

- Persson, G. (1969). General side-effects of local dental anaesthesia. *Acta Odontologica Scandinavica*, 27, Suppl. 53.
- Peter, B. (1986). Hypnotherapeutische Schmerzkontrolle: Ein Überblick. *Hypnose und Kognition*, 3, 27-41.
- Peter, B. (1996). Hypnose. In: Basler, H-D, Franz, C, Kröner-Herwig, B, Rehlfisch, HP & Seemann, H (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie* (S. 593-612). Berlin: Springer Verlag.
- Peter, B. (1998). Möglichkeiten und Grenzen der Hypnose in der Schmerzbehandlung. *Der Schmerz*, 12, 179-186.
- Rokke, P.D. & Lall, R. (1992). The role of choice in enhancing tolerance to acute pain. *Cognitive Therapy & Research*, 16, 53-65.
- Roy-Byrne, P.P., Milgrom, P., Tay, K.-M., Weinstein, P. & Katon, W. (1994). Psychopathology and psychiatric diagnosis in subjects with dental phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 19-31.
- Schacter, D.L. (1996). Searching for memory: The brain, the mind and the past. New York: Basic Books.
- Snow, L. (1979). The relationship between „rapid induction“ and placebo analgesia, hypnotic susceptibility and chronic pain intensity. *Dissertation Abstracts International*, 40, 937.
- Spanos, N.P. (1996). Multiple identities and false memories. A sociocognitive perspective. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Strippel, H. (1994). Die Zufriedenheit der Bevölkerung mit der zahnmedizinischen Versorgung. Entwicklung eines Erhebungsinstrumentes und Befragung einer Probandenstichprobe aus der Grundgesamtheit der erwachsenen GKV-Versicherten. Dissertation, Marburg.
- Syrjala, K.L., Cummings, C. & Donaldson, G.W. (1992). Hypnosis and cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial. *Pain*, 48, 137-146.
- Szasz, T. (1957, 1988). Pain and pleasure. Syracuse, New York: Syracuse University Press.
- Tan, S.-Y. & Leucht, C.A. (1997). Cognitive-behavioral therapy for clinical pain control: A 15-year update and its relationship to hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45, 396-416.
- Trent, J.C. (1946). Surgical anesthesia, 1846-1946. *Journal of the History of Medicine*, 1, 505-511.
- Turk, D.C. (1996). Biopsychosocial perspective on chronic pain. In: Gatchel, RJ & Turk, DC (Eds.) *Psychological approaches to pain management* (S. 3-32). New York: Guilford Press.
- Turner, J.A. & Clancy, S. (1986). Strategies for coping with chronic low back pain: Relationship to pain and disability. *Pain*, 24, 355-363.
- Weinstein, P., Milgrom, P., Kaufman, E., Fiset, L. & Ramsay, D. (1985). Patient perceptions of failure to achieve optimal local anesthesia. *General Dentistry*, 33, 218-220.
- Wong, M.K.S. & Jacobsen, P.L. (1992). Reasons for local anesthesia failures. *Journal of the American Dental Association*, 123, 69-73.

Hypnotic anesthesia in dentistry: A critical analysis

Abstract: Hypnotic anesthesia has a long tradition in dentistry. A critical analysis of the factors that play a role in hypnotic anesthesia does, however, point at the conclusion that the indications for this form of treatment really are much narrower than the current debate in Germany presumes.

Keywords: Hypnosis, anesthesia, pain management, dental fear

erhalten 15.6.1998, akzeptiert 17.2.1999

Mats Mehrstedt, D.M.D.
Hörner Landstr. 173
22111 Hamburg

Hypnose in der Behandlung von Prothesenunverträglichkeit

Michael Barsby¹

■ *Prothesenunverträglichkeit kann zahnmedizinische oder psychische Ursachen haben. Bei Patienten der letzteren Gruppe kann die Anwendung von Hypnose hilfreich sein, vorausgesetzt, sie sind im Grunde motiviert, eine Prothese zu tragen. Die Wichtigkeit einer sorgfältigen Patienteneinschätzung und das Planen einer angemessenen Vorgehensweise mit den Patienten wird betont. Es werden Behandlungsgrundlagen beschrieben, einschließlich Entspannung, kontrolliertem Atmen, Visualisieren und Reframing. All diese Techniken können in Verbindung mit Konditionierung, Desensibilisierung und einer schrittweisen Gewöhnung an das Tragen von Prothesen verbunden werden.*
Suchbegriffe: Prothesenunverträglichkeit, Würge-
reiz, Hypnose

Die Unfähigkeit, die Anfertigung von Prothesen zu erdulden und diesen Zahnersatz dann auch zu tragen, ist ein quälendes Problem, unter dem sowohl einige teilbezahnte als auch zahnlöse Patienten leiden. Manchmal kann es auf Grund fehlerhaften zahnärztlichen Vorgehens dazu kommen, daß ein einmal hergestellter Zahnersatz später nicht getragen werden kann. Beschwerden beim Tragen, mangelhafte Retention und Stabilität oder fehlerhafte Okklusion, all das kann Schwierigkeiten bei der Gewöhnung an den Zahnersatz bereiten. Wenn die Ursache erkannt und der Fehler beseitigt werden kann, sei es durch Überarbeiten der Prothese oder manchmal durch nochmalige Neuanfertigung, dann kann das Problem der Prothesenunverträglichkeit gelöst werden. Dieser Artikel jedoch befaßt sich mit der Behandlung jener Patienten, deren Schwierigkeiten eher psychische Ursachen haben und deren Widerstand gegen Fremdkörper im Mund die Akzeptanz jeglicher zahnärztlichen Behandlung, einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz verhindert.

Beim Versuch einer zahnärztlichen Behandlung solcher Patienten zeigen sich typischerweise körperliche Erscheinungsformen dieses Problems in einer oder mehreren der folgenden Reaktionen: Würgereiz, heftige Anspannung der Lippen und der circumoralen Muskulatur, Abwehrhaltung der Zunge und manchmal Hyperventilieren. Ebenso können übermäßiger Speichel- und Tränenfluß auftreten, Husten, Schwitzen und in manchen Fällen kommt es sogar zum Erbrechen. Würgereiz ist vermutlich das Hauptmerkmal dieses Problems, das auch am meisten abgehandelt wurde. Das Würgen und seine Physiologie sind sehr gut von Conny und Tedesco (1983) beschrieben worden.

Bei geeigneten Patienten kann Hypnose angewandt werden, um eine gezielte Vorgehensweise zu erleichtern. Sie kann sowohl die Kontrolle der Angst und des Atems beinhalten, sowie die Verwendung von Konditionierungs- und Desensibilisierungstechniken, als auch das Selbstwertgefühl des Patienten stärken.

Patienteneinschätzung

Eine gründliche Patientenanamnese ist wesentlich. Sie sollte eine sorgfältig erhobene medizinische und zahnärztliche Vorgeschichte enthalten und die klinische Untersuchung sollte eine Beurteilung sämtlicher früheren Zahnersatzes beinhalten. Conny und Tedesco (1983) haben einen kurzen Überblick über systemische Störungen gegeben, die gewisse Auswirkungen auf den Würgereiz haben könnten, aber laut Wright (1979) gibt es wenig Hinweise, daß gastro-intestinale oder soziale Faktoren bei Patienten mit Tendenz zum Würgereiz gehäuft vorkommen. In ihrer Studie waren Rauchen und Schnupfen die einzigen allgemeinen Gesundheitsfaktoren, die signifikant waren. Übermäßiges Rauchen und Trinken wurden vor gut 30 Jahren von einer Diskussionsgruppe (1949) in Australien ebenfalls als signifikante Faktoren angegeben. Aufgrund eines einzigen Falles wirft Machella (1961) die Frage auf, ob auch Hiatushernien als Ursache des Würgens betrachtet werden können. Dieser Autor fand heraus, daß dieser Befund gelegentlich von Patienten berichtet worden sei. Es ist aber nicht bekannt, ob die Häufigkeit dieses Befundes bei „Würgern“ größer sei als in der Normalbevölkerung. Es mag plausibel sein, daß chronische Beschwerden des Magen-Darm-Traktes die Reizbarkeit erhöhen und die Schwelle für orale Stimuli erniedrigen. Reize, die normalerweise unbedeutend wären, können so von manchen Menschen wesentlich deutlicher wahrgenommen werden.

Die zahnärztliche Vorgeschichte ist oft bezeichnend und viele Patienten mit Würgereiz haben eine lange Vorgeschichte mit Schwierigkeiten bei zahnärztlicher Behandlung überhaupt, also nicht nur beim Zahnersatz. „Würgen“ und die anderen oben beschriebenen Merkmale können die Manifestation einer allgemeinen Zahnbehandlungsangst sein und das bedarf sorgfältiger und einfühlsamer Abklärung. Erinnerungen an angstbesetzte Vorfälle in der Vergangenheit können Ängste wiederbeleben, so daß ein ziemlich kleiner Reiz oder eine einfache Behandlung - wie etwa die Untersuchung der Mundhöhle - eine unverhältnismäßige Reaktion hervorrufen kann. Sehr häufig haben diese Patienten ein vernachlässigtes Gebiß und wenn sie noch vereinzelt Zähne haben, sind diese meist in schlechtem Zustand. Die Erfahrungen dieser Patienten in der Zahnheilkunde beschränken sich manchmal nur auf Extraktionen und wenn andere Behandlungen durchgeführt wurden, dann oft nur mit Hilfe sedierender Maßnahmen.

In manchen Fällen können sogar selbstverursachte Reize, wie z.B. Zähneputzen Würgen hervorrufen. Gelegentlich findet man bei derart schweren Fällen auch, daß solche Patienten Schwierigkeiten haben, feste oder beengende Kleidung am Hals zu ertragen. Männliche Patienten z.B. tragen ihre Krawatte bevorzugt gelockert, falls sie überhaupt eine tragen. Diese Patienten sind das eine Extrem des gesamten Spektrums; auf der anderen Seite stehen jene, die zumindest in der Lage waren, sich den Zahnersatz eingliedern zu lassen - wenn auch mit Schwierigkeiten -, die ihn aber auf Dauer nicht tragen können. Bei der letzteren Patientengruppe muß unbedingt der Zahnersatz im Mund überprüft werden. In manchen Fällen liegen die Gründe in mangelhafter Herstellung, z.B. bei Fehllokkusion, mangelnder Retention oder zu wenig Platz für die Zunge. Wenn diese Fehler beseitigt werden können, besteht keine Indikation für eine andere Behandlung wie z.B. Hypnose. Es muß nachdrücklich betont werden, daß die Anwendung von Hypnose kein Mittel ist, eine unzureichende Behandlung tolerieren zu helfen.

Genau Beobachtung des Patientenverhaltens ist ein weiterer wichtiger Bestandteil der Anamnese. Die Untersuchung der Mundhöhle kann einen ersten Hinweis auf zukünftige Schwierigkeiten liefern, die bei einer Behandlung auftreten können; deshalb sollte man das Ausmaß des Mißempfindens, das der Patient während der Untersuchung zeigt, schriftlich festhalten. Heftige Lippenanspannung und eine stoßende, ständig abwehrende Zunge sind häufige Befunde, doch in manchen extremen Fällen verteidigen die Patienten ihre Mundhöhle derart wirkungsvoll, daß eine intraorale Untersuchung in der ersten Sitzung nicht möglich ist. Manchmal kann nur eine flüchtige Untersuchung vorgenommen werden, bei der außer Licht keine weiteren Instrumente verwendet werden. Bei teilbezahnten Patienten kann ein Orthopantomogramm den Zahnstatus aufzeigen, wenn eine intraorale Untersuchung in der ersten Sitzung nicht möglich ist.

Im Anschluß an die erste Sitzung können folgende Punkte mit dem Patienten erörtert werden:

- Sie sind nicht der Einzige mit einem solchen Problem und den meisten Menschen kann dabei geholfen werden, ihre Prothesen zu tragen, wenn sie es wirklich wollen. Dies ist ein entscheidender Punkt, der nachdrücklich betont werden muß, denn ob der Patient letztendlich seine Prothese tragen kann und ob die Hypnosebehandlung erfolgreich sein wird, hängt von seiner Motivation ab.
- Die Lösung seines Problems liegt nicht einfach in der Herstellung einer Prothese (egal ob es sich um eine Erstanfertigung handelt oder um den Ersatz einer unzureichenden Prothese) und im anschließenden Daumendrücken, daß es schon klappen wird. In den meisten Fällen wird ein schrittweiser Prozeß der Re-Konditionierung und Desensibilisierung nötig sein, der sich über eine gehörige Zeitspanne erstrecken kann. Das kann die Herstellung von Übungsplatten erfordern (d.h. von dünnen Acrylatbasisplatten, die das verfügbare Prothesenlager bedecken), die nach und nach umgewandelt werden, bis sie letztendlich in den endgültigen Zahnersatz übergeführt werden können.
- Dort, wo einige oder alle Restzähne extrahiert werden müssen, erklärt man, daß dies erst später geschehen werde, wenn der Patient sich an eine einfache Acrylatteilprothese gewöhnen habe. Das geht natürlich nur, wenn es keine akuten Probleme gibt, die eine sofortige Extraktion bedingen. Diese Acrylatteilprothese kann allmählich durch Hinzufügen von Zähnen so verändert werden, daß der Übergang zu einer ausgedehnteren Teilprothese oder auch zu einer Total-

prothese erleichtert wird.

- Zahnärztliche Hypnose ist keine Behandlung, kann aber als Hilfsmittel gesehen werden, das andere spezifische Behandlungsstrategien erleichtert. Wenn zu diesem Zeitpunkt die Anwendung von Hypnose erwogen wird und der Patient sein Interesse bekundet, gibt es zwei wesentliche Bedingungen: erstens, daß der Patient motiviert ist, das angestrebte Endziel zu erreichen, d.h. in der Lage zu sein, eine Prothese zu tragen; und zweitens, daß er bereit ist, Hypnose zu erlernen und zu erfahren.

Um einen guten Rapport mit dem Patienten aufzubauen und eine zuverlässige Grundlage für ein erfolgreiches Ergebnis zu schaffen, ist es außerordentlich wichtig, sich Zeit zu nehmen, um mit dem Patienten sein Problem umfassend zu erörtern und um mögliche Behandlungsstrategien zu entwerfen. Es ist wesentlich, daß der Patient versteht, daß es keine „Blitzlösung“ seines Problems gibt und daß es vermutlich Zeit braucht und einen gehörigen Einsatz von seiner Seite, um das angestrebte Ziel zu erreichen, nämlich fähig zu sein, die Prothese zu tragen. Erst wenn er damit einverstanden ist und das akzeptiert, kann der Behandler weitere spezifische Behandlungsstrategien entwerfen und sie erörtern.

Bei der Anwendung von Hypnose gibt es einige Kontraindikationen. Neben schwach motivierten Patienten sollte man schwer depressive sowie psychotische Patienten nicht mit Hypnose behandeln. Im allgemeinen sind diese Gruppen leicht an ihrer Vorgeschichte zu erkennen. Aber die vielleicht wichtigste Kontraindikation betrifft jene Patienten, die mit der Erwartung kommen, daß der Behandler oder die Anwendung von Hypnose all ihre Probleme lösen wird, ohne daß sie die geringste Mühe auf sich nehmen müßten. Denn das trifft schlichtweg nicht zu und solche Patienten sollte man am besten meiden. Patienten, die aus ihrer Unfähigkeit eine Prothese zu tragen, einen sekundären Krankheitsgewinn ableiten, sollte man ebenfalls meiden.

Vorbereitung des Patienten

Hypnose kann sowohl indirekt als auch direkt angewandt werden. Bei indirekter Vorgehensweise werden ebenfalls hypnotische Techniken und Phänomene eingesetzt, aber ohne formelle Induktion. So benutzen manche Zahnärzte Ablenkungstechniken, wenn sie Abdrücke bei Patienten machen, die zum Würgen neigen. Krol (1963) schlägt vor, solche Patienten zu bitten, sich darauf zu konzentrieren, wie sie ein Bein heben, während der Abdruck genommen wird. Später hat Graham (1987) vorgeschlagen, dem Patienten ein kurzes Stück Besenstiel oder eine Stange aus ähnlichem Material in die Hand zu geben und ihn zu bitten, sich auf eine eingekehrte Markierung zu konzentrieren. Dann wird dem Patienten suggeriert, daß es unmöglich sei zu würgen, solange er sich auf diese Markierung konzentriert und den Stab ganz fest drückt. Bildhafte Vorstellungen und sogar imaginäre Musik können auch zur Ablenkung verwandt werden und zweifellos sind solche Techniken in manchen Fällen erfolgreich.

Bei eher direkter Vorgehensweise ist es wünschenswert, einen speziellen Termin für die Hypnosevorbereitung des Patienten anzusetzen. Der Patient sollte gefragt werden, ob er Hypnose schon einmal erlebt hat und was er über die Anwendung von Hypnose weiß. An dieser Stelle ist es nötig, auf einige gängige Mißverständnisse einzugehen. Zum Beispiel sollte man erklären, daß sich die medizinische Hypnose von der Bühnenhypnose unterscheidet; daß es hier keinen

Bewußtseins- oder Kontrollverlust geben wird und auch keine Willenlosigkeit. Man sollte betonen, daß Hypnose ein natürlicher Zustand ist, vergleichbar einem Tagtraum, und daß der Patient nicht dazu gebracht wird irgend etwas zu tun, sondern daß ihm geholfen wird, sein Ziel zu erreichen. Dem Patienten wird gesagt, daß Hypnose ein sehr guter Weg ist, sowohl geistig als auch körperlich zu entspannen, daß dies aber seine bewußte Mitarbeit erfordert. Die Wichtigkeit der Selbsthypnose wird betont, um so Spannungs- und Angstzustände abzubauen. Dem Patienten wird erklärt, daß sich rasch eine Besserung einstellen kann, daß es aber mit größerer Wahrscheinlichkeit länger dauern wird. Es wird ihm auch erklärt, daß die Herstellung der Prothese ganz allmählich erfolgen wird; beispielsweise beginnend mit einer Basisplatte, die zeitweise getragen wird, bis eine Desensibilisierung erreicht ist. Es wird auch nachdrücklich betont, daß der Patient im Rahmen dieses Vorgehens zwischen den einzelnen Behandlungsterminen „Hausaufgaben“ machen muß. Dazu kann auch das Abhören einer vom Zahnarzt besprochenen Kassette gehören.

Alle diese Punkte werden in einem schriftlichen Informationsblatt wiederholt, das dem Patienten bei seinem ersten Besuch mitgegeben wird. Je nach Schweregrad seines Würgereizes kann man dem Patienten auch eine große Plastikscheibe (ca. 3,0 cm Durchmesser und 0,5 cm Dicke) mitgeben, damit er üben kann, sie im Mund zu behalten, bis er es ein bis zwei Stunden lang schafft. Die Scheibe sollte in der Mitte ein großes Loch haben, und wenn der Patient zusätzlich ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle haben möchte, kann man ein längeres Stück Zahnsel-de daran befestigen, das dann aus dem Mund baumelt, wenn die Scheibe eingelegt ist. Dem Patienten wird erklärt, daß ihm in der nächsten Sitzung geholfen wird, Hypnose zu erleben, daß aber keine aktive Behandlung ausgeführt werden wird.

Behandlung

In der zweiten Sitzung wird der Patient gebeten, über seine Fortschritte mit der Plastikscheibe zu berichten - das gibt auch Hinweise auf seine Motivation. Er kann weitere Fragen oder Ängste über die Anwendung von Hypnose äußern.

Die Induktion kann mit jeder beliebigen Methode erfolgen. Der Autor bevorzugt die „rapid eye closure“ Methode, die Ellmann 1964 beschrieben hat. Aber natürlich ist es wünschenswert, daß der Behandler mit einer Anzahl von Induktionstechniken vertraut ist. Es ist wichtig, daß sich sowohl Patient als auch Behandler bei der gewählten Methode wohl fühlen. Nach der Induktion werden angemessene Vorgehensweisen zum Vertiefen der Trance angewandt, denen Suggestionen zur Ich-Stärkung und zur Vertrauenssteigerung folgen. Prinzipien der Verhaltenstherapie einschließlich der Desensibilisierung sind ausführlich von Wolpe (1990) beschrieben worden und fußen auf der Annahme, daß Furcht und Angst im Wesentlichen erlernte Reaktionen sind, die verlernt werden können, z.B. indem die gefürchtete Situation mit Entspannung assoziiert wird. Auf diese Weise kann für einige Patienten, deren Problem hauptsächlich der Angst vor zahnärztlicher Behandlung entspringt, durch die Anwendung von Hypnose ein Zustand mentaler und körperlicher Entspannung erreicht werden, der ausreichend sein kann, um sie schrittweise an zahnärztliche Vorgehensweisen heranzuführen.

Das Einbringen von großen Gegenständen in den Mund, wie z.B. von Abdrucklöffeln, kann

begleitet werden von der Suggestion einer sich bei jedem Ausatmen vertiefenden Entspannung. Dabei soll sich der Patient auf eine entspannte Bauchatmung konzentrieren. Speirs und Barsby haben dieses Vorgehen schon 1995 bezüglich Hyperventilation auf dem Zahnarztstuhl beschrieben und Barsby 1996 im Bezug auf „Würgen“.

Eine andere nützliche Technik zur Kontrolle des Würgereizes besteht darin, den hypnotisierten Patienten sich bildlich vorzustellen zu lassen, wie er durch eine Öffnung im Hals in der Cricothyreoid-Region atmet. Dies wurde von Clarke und Perischetti (1988) vorgeschlagen und beruht auf der Vorstellung, daß die Konzentration auf eine Stelle unterhalb der pharyngealen Region es dem Patienten erlaubt, mental die Gegend zu umgehen, die mit dem Würgereiz verknüpft ist.

Falls die erste Hypnosesitzung erfolgreich war und wenn der Patient dabeibleiben möchte, wird er gebeten, eine unbespielte Toncassette mitzubringen, damit der Behandler sie besprechen kann. Sie ist für den Hausgebrauch zwischen den Terminen gedacht. Es werden auch Hausaufgaben vereinbart, die bis zum darauffolgenden Termin erledigt werden sollen. In fast allen Fällen wird die Anwendung der Hypnose von einer fortschreitenden Desensibilisierung begleitet und der Patient gewöhnt sich an Fremdkörper im Mund. In der Anfangsphase mag dies den Gebrauch der oben beschriebenen Plastikscheibe mit einbeziehen. Sobald diese Scheibe ohne Schwierigkeiten über eine längere Zeitspanne toleriert werden kann, wird sie durch einen Einmalplastikabdruckklöffel ersetzt. Dieser kann dem Patienten mitgegeben werden, damit er zwischen den Sitzungen üben kann, ihn im Mund zu behalten. Der folgende Termin sollte in ziemlich kurzem Abstand (1-2 Wochen) stattfinden.

In der darauffolgenden Sitzung werden die Erfolge und Schwierigkeiten mit der Plastikscheibe oder mit dem Abdruckklöffel besprochen. Dann wird der Patient in Trance versetzt. Entsprechend den bislang erreichten Fortschritten wird ein Abdruckklöffel in den Mund geschoben und für die Dauer einiger Atemzüge dort gehalten; anfangs vielleicht 3-5 Atemzüge, während derer Suggestionen zur Entspannung gegeben werden. Beispielsweise „jedes Mal, wenn Sie ausatmen, spüren Sie, wie Sie sich tiefer und tiefer entspannen. Das nächste Mal, wenn der Abdruckklöffel in Ihrem Mund ist, kann es sein, daß Sie ihn doppelt so lange im Mund behalten können“. Eine derart indirekte Suggestion gibt dem Patienten mehr Gefühl von Kontrolle und ermöglicht ihm, sinnvoller zu reagieren. Dieses Vorgehen kann wiederholt werden, bis der Patient in der Lage ist, den Abdruckklöffel für 1-2 Minuten im Mund zu behalten. Sobald er diese Stufe erreicht hat, kann man einen Abdruck vornehmen. Es ist wichtig, daß dieser Abdruck sauber extendiert ist und die normalen Ansprüche für einen Situationsabdruck erfüllt. Nach einem gelungenen Abdruck beglückwünscht man den Patienten, daß er so gut gelernt hat zu entspannen und nun diese Behandlung ertragen kann.

Man kann auch verschiedene andere hypnotische Techniken verwenden, um Verhaltensänderungen zu unterstützen; dazu gehören Visualisieren und Reframing.

Visualisieren

Man kann visuelle Vorstellungen vielfältig anwenden. Sich eine ruhige, entspannende Szene vorzustellen, die entweder vom Behandler beschrieben oder vom Patienten gewählt worden ist, kann man nutzen um Entspannung zu vertiefen oder um Ängsten entgegenzuwirken. Stanton

(1988) beschreibt „ich-stärkende Techniken“, bei denen bildliche Vorstellungen angewandt werden. Diese Techniken können aber auch leicht für andere Probleme abgewandelt werden, so z.B. bei Prothesenintoleranz. Bei der „Wolkenmethode“ beispielsweise bittet man den Patienten, sich eine kleine weiße Wolke am klaren, blauen Himmel vorzustellen und ein ideomotorisches Zeichen zu geben, sobald er das Bild hat. Dann bittet man ihn, alle Gründe, die zu seinem Problem mit beitragen, in diese Wolke zu packen, wie belanglos sie auch sein mögen. Während er das tut, suggeriert man, daß er bemerken kann, wie die Wolke dunkler und dunkler wird. Wenn ihm kein einziger Grund mehr einfällt, wird die Wolke rabenschwarz sein. Nun wird er gebeten, sich die Wolke anzuschauen, die all diese Gründe für sein unerwünschtes Verhalten enthält, und man suggeriert, daß er irgendwo hinter ihr eine Lichtquelle sehen wird, zuerst ganz schwach, dann aber immer strahlender. Diese Vorstellung soll ideomotorisch wieder bestätigt werden. Daraufhin zählt der Behandler von 1 bis 5 und suggeriert, daß, während er zählt, das Licht immer stärker und gleißender wird, bis es schließlich anfängt, die Wolke wegzubrennen. Während das geschieht, wird dem Patienten suggeriert, daß er die Wärme der Sonne immer stärker spüren wird und mehr und mehr ein Gefühl von Vertrauen in seine Fähigkeiten, sein Problem zu überwinden.

Graham (1987) beschreibt die „split screen Technik“. Dabei wird der Patient gebeten, sich einen Fernsehbildschirm oder eine Kineleinvand vorzustellen, die senkrecht in zwei Hälften geteilt ist. Auf der einen Seite der Bildfläche soll er sich ein Bild von sich selbst vorstellen, vielleicht zahnlos (falls das zutrifft) und in einem sehr unglücklichen, unbehaglichen Zustand. Auf der anderen Seite soll er ein Bild von sich entwerfen, wie es im gelungen ist, seinen Zahnersatz zu tragen, wie er glücklich ist und voller Zuversicht lächelt. Mit anderen Worten nutzt man eine suggerierte Reaktion, um eine bereits bestehende zu hemmen; ein anerkanntes Prinzip der Verhaltenstherapie.

Reframing

Die Technik des Reframing ist eine andere Technik, um alternative Verhaltensmuster einzuführen. Das ist ausführlich von Bandler und Grinder (1985) beschrieben worden; man bringt den Patienten dazu, mit Hilfe seines Unbewußten zum entsprechenden Teil seines Bewußtseins zu sprechen. Diese Technik des sog. Six-Step-Reframings beinhaltet eine Folge von 6 Schritten:

1. Bitten Sie den Patienten, Kontakt zu jenem Teil seines Bewußtseins aufzunehmen, der für das Problem zuständig ist, daß er keine Gegenstände in seinem Mund dulden kann. Wenn dieser Teil zuhört, achtgibt und helfen möchte, bitten Sie ihn, den Finger einer Hand ideomotorisch zu heben.
2. Wenn der Finger sich hebt, beglückwünschen Sie diesen Teil, daß er helfen möchte; aber erinnern Sie ihn auch daran, daß seine Art und Weise zu helfen, indem er den Patienten zum Würgen bringt, zum Problem geworden ist. Fragen Sie dann diesen Teil, ob er willens ist zu helfen andere Wege in Erwägung zu ziehen, und wenn das der Fall ist, soll er dem ideomotorischen Finger erlauben, sich wieder zu heben.
3. Wenn der Finger sich hebt, dann bitten Sie den Patienten, mit dem kreativen Teil seines Bewußtseins in Kontakt zu treten, dem Teil, der die Vor- und Nachteile dieses Verhaltens abwägt. Wenn dieser Teil zuhört und helfen möchte, bitten Sie ihn, einen anderen Finger der

anderen Hand zu heben.

4. Nun bitten Sie beide Teile, im Unbewußten zusammenzukommen, um bessere Wege zu eröffnen und zu beschließen, die dem Patienten hilfreicher sein können. Wenn das geschehen ist, sollen beide Finger und Hände zusammenkommen zum Zeichen des Einverständnisses und des Annehmens dieser besseren Wege.
5. Bitten Sie dann das übrige Bewußtsein nachzuprüfen, ob es nun keine Anteile mehr gibt, die diesem neuen Verhalten noch entgegenwirken. Wenn kein Teil mehr Widerstand leistet, erlaube einem Finger sich zu heben, um damit die Einwilligung des gesamten Bewußtseins anzuzeigen.
6. Bitten Sie schließlich den Patienten sich vorzustellen, wie er diese neue Verhaltensweise ausführt und fragen Sie ihn dann, wie er sich dabei fühlt, wenn er zu so etwas fähig ist.

Alle diese Techniken können auch auf Tonband gesprochen werden, das dem Patienten nach der ersten Hypnosesitzung für den Hausgebrauch mitgegeben wird mit der Anweisung, es täglich zwischen den Sitzungen zu benutzen. Nicht alle diese Techniken werden für alle Patienten passend sein und das Band muß sorgfältig auf den Einzelnen zugeschnitten sein. Die Länge der Aufnahme sollte 20 Minuten nicht überschreiten.

Im Anschluß an erfolgreich durchgeführte Abdrücke kann man eine Übungsplatte herstellen; für einen zahnlosen Patienten vorzugsweise eine Oberkieferplatte, da es hier selten Retentionsprobleme gibt. Sobald der Patient ein Stadium erreicht hat, in dem Frontzähne eingegliedert werden können, wird das eine gehörige Steigerung seiner Zuversicht bewirken. Nun soll der Patient die Platte täglich tragen und die Tragedauer allmählich steigern. Das können anfangs nur wenige Minuten sein, aber sobald er die Platte einige Stunden pro Tag tragen kann, kann man weitere Zähne hinzufügen. Eine Anzahl von Fallstudien, die den Nutzen von Übungsplatten verdeutlichen, sind kürzlich beschrieben worden (Barsby 1994). Falls ein Behandler nicht mit einem sehr schnellen Labor zusammenarbeitet, sollte man besser eine Zweiteilplatte anfertigen lassen, die der Patient tragen kann, während das Original mit weiteren Zähnen versehen wird. Bei diesem Vorgehen ist der Patient niemals ohne Basisplatte und so wird einem Rückfall vorgebaut. Übungsplatten können auch im Unterkiefer verwendet werden, und Barsby (1975) hat einige Spezialtechniken für die schwierige Unterkiefortotalprothese beschrieben. Solche Übungsplatten können auch für teilbezahnte Patienten modifiziert werden. Natürlich schwankt die Anzahl der Sitzungen, deren Dauer und überhaupt die Zeit, bis der Patient eine fertigestellte, funktionsfähige Prothese im Mund hat.

Zusammenfassung

Hypnose ist eine hilfreiche Unterstützung in der Behandlung einiger Patienten, deren Prothesenunverträglichkeit psychologische Gründe hat. Hypnose kann angewandt werden, um Ängste abzubauen, um Konditionierungs- und Desensibilisierungstechniken zu erleichtern und um das Selbstvertrauen zu stärken. Es ist schwer zu sagen, in welchem Ausmaß der Behandlungserfolg der Anwendung von Hypnose zugeschrieben werden kann, da die Behandlung von Prothesenunverträglichkeit unweigerlich psychologische und zahnärztliche Behandlungsverfahren miteinschließt. Es ist auch unmöglich einzuschätzen, in welchem Maße die Zahnarzt-Patient-Bezie-

hung in der jeweiligen Therapie eine Rolle spielt. Es ist indessen wahrscheinlich, daß Hypnose ein nützliches Hilfsmittel in der Behandlung der Prothesenunverträglichkeit ist.

Literatur

- Bandler, R. & Grinder, J. (1985). Reframing: Ein ökologischer Ansatz in der Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Barsby, M.J. (1975). The difficult full lower denture. Dental Update, 2, 115-120.
- Barsby, M.J. (1994). The use of hypnosis in the management of 'gagging' and intolerance to dentures. British Dental Journal, 176, 97-102.
- Barsby, M.J. (1997). The control of hyperventilation in the management of 'gagging'. British Dental Journal, 184, 10-13.
- Clarke, J.H., & Perischetti, S.J. (1988). Hypnosis and concurrent denture construction for a patient with a hypersensitive gag reflex. American Journal of Clinical Hypnosis, 30, 285-288.
- Conny, D.J., & Tedesco, L.A. (1983). The gagging problem in prosthodontic treatment. Part I: Description and causes. Journal of Prosthetic Dentistry, 49, 601-606.
- Discussion Group: Institute of Dental Research, The United Dental Hospital of Sydney (1949). Dental Journal of Australia, 21, 188-203.
- Ellman, D. (1964). Hypnotherapy, (pp.98-99). Glendale, CA: Westwood Publishing Co.
- Graham, G. (1987). It's a bit of a mouthful (pp. 105 & 125). Blaydon upon Tyne: Real Options Press.
- Krol, A.J. (1963). A new approach to the gagging problem. Journal of Prosthetic Dentistry, 13, 611-616.
- Machella, T.E. (1961). Gagging reflex. Journal of the American Medical Association, 175, 643.
- Speirs, R.L., & Barsby, M.J. (1995). The management of hyperventilation in the dental chair. Dental Update, 22, 95-98.
- Stanton, H.E. (1990). Using ego-enhancement to increase assertiveness. British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis, 7(2), 133-137.
- Wolpe, J. (1990). The Practice of Behaviour Therapy (pp. 154-156). New York: Pergamon Press Inc.
- Wright, S.M. (1979). An examination of factors associated with retching in dental patients. Journal of Dentistry, 7, 194-207.

Hypnosis in the management of denture intolerance

Intolerance of dentures may have dental or psychological causes. It is within the latter group of patients, provided that they are genuinely motivated to wear a denture, that the use of hypnosis may be helpful. The importance of careful patient assessment and exploration of appropriate treatment strategies with the patient is emphasised. Principles of treatment including relaxation, controlled breathing, visual imagery and reframing are described. All of these techniques may be used in conjunction with conditioning / desensitisation and a gradual progression to denture wearing.

Keywords: Denture intolerance, gagging, hypnosis

*englisches Original erhalten 4.11.1996, akzeptiert 3.2.1997
deutsche Übersetzung erhalten 16.10.1998, akzeptiert 7.1.1999*

Michael Barsby, BDS, BSc, PhD, FDS, RCS (Engl.), Dipl.-Psych.

Department of Prosthetic Dentistry

St. Bartholomew's and the Royal London School of Medicine and Dentistry

Turner Street

London E1 2AD, England

Anmerkungen

- 1 Übersetzung aus dem Englischen von Dr.med.dent Christiane Kay Krause, Am Wasserbogen 48, 82166 Gräfelfing.

Hypnose in der Behandlung von Bruxismus

J. Henry Clarke¹

■ *Bruxismus (Zähneknirschen und Zähnepres-sen) ist ein allgemein verbreitetes Problem, welches chronischen Schmerz, starke Zahndabrasionen und andere Folgeschäden verursachen kann. Therapien, die bei einigen Patienten recht effektiv sind, helfen vielen anderen nicht. Deshalb bedarf es verschiedener therapeutischer Methoden, wobei Hypnose eine der effektivsten Behandlungsformen in Hinblick auf längerfristige Besserung sein kann. In diesem Artikel wird die klinische Bedeutung des Bruxismus behandelt sowie dessen Prävalenz, Behandlungsmethoden und die Rolle der Hypnose. Die bislang einzige wissenschaftlich evaluierte hypnotische Vorgehensweise wird beschrieben.*

Suchbegriffe: Bruxismus, Hypnose

Bruxismus wird definiert als „parafunktionelle Aktivität des Kauorgans bei Tage oder nachts, verbunden mit Pressen, Anspannen, Knirschen und mahlenden Bewegungen der Zähne“ (McNeil, 1993). Die häufigsten und unangenehmsten Folgen des Bruxismus sind oft täglich wiederkehrende Kopfschmerzen, chronische Schmerzen und Empfindlichkeit der Kaumuskulatur, starke Zahndabrasionen und Kiefergelenkschäden und -schmerzen (Katzberg, Westesson, Tallents & Drake, 1996; Thompson, Blount & Krumholz, 1994).

Studien aus Europa (Agerberg & Carlsson, 1975; Wigdorowicz-Makowerowa, Grodzki & Maslanka, 1982), aus Kanada (Lavigne & Montplaisir, 1994) und aus den Vereinigten Staaten (Glass, McGlynn, Glaros, Melton & Romans, 1993) berichten von einer Bruxismusprävalenz von etwa 20%. Manche früheren Studien nannten unter Zugrundlegung anderer Methoden und Kriterien ein viel höheres Vorkommen. Nimmt man als Hauptkriterium, daß der Patient sich des Symptoms des Bruxismus bewußt ist und daß ein oder mehrere Symptome vorhanden sind, so sind 20% bis 26% eine eher konservative, aber vernünftige Schätzung (Solberg, Woo & Houston, 1979; Van Dongen, 1992). In der Altersgruppe der 25-35-Jährigen wird eine Prävalenz des Bruxismus von 38% bis 50% beschrieben. Andere Altersgruppen weisen niedrigere Prävalenzraten auf (Glass, et al., 1993).