkeit mit Bestimmtheit verbindet. Aus seiner Erfahrung heraus verwendet der Autor demonstrativ externalisierte Behandlungsmotivationen als Hilfsmittel zur sekundären Vertrauensfestigung ausschließlich nach erfolgter Behandlung. Sie erfüllen dabei vordergründig eine Belohnungsfunktion, ähnlich der üblichen Standard-Geschenke. Sekundär werden sie zusätzlich zum positiven „Anker“ des durch gelungenes Zulassen der Behandlung eingetretenen Stolz-Sein-Gefühls. Damit wird indirekt das Selbstwertgefühl des kleinen Patienten gestärkt. Es entsteht so ein länger anhaltender „post-Rapport“.

Das ausdrückliche Verwenden des schon in Folge 2 erwähnten „postsessionalen Momentes“ will dramaturgisch gut durchdacht sein und muss schnell zu einem unvergesslichen, verblüffenden Augenblick des Besonderen werden. Zur positiven Verankerung eines Zahnarztbesuchs nach Behandlungsabschluss empfiehlt der Autor bei Kindern das Mitgeben von außergewöhnlichen

Belohnungen, z. B. Verbalrätsel, Bilderrätsel (Doodles), Bastelvexierspiele und Zauberkunststücke. Eine wirkungsvolle Präsentation erfordert jedoch genaue Überlegungen hinsichtlich des Effekts und praktikabler Anwendbarkeit sowie Übung. Eine Münze „mit Zauberkraft“ wird so zum einzigartigen Talisman. Gerade Rätsel, Scherzfragen und Kunststücke, die man erklärt, kann das Kind zu Hause oder in der Schule selbst vorführen, das verschafft ihm ein Anerkennungsgefühl durch das Besitzen von einer einzigartigen Fähigkeit – die es von seinem Zahnarzt erhalten hat!

Das Kind wird dadurch auf mehreren Ebenen „stärker“ gemacht und gleichzeitig phobieprotektiv konditioniert. Der Autor bittet nachdrücklich darum, diese kleinen Rätsel und Kunststücke auch als durchaus wertvolle „Perlen“ zu betrachten. Sie sollten – trotz aller scheinbaren Einfachheit – gut einstudiert werden und mit einer sinnvoll wirkenden Geschichte dramaturgisch unterlegt präsentiert werden.

Rätsel, Vexierspiele, Kunststücke schaffen Vertrauen, Ablenkung und Kommunikation

Möglichkeit 1: Wortspiele/Scherzfragen

In guten Büchern zum Thema wie auch im Internet gibt es zahlreiche mathematische Rätsel oder Wortspiele sowie Scherzfragen, die letztlich intelligente Unterhaltung bedeuten können und nichts kosten. Meistens ist allerdings die Fähigkeit zum Zeichnen, Rechnen, Lesen und Schreiben Voraussetzung.

Stellvertretend sei ein originelles Beispiel gebracht, das weitgehend unbekannt ist. Es stammt aus dem älteren Buch „Der Señor und die Punkte“¹⁹. Die Aufgabe lautet: Mache aus dem Satz „Auf dem Tisch liegt ein Stock.“ einen Reim. Und zwar so, dass sich die Worte in diesem Satz reimen. Es soll kein neuer

Teil dazu gedichtet werden. Also nicht: „Auf dem Tisch liegt ein Stock und am Stuhl hängt ein Rock“. Nein, der Satz soll „in sich“ gereimt werden. Die möglicherweise anwesenden Eltern sind oft genauso ratlos wie das Kind und können bei diesem Spaß gut mit einbezogen werden. Der Autor macht es häufig so, dass er die Aufgabe in derselben Sitzung immer und immer wieder erneut stellt und dann nebenbei die Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen durchführt. Denn das Nachdenken über die Lösung ist eine hervorragende Ablenkung. Am Ende erfolgt schließlich die Auflösung (denn in fast allen Fällen kommt niemand auf die Lösung): Man muss beide Substantive buchstabieren: „Auf dem Te – i – es – ce – ha liegt ein Es – te – o – ce – ka.“ Für Kinder ist es eine totale Überraschung. Sie können am nächsten Tag Mitschüler und auch Lehrer beeindrucken – und sich positiv an den Zahnarztbesuch erinnern.

Möglichkeit 2:
Bilderrätsel – Doodles

Einfache Bilderrätsel sind eine ebenso geniale Variante, mit ganz simplen Mitteln einen eindrucklichen Effekt zu

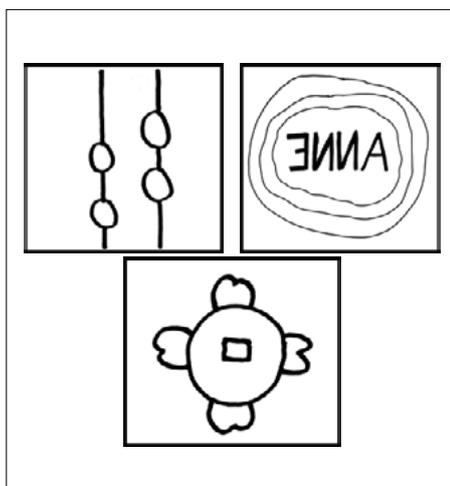


Abb. 1 – (v.l.n.r.): Pandabär am Baum – man sieht nur die Tatzen, Anne „verkehrt“ in schlechten Kreisen, vier Herren beim Kartenspiel – eine Karte fällt unter den Tisch und alle vier bücken sich, um sie aufzuheben

erreichen. Dem Autor imponieren dabei besonders die sogenannten „Doodles“ (Kunstwort aus d. Engl.: „doodle“ für Skizze und „riddle“ für Rätsel) des amerikanischen Komikers Roger Price aus den 1950er Jahren. Er druckte sie auf Servietten und verkaufte diese Sets an Restaurants, die damit ihren Gästen die Wartezeit auf die geordneten Gerichte verkürzten. Die Doodles bestehen durch klare, einfache Linien und bieten meistens eine überraschende Auflösung. Man kann sie auf einem kleinen Block mit einem dickeren Faserschreiber sehr einfach zeichnen. Auch hier kann das Kind das Rätsel anderen Familienmitgliedern oder Schulfreunden stellen und sich somit im positiven Sinne mit einer Sache produzieren, die es bei seinem Zahnarzt „erlernt“ hat. Drei Beispiele für Doodles sind in Abbildung 1 dargestellt.

Möglichkeit 3:
Denksportaufgaben

Beispiel „Die verrückte Papierfigur“
Man zeigt ein dachähnliches, speziell zugeschnittenes und gefaltetes Papier, etwa von Spielkartengröße, auf dem Tisch stehend. Der Ratende soll nun mit einem gleich großen, aber ungefalteten und nicht eingeschnittenen Papier sowie einer Schere das Objekt nachbasteln. Dazu darf er das Vorbild von allen Seiten genau betrachten. Nur Berühren ist ausdrücklich nicht gestattet. Die Lösung scheint den meisten Menschen vollkommen unmöglich, weil ein gutes dreidimensionales Vorstellungsvermögen benötigt wird.

Man sehe sich die Abbildung 2 an. Das Papier wird zunächst mittig gefaltet. Dann mit einer Schere wie angegeben dreimal bis zum Falz eingeschnitten. Es entstehen fünf Areale, die nun – verdreht – gefaltet werden. Bei richtiger Ausführung erscheint es wie ein Dach, auf dem auf unerklärliche Weise ein langes, durchgehendes Feld auf dem First aufrecht steht.

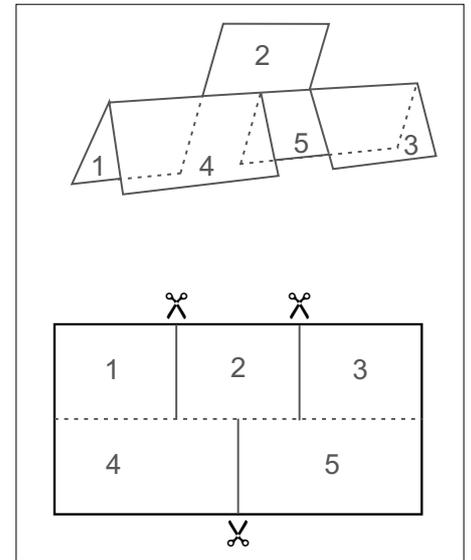


Abb. 2 – Nach dem Einschneiden und Falten des Rechtecks müssen nur das Feld 3 und 5 „verdreht“ zurückgeklappt und das Fenster 2 aufgeklappt werden

Möglichkeit 4:
Geschicklichkeits-Kunststücke

1. Korkentrick

Das ist ein alter, aber weitgehend unbekannter Effekt. Manche führen den Trick mit Streichhölzern, manche mit kleinen Batterien vom AA-Typ vor. Mit Korken geht es am besten. Es lässt sich auch hervorragend mit den dickeren Watterollen in der Zahnarztpraxis ausführen.



Abb. 3 – Korkentrick mit Watterollen

Der Spaß liegt darin, dass es dem Zuschauer trotz mehrmaligen Betrachtens der Bewegungsabfolge schwer gelingt, den Effekt überhaupt nachzumachen. Am Ende steht die Erklärung und die Weitergabe der Lösung ist durchaus erlaubt.

Die Präsentation haben wir in einem kleinen Film festgehalten, der abrufbar ist unter dem **Homepage-Link**.

Man führt das Ganze ein- bis zweimal vor, sodass der Zuschauer, frontal gegenüber stehend, alles genau verfolgen kann.

Das Geheimnis liegt in der Art und Weise, wie die Watterollen ergriffen werden.

Aus der Sicht des Vorführenden muss die linke Hand in der Supinationsstellung liegen. Die rechte Hand nähert sich in der Pronationsstellung von oben. Daumen und Zeigefinger der rechten Hand ergreifen die linke Watterolle so, wie es sich hierbei natürlicherweise ergibt. Entscheidend ist nun der Griff mit der linken Hand. Der Daumen der linken Hand ergreift die Watterolle der rechten Hand an dem Ende, das in die Handfläche der rechten Hand gerichtet ist! Die Richtung des Daumens ergibt sich im Prinzip auch ganz von allein. Der Zeigefinger der linken Hand muss nun außen um den rechten Daumen herumgeführt werden, um die rechte Watterolle an der Fläche zu erfassen, die man als Vorführender sieht. Es ist hierfür meistens sehr hilfreich, wenn beide Ellenbogen leicht angehoben werden und sich beide Hände ein wenig drehen. Es sollten auf jeden Fall Daumen und Zeigefinger benutzt werden. Nicht auf die Mittelfinger ausweichen! Am Anfang scheint es etwas schwierig, hat man die Sache aber erst einmal verstanden, geht es ganz leicht. Die Bewegungen sollen in jeder Phase flüssig, aber entspannt und langsam erfolgen.

2. Bogumil beugt die Burgzinne

Das ist ein sehr, sehr einfaches Kunststück, das aufgrund seiner Tricktechnik nur für junge Patienten im Vorschulalter oder maximal bis zur zweiten Klasse geeignet ist. Dort jedoch verfehlt es seine Wirkung sehr selten.

Auch dieses Kunststück haben wir verfilmt und ist als Tutorial anzusehen auf unserer Homepage.

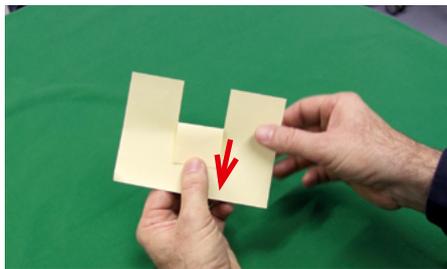


Abb. 4 – Mit zwei Schnitten und einem Falz wird aus einem Notizzettel die Burgzinne



Abb. 5 – Der Zahnarzt zeigt, wie jedes Kind zum starken Bogumil wird und den Trick selbst vorführen kann

Homepage-Link für alle Video-Tutorials: www.zahnaerzte-in-sachsen.de/zahnaerzte (Publikationen/Zahnärzteblatt/Fachbeitrag)

Ein etwa quadratförmiges Stück Papier wird **vor der Vorführung** zweimal von oben bis zur Mitte eingerissen/eingeschnitten und die so entstandene Zunge nach hinten unten (d. h. zum Vorführenden) geklappt. Hält man das Papierstück nun so in der Hand, wie in der Abbildung zu erkennen, kann man durch ein heimliches Nach-unten-Ziehen des Daumens die Lasche nach unten in Pfeilrichtung (s. Abb. 4) bewegen, was den oberen Teil des Papiers (also die beiden „Zinnen“) zu einer Rückwärtsbewegung bringt.

Der Zuschauer muss frontal auf das Papier sehen, so, dass der eingeklappte Zungenteil nicht wahrgenommen wird. Man erklärt hierzu, dass man einen unsichtbaren Faden (oder ein unsichtbares Haar) in der anderen Hand habe, mit dem man die beiden Papier-Ohren nach

hinten ziehen könne. Die simultane Bewegung der rechten Hand mit dem angeblichen Faden in synchroner Bewegung des linken Daumens nach unten, wobei die Zunge nach unten gezogen wird, bewirkt eine lustige Illusion.

Die Erklärung wird natürlich anschließend unbedingt gegeben, damit das Kind dann später den Trick selbst vorführen kann.

Die ganze Sache kann durch Erzählen einer Geschichte erheblich aufgewertet werden. Etwa vom starken Burgwächter Bogumil, der mit einem einzigen Haar die steinerne Burgzinne verbiegen konnte, um sich so bei Regen darunter zu stellen ...

3. Die Zaubermappe

Hier wandert ein flacher Zettel in einer kleinen Mappe hin und her.



Abb. 6 – Die Zaubermappe ist doppelt öffnend und hat besonders angeordnete Gummibänder

Obwohl die Mappe selbst nicht als give away geeignet ist (hoher Herstellungsaufwand bzw. Kaufpreis), kann sie als scheinbar nebensächliches Objekt die Bestellkarte bzw. die Visitenkarte zum magischen Gegenstand werden lassen. Das seitenwechselnde, eingelegte Objekt wird durch die begleitende Geschichte zur „Hauptperson“ gemacht und anschließend verschenkt. Das Prinzip dieses Zauberhilfsmittels ist sehr alt. Aktuell wird es auch unter „Bus Drivers Wallet“ (Busfahrer-Brieftasche) vertrieben. Es handelt sich um eine brieftaschenähnliche Mappe, die auf beiden Innenseiten Bänder hat, und die sich heimlich von beiden Seiten öffnen

lässt. Die Mappe lässt sich auch selbst herstellen (Video siehe [Homepage-Link](#) Seite 25).

Die Funktionsweise ist auch in einem kurzen Film abzuschaun, und ebenso, wie man sich die geheime Trickhandlung aneignet (Video siehe [Homepage-Link](#) Seite 25).

Wichtig ist, dass das Öffnen der Mappe von der anderen Seite her absolut unauffällig geschieht, also gut kaschiert wird. Zum wirklichen Wunder wird es nur, wenn die Handhabung so erfolgt, wie im Link beschrieben. Wer den Effekt sicher beherrscht, kann auch das „Einfädeln“ des Papiers, wie im Link gezeigt, hinzufügen.

4. Die Zaubermünze

Dieses Kunststück ist das wirkungsvollste, aber auch schwierigste.

Noch komplexer fiele die Beschreibung aus, deshalb haben wir auch zu diesem Trick eine filmische „Lehrunterweisung“ produziert (Video siehe [Homepage-Link](#) Seite 25).

Unter Mitwirkung des Kindes erscheint und verschwindet eine Münze in freier Hand. Die Münze wird dadurch zu einem ganz besonderen Objekt, sie wird anschließend dem Kind als Talisman geschenkt. Dem Autor sind viele Fälle bekannt, in denen die Beschenkten diese Münze viele Jahre lang, bis hin in das Erwachsenenalter im Portemonnaie aufbewahren. Der Effekt beruht technisch auf reiner Handfertigkeit und erfordert einige Übung. Wer sich die Zeit von etwa zwei Monaten zum Einstudieren nimmt, wird für viele Jahre ein sehr verblüffendes Kunststück parat haben.

Die Münze sollte einen Durchmesser von ca. 3 bis 3,5 cm aufweisen. Derartige Münzen bekommt man kostengünstig als Kiloware im Internet. Sehr geeignet sind zum Beispiel alte, englische 1-Penny-Münzen, die nicht mehr zirkulieren. Metrisch kleinere Münzen, wie 2-Euro-Stücke, sind ungeeignet. Sie sind nicht nur technisch schwieriger (!) zu handhaben,

sondern auch optisch nicht so schön. Das Grundprinzip besteht in der sogenannten „falschen Übergabe“ der Münze von einer in die andere Hand. Das Wiedererscheinen erfolgt durch ein heimliches „Laden“ der eigentlich leeren Hand. Man übe alle Handbewegungen am besten vor einem Spiegel. Dabei schaut man sowohl direkt auf seine Hände als auch indirekt auf das Spiegelbild. Vor dem eigentlichen Trick wird für das Kind gut sichtbar die Münze mehrmals von einer Hand in die andere gegeben. Der Zuschauer wird unterbewusst so konditioniert, dass die Münze immer tatsächlich von einer in die andere Hand gegeben wird. Nun erfolgt die Trickhandlung – mit vollkommen identischem Bewegungsablauf, aber mit dem Unterschied, dass die Münze heimlich in der rechten



Abb. 7 – Die Zaubermünze mit mindestens 3 cm Durchmesser befindet sich in der rechten Hand



... wird bei der scheinbaren Übergabe zunächst versteckt in der rechten Hand festgehalten



und wird erst nach einer wiederholten „nahen“ Begegnung der Hände in die leere linke Hand fallengelassen

Hand verbleibt. Hierzu wird die Münze mit einer ganz leichten Anspannung des Daumenballens gegen den Kleinfingerballen (Mondberg) gehalten. In der Fachsprache der Zauberkunst wird ein geheimes Verbergen in der Hand als „Palmage“ bezeichnet. Die beiden Finger, die die Münze scheinbar festhalten, werden ohne Hektik zur linken Hand geführt, die sich um die beiden Finger schließt und die Münze offensichtlich nun übernommen haben. (Das muss einige Wochen geübt werden.) Dabei ist es wichtig, sowohl die Handbewegungen als auch die gesamte Körpersprache genauso wirken zu lassen, als würde die Münze richtig übergeben. Auch die Finger der linken Hand (Fingernägel) sollten so liegen, wie bei der tatsächlichen Übergabe.

Die Situation ist nun, dass der Zuschauer glaubt, die Münze befindet sich in der linken, geschlossenen Hand. Die Konzentration des Zahnrarzes richtet sich nun auf die linke Hand. Man könnte nun die linke Hand öffnen und als leer präsentieren, aber besser ist, die Finger der linken Hand aneinander zu reiben. Danach öffnen sich die Finger nacheinander und zuletzt werden Zeigefinger und Daumen aneinander gerieben. Erst zum Schluss wird die gesamte Hand als leer gezeigt. Es ist wichtig, dass die rechte Hand, die ja heimlich die Münze verbirgt, vollkommen entspannt, nebensächlich leicht das Blickfeld verlässt. Ein anschließendes Aneinanderreiben beider Hände, wie beim Händewaschen, ist eine zusätzliche Finesse zur Demonstration der Leere, wobei die rechte Hand (in der ja die Münze verborgen ist) immer den Handrücken zum Zuschauer hält. Das Wiedererscheinen der Münze ist ebenfalls nicht ganz leicht. Vom Prinzip her wird die Münze aus der rechten Hand unbemerkt in die linke Hand fallen gelassen, während diese sich dreht. Die Trickhandlung besteht darin, dass sich beide Hände bei dieser Bewegungsabfolge so nahe kommen, dass die rechte Hand die Münze einfach in die noch offene Handfläche der linken Hand fallen lassen kann, die sich danach

sofort schließt. Der Zuschauer darf das natürlich nicht bemerken. Jetzt verlässt die rechte Hand das Blickfeld und man fordert den Zuschauer auf, an der Stelle zu klopfen/zu reiben, wo es ihm gerade vorgemacht worden ist.

Nachdem der Zuschauer dies tat, wird die linke Hand nach oben gedreht und ganz langsam geöffnet. Die begleitende Geschichte bzw. Erläuterung könnte sein, dass man behauptet, im Herkunftsland der Münze gäbe es keine Portemonnaies. Vielmehr beherrschten die Menschen dort noch die Kunst des sog. „Zer-Faltens“. Das heißt, man faltet die Münze in der Hand so lange „in sich selbst zusammen“, dass sie schließlich unsichtbar ist und schwebend um den Besitzer ihn überall hinbegleitet. Bei Bedarf wird über ein Klopfen auf den Handrücken ein „Ent-Falten“ eingeleitet, was

die Münze schließlich wieder sicht- und verwendbar macht. Die Münze wird nun dem Zuschauer bzw. dem Kind als Geschenk übergeben. Es wird ihm gesagt, dass die Münze bei ihm auch verschwinden würde, allerdings erst, wenn er den 18. Geburtstag gefeiert habe. Bis dahin erfüllt sie jedoch eine wirksame Funktion als Talisman in diversen Lebenslagen.

Zusammenfassung

Liebe Kollegen, mir ist bewusst, dass ich mich weit in psychologisches Terrain gewagt habe. Die Artikelfolge ist in einem Zusammenhang zu sehen, weil nur so das Verständnis für die Phobieproblematik als Ganzes möglich werden konnte. Seit 30 Jahren bin ich approbiert und bis heute als Fachzahnarzt für Oralchirurgie tätig. Ich habe seit dieser Zeit mit besonderer Hingabe auch Kinder und Phobiepatienten

gern betreut. Es würde mich freuen, wenn Sie den einen oder anderen Gedanken aufnehmen oder auch diskutierten. Ein ganz wichtiger Punkt ist für mich, ein Verständnis dafür zu entwickeln, dass wir als Zahnärzte eine Schlüsselfunktion beim Entstehen von Behandlungsphobien haben. Dabei spielt die Lebensphase der Kindheit und Jugend eine prägende Rolle. Deshalb sollte der Aspekt der Phobieprävention in das gängige Prophylaxekonzept der Kinder- und Jugendzahnmedizin ausdrücklich integriert werden.

Quellen/Literaturverzeichnis zu Teil 3:
www.zahnaerzte-in-sachsen.de/zahnaerzte (Publikationen/Zahnärzteblatt/Literaturverzeichnis)

*Dr. med. dent. Torsten Glas
niedergelassen in Leipzig*

Fachbeitrag**„Fokus Phobie: Krankhafte Angstphänomene in der Zahnarztpraxis (Teil 3)
Umgang mit Kindern und Jugendlichen“
von Dr. med. dent. Torsten Glas**

1. Alkemper V: persönliche Mitteilung auf „Alles Gozo“-Kongress, Gozo 2018
2. Beckers-Lingener B: Konzept für eine erfolgreiche Kinderbehandlung. Die ritualisierte Verhaltensführung. In: Mitteilungsblatt Berliner Zahnärzte 11/2016, S 14
3. Beckers-Lingener G, Beckers L: Die ritualisierte Verhaltensführung. Ein Konzept zur erfolgreichen Behandlung von Kindern in der zahnärztlichen Praxis. In: Dtsch Z f zahnärztl Hypn Nr. 2 (2011), S. 6-13
4. Charlton M, Käßler C, Wetzel H: Entwicklungspsychologie. Beltz Verlag 2003
5. Claessens D: Status als entwicklungssoziologischer Begriff“ Verlag Dr. Kovac 1995.
6. Dawkins R: Meme, die neuen Replikatoren. In: Das egoistische Gen. (Original: The Selfish Gene. Oxford University Press, 1976). Jubiläumsausgabe 2007, S. 316–334. ISBN 3-499-19609-3.
7. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien, 1. Auflage 1991, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto S 195f. (neue Auflage Hograefe 2015)
8. Göttl C: Aussage im Rahmen einer Filmdokumentation „Unendlich Jetzt.“, RP3 Film-Gruppe, DVD Ascot Elite Home Entertainment, 2014
9. von Gymnich I: Die rolle der Eltern bei der zahnärztlichen Kinderbehandlung. ZMK Jg 34 Aug 12 Dez. 2018 S. 850-854
10. Johnstone, K: Theaterspiele: Spontaneität, Improvisation und Theatersport. Alexander Verlag; Auflage: 8., Aufl. (1. Juni 2011)
11. Neumeyer, A-E: Mit Feengeist und Zauberpuste: Zaubenhaftes Arbeiten in Pädagogik und Therapie, Lambertus; Auflage: 4 (2009)
12. Öst L: Age of onset in different phobias. In: Journal of Abnormal Psychology, 96, (1987), S. 223-229
13. Paryab M, Arab Z: 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 (2014): 502–50
14. Peretz B, Gluck G: Magic trick: a behavioural strategy for the management of strong-willed children. Int J Paediatr Dent (2005); 15: 429–436
15. Piaget, J: La formation du symbole chez l'enfant mitation, jeu et reve. Delachaux et Niestle, Neuchatel Schweiz, 1959; dt. Übers.: Nachahmung, Spiel und Traum. Klett Cotta Stuttgart 1975
16. Price R: Drodles. 36 Coctail-Napkins. 18 Different Designs. Monogram California 1950

17. Santamaria R, Schmoeckel J, Splieth C: "Nicht-restaurative Karieskontrolle" in Zahnärztl Mitteilg 107 Nr. 13, 1.7.2017 S. 28-30
18. Schmierer A (Hrsg): Kinderhypnose in der Zahnmedizin. HypnosVerlag Stuttgart (2001)
19. Schweickert WK: Der Señor und die Punkte, VEB Hofmeister (1962)
20. Sorowka T: Persönliche Mitteilung 2017
21. Specht, J.: Personality Development Across the Lifespan, Academic Press 2017
22. Splieth, C: Kindlerzahnheilkunde in der Praxis, Buch- und Zeitschriftenverlag „Die Quintessenz“ Berlin 2002
23. Streblow, L: Bezugsrahmen und Selbstkonzeptgenese. Waxmann 2004
24. Swee G, Schirmer, A: On the Importance of Being Vocal: Saying "Ow" Improves Pain Tolerance, in: The Journal of Pain, Vol 16, No 4 (April), 2015: pp 326-334
25. Tomasello M: Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens: Zur Evolution der Kognition. suhrkamp taschenbuch wissenschaft (2006)
26. Träupmann s: Persönliche Mitteilung 2016
27. Wetzel, WE: Die Angst des Kindes vor dem Zahnarzt. Hanser (1982)