

WEGE AUS DEM BEHANDLUNGSTRAUMA

DAS KONZEPT EINER TRAUMAFOKUSSIERTEN KINDERZAHNHEILKUNDE

VON DR. ELISABETH BUSAM

IM ALLTAG EINER Kinderzahnarztpraxis begegnen uns immer wieder Kinder, die die Behandlung verweigern bzw. so starke Angstsymptome zeigen, dass eine normale Behandlung aufgrund mangelnder Kooperation nicht möglich ist. In vielen Fällen zeigen sie Symptome wie bei einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Anhand eines Falles aus meiner Kinderzahnarztpraxis stelle ich hier das Konzept einer „traumafokussierten Kinderzahnheilkunde“ vor, die bei vielen Patienten in unserer Praxis wieder eine normale zahnärztliche Behandlung ermöglicht.

Ein beachtlicher Anteil von Kindern wird im zahnmedizinischen Alltag als „nicht kooperativ“ bezeichnet, da sie die Behandlung verweigern oder so starke Angstsymptome zeigen, dass in vielen Fällen eine Behandlung nicht möglich ist. Eine lange Behandlungsodyssee mit teilweise unbefriedigenden Behandlungsergebnissen und sich wiederholende Sanierungen in ambulanter Vollnarkose sind meist das Resultat. Ein Teil dieser Kinder weist unserer Erfahrung nach Symptome auf, die den Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM IV gleichen.

FRÜHE NEGATIVE ERLEBNISSE

Bei genauer Anamnese stoßen wir bei unseren Patienten häufig auf vorangegangene negative Behandlungserlebnisse beim Zahnarzt, beim Kinderarzt, in der Klinik beziehungsweise auf dramatische Geburtserlebnisse. Viele medizinische Eingriffe sind mit Schmerzen ver-



Foto: Elisabeth Busam

Nach Behandlungen, die die Bewältigungsmöglichkeiten eines Kindes überschritten haben, kann eine traumafokussierte Behandlung das Vertrauen zum Zahnarzt wiederherstellen.

bunden. Im medizinischen Alltag wird dies oft als normal oder unvermeidbar erachtet. Aufgrund hohen Zeitdrucks wird oft auf unterstützende Maßnahmen, Behutsamkeit und ausreichendes Schmerzmanagement verzichtet oder es ist aufgrund einer Notfallsituation nicht möglich.

Andreas Krüger und Luise Reddemann (2007, S. 25) schreiben hierzu: „Meist begegnen uns Kinder nach traumatischen frühen Erlebnissen erst im späteren Leben mit vielfältigen Symptomen dann, wenn ein zeitlicher Zusammenhang zu den Ereignissen in der frühen Kindheit nur noch schwer auszumachen ist.“ Außerdem findet sich bei ihnen der Hinweis: „Medizinisch notwendige Gewalt wird sehr häufig als Trauma erlebt und

entsprechend verarbeitet.“ (Krüger et al., 2007, S. 64). Levine et al. zählen zu den weitverbreiteten Ursachen für Traumata in der Kindheit nach Unfällen und Stürzen medizinische und operative Eingriffe, sowie Behandlungen beim Zahnarzt, Gewalthandlungen und Angriffe (vgl. Levine et al. 2004, S. 35).

Aufgrund der beschriebenen Beobachtungen stellten wir folgende Thesen auf:

These 1: Kinder können durch zahnärztliche und ärztliche Behandlungen oder Klinikaufenthalte traumatisiert werden, wenn diese die kindlichen Bewältigungsmöglichkeiten zum jeweiligen Zeitpunkt überschreiten. Sie können dabei Symptome wie bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM IV zeigen.

These 2: Eine Traumatisierung durch medizinische oder zahnmedizinische Eingriffe oder Klinikaufenthalte wird in

Der Text ist eine gekürzte und modifizierte Fassung des Artikels „Traumafokussierte Beratung, Psychoedukation und Behandlung in der kinderzahnärztlichen Praxis“ von Elisabeth Busam in: Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen, Jg. 15 (2017) Heft 2, S. 58-69. Wir danken dem Asanger Verlag für die Nachdruckrechte.

unserer Gesellschaft und in der medizinischen Fachliteratur kaum bewusst wahrgenommen oder thematisiert.

These 3: Durch eine traumafokussierte Beratung, Psychoedukation und Behandlung besteht die Möglichkeit, Kindern wieder die Teilnahme an einer normalen zahnärztlichen Behandlung zu ermöglichen.

FALLBEISPIEL

Anhand eines Patientenfalles aus unserer Praxis soll beschrieben werden, wie sog. „nichtkooperative“ Kinder in der Kinderzahnarztpraxis, die Symptome wie bei einer posttraumatischen Belastungsstörung zeigen und deren Anamnese negative medizinische oder zahnmedizinische Erfahrungen aufweisen, mithilfe eines traumafokussierten Behandlungskonzeptes wieder einer normalen zahnärztlichen Behandlung zugeführt werden können.

Das knapp sechsjährige Mädchen L. wurde durch ihre Hauszahnärztin wegen eines beginnenden Abszesses in unsere Praxis überwiesen. Nach Aussage der Mutter habe sie Schmerzen gehabt und sich auf normalem Wege nicht behandeln lassen. L. war mit ihrer Mutter, ihrem Vater und ihrem noch sehr kleinen Bruder gekommen. Beim Erstkontakt im Wartezimmer versteckte sie sich hinter ihrer Mutter und vermied jeglichen Augenkontakt.

Im Behandlungszimmer ging ich in deutlichen räumlichen Abstand zu L. und beachtete sie zunächst nicht weiter. Die Mutter von L. schilderte ihre Krankengeschichte. L. sei jetzt völlig panisch und nicht mehr bereit, überhaupt noch zum Zahnarzt zu gehen. Sie hätten aufgrund der dicken Backe und der Schmerzen jedoch keine andere Wahl gehabt. L. versteckte sich lange, dann spielte sie vorsichtig mit einer im Raum vorhandenen Affenpuppe, der sie auch die Zähne putzte. Ich erklärte der Mutter deutlich vernehmbar, dass wir eine andere Art von Praxis seien und wir nur etwas tun würden, wenn L. damit einverstanden wäre und dass ich L. sehr gut verstehen könne.

Da sich L.'s Körperhaltung langsam entspannte und sie sich nicht mehr

hinter der Mutter verstecken musste, nahm ich von weitem Kontakt mit ihr auf. Ich sagte zu ihr, dass es mir sehr leid täte, was sie erlebt habe. Wir seien eine andere Art von Zahnarzt, und wir würden nur tun, womit sie wirklich einverstanden wäre.

Ich fragte sie, ob sie es sich vielleicht vorstellen könne, dass ich ganz kurz einen Blick in ihren Mund werfe. L. zögerte lange, versuchte sich wieder zu verstecken. Sie ließ sich dann aber von der Mutter überzeugen. Dies ging nur von weitem mit geöffnetem Mund und aus mindestens 5 m Entfernung. Die Schwellung war von außen deutlich sichtbar. Aufgrund des mir übermittelten aktuellen Befundes der Vorbehandlerin verzichtete ich auf eine weitere Untersuchung.

BEHANDLUNGSTRAUMA

Bei unserer kleinen Patientin, die als Frühchen lange Krankenhausaufenthalte und im Alter von 5 Jahren eine sehr belastende Zahnbehandlung bzw. Narkoseeinleitung erlebt hatte, bestätigte sich, dass Kinder nach medizinischen bzw. zahnmedizinischen Eingriffen Symptome wie bei einer PTBS entwickeln können. L. kam 2003 am Ende der 24. Schwangerschaftswoche zur Welt. Ihre Mutter berichtete über einen langen Aufenthalt im Brutkasten und massive Sauerstoffabfälle in der Anfangszeit. Sie habe sie erst nach zwei Wochen auf die Brust nehmen können. Bisher habe sie vor jedem Arzt Angst gehabt.

Trotz Entwicklungsverzögerung zeigte L. aufgrund intensiver Betreuung und Frühförderung (Heileurythmie und Reittherapie) eine erstaunlich gute Entwicklung. Sie lebt in einer sehr zugewandten, herzlichen Familie. Neben weiteren Krankenhausaufenthalten mit 3 und 8 Monaten erlebte L. mit 5 Jahren eine belastende Notfallzahnbehandlung. Kurz darauf erfolgt eine Zahnsanierung unter ambulanter Vollnarkose mit für sie sehr belastender Narkoseeinleitung. Eine erneute Notfallbehandlung in der gleichen Praxis aufgrund eines Abszesses 6 Monate später brach die Mutter aufgrund der dramatischen Zuspitzung ab und bat ihre Hauszahnärztin um eine Überweisung.



AUTORIN



Foto: privat

DR. ELISABETH BUSAM

ist Kinderzahnärztin, Ärztin und Fachberaterin Psychotraumatologie mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche (CAS SHB) in Singen; Zusatzbezeichnung: Hypnosystemische Konzepte bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen (MEG).

Sie hat das Konzept einer traumafokussierten Kinderzahnheilkunde entwickelt und wendet dieses seit mehreren Jahren in ihrer auf Kinder spezialisierten Praxis an.

www.zahnknirpse.de

www.kinderzahnarzt-singen.de

Kontakt: Dr.Busam@web.de



LITERATUR

Anand, K.J.S. & Scalzo, F. M. (2000). **Can adverse neonatal experiences alter brain development and subsequent behavior?** *Biology of the Neonate, Foetal and Neonatal Research*, 77, 2, 69-82.

Bracha, H.S., Vega, E. M. & Vega, C. B. (2006). **Posttraumatic dental-care anxiety (PTDA): Is „dental phobia“ a misnomer?** *Hawaii dental journal*, 37, 5, 17-19.

Doering, S., Ohlmeier, M.-Ch., De Jongh, Ad, Hofmann, A. & Bisping, V. (2013). **Efficacy of a trauma-focused treatment approach for dental phobia: a randomized clinical trial.** *Sciences*, 121, 584-593.

Krüger, A. & Reddemann, L. (2007). **Psychodynamisch imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche** (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta

Levine, P. A. & Kline, M. (2004). **Verwundete Kinderseelen heilen.** Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können (8. Aufl. 2014). München: Kösel.

(weitere Literatur auf Anfrage bei der Autorin)

Bei der zahnärztlichen Erstbehandlung habe L. die Behandlung zuerst verweigert, habe geweint, wollte sich nicht behandeln lassen, habe sich gewehrt. Die Zahnärztin sei unfreundlich gewesen und habe gedroht. L. habe weiter geweint, resigniert und sich weinend ergeben (Kämpfen versus Aufgabe bzw. Dissoziation). Bei der Zweitbehandlung (Narkoseeinleitung) in der gleichen Praxis habe L. keine Prämedikation bekommen, sei ihr, der Mutter, „weggenommen“ worden, die Mutter habe nicht

mitgedurft, L. habe eine Spritze in den Arm bekommen und eine Maskeneinleitung. Sie habe sich gewehrt, geschrien, sei festgehalten worden und nach der Narkose sehr unruhig aufgewacht.

Nach Schilderung der Mutter sei L. in der Woche nach der Narkose immer wieder nachts aufgewacht, habe Einzelheiten der Narkoseeinleitung erzählt. L. habe die Situation nachgespielt, habe sich eine Schüssel (Maske) aufs Gesicht gedrückt und gesagt, sie bekä-



Traumafokussierte Interventionen

Das Ziel im oben geschilderten Fall war eine Stabilisierung von L. beim Zahnarztbesuch, ein Verlust der Angst vor Zahnbehandlungen und das Wiedererlangen der Fähigkeit, sich einer normalen Zahnbehandlung zu unterziehen. Dazu wurden in Abhängigkeit von der jeweiligen Situation und Symptomatik folgende Interventionen eingesetzt.

1. **Stabilisierung** (Panik bezüglich des Zahnarztes und des Zahnarztbesuches)
 - » Respektvoller Umgang mit L., Würdigung des Geschehenen
 - » Safe place-Übung
 - » Ressourceninterviews
 - » Beziehungsaufbau (Rituale bei der Behandlung)
2. **Psychoedukation** (massive Angst vor Untersuchung und Behandlung)
 - » „Du bist hier in einer ganz anderen Praxis, in der wir es ganz anders machen.“
 - » „Du hast wie einen kleinen Feuermelder im Kopf, der ganz stark Alarm schlägt, weil er durch das Erlebte falsch eingestellt ist, auch wenn etwas ganz harmloses gemacht wird.“
3. **Lokalisieren der Angst als Körperempfindung**
 - » „Wo spürst Du die Angst im Körper?“ „Wie fühlt sie sich an?“ „Welche Form, welche Oberfläche hat sie?“ „Gibt es die Möglichkeit, sie zu verändern?“

4. **Heranführung an eine zahnärztliche Behandlung** (erst möglich nach ausreichender Stabilisierung im „window of tolerance“)

- » Vorsichtiges Erfragen oder Wahrnehmen der Trigger (wovor hat L. am meisten Angst, z.B.: Sauger, Bohrer, Spritze,...?)
- » Neueinführen der zahnärztlichen Instrumente und Geräte mit kindgerechten Bezeichnungen, bzw. Modifikation bis diese toleriert werden können („Schlurfi, Zahnputzer, Puppenspiegel, ...“)
- » Hypnotherapeutische Sprache (nur positives Formulieren, Vermeiden von verneinten Aussagen wie z.B.: „Du musst keine Angst haben“)
- » Reframing von unangenehmen Triggern

5. **Übergabe der Kontrolle an L.** (Angst vor einer Behandlung gegen ihren Willen – Angst vor Kontrollverlust)

- » Es wird mit L. ein Handzeichen ausgemacht, bei dem wir sämtliche Tätigkeiten sofort einstellen. Dies wird mehrfach geübt.
- » „Ich mache nur das, was Du mir erlaubst.“

6. **Positive Verstärkung nach Teilerfolgen** (Verlust des Selbstvertrauens bzgl. der Behandlung, Versagensgefühle)

- » „Kannst Du mir sagen, wie Du das so toll geschafft hast?“

me keine Luft, habe den Kopf hin- und hergeworfen, sie habe unter vermehrter Schreckhaftigkeit, auch nachts, gelitten. Sie habe vor dem nächsten Zahnarzttermin tagelang leise geweint und Bauchschmerzen bekommen. In der Folge entwickelte L. ein extremes Vermeidungsverhalten vor zahnärztlicher und ärztlicher Behandlung (segmentierter Verlust des Urvertrauens) und klammerte sich stark an die Mutter.

Als erste unvermeidbare zahnärztliche Intervention erfolgte aufgrund der akuten Notfallsituation (akuter Abszess) nach erster Stabilisierung zeitnah die Behandlung durch ein Antibiotikum und eine Zahnextraktion unter ambulanter Vollnarkose mit sehr behutsamer, die Vorgeschichte berücksichtigender Narkoseeinleitung

Nach den danach erfolgten traumafokussierten Interventionen (siehe Kasten links), die über einen Zeitraum von 6 Monaten 1 bis 2 Mal im Monat à 30-60 Minuten stattfanden, kommt L. heute entspannt zum Zahnarzt und lässt sich ohne Probleme behandeln.

FAZIT

Für ein Kind in der Zahnarztpraxis, das sich deutlich unkooperativ zeigt und das Symptome wie bei einer PTBS zeigt, ist unserer Meinung nach ein solch traumafokussierter Ansatz notwendig, um langfristig Retraumatisierungen, Sedierungen und sich wiederholende Vollnarkosen zu vermeiden, bzw. um dem Kind eine normale Behandlung wieder zu ermöglichen.

Bei stark traumatisierten Kindern, komplex traumatisierten Kindern und Kindern mit einem Bindungstrauma wäre die Kooperation mit einem traumatherapeutisch geschulten Kinderpsychotherapeuten unbedingt erforderlich bzw. Voraussetzung. Weiterhin wären Untersuchungen hilfreich, welche traumatherapeutischen Methoden wie PITT (Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie), bifokale Techniken wie EMI (Eye Movement Integration), EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) bzw. körperorientierte Methoden wie SE (Somatic Experiencing®) von erfahrenen Traumatherapeuten zusätzlich in Zusammenarbeit mit Kinderzahnärzten zu einer Verbesserung der Behandlungssituation führen könnten.