

# **Psychotrauma - Zahntrauma**

## **Existenzanalytische Beobachtungen von Kindern nach akutem Zahntrauma**

Abschlussarbeit für die Ausbildung in Logotherapie und  
existenzanalytischer Beratung und Begleitung

Oktober 2016

**Eingereicht von:**

Gerlinde Ebeleseder  
Wielandgasse 32  
8010 Graz

**Eingereicht bei:**

(1) Msc David Nowrouzi

Neutorgasse 50

8010 Graz

(2) Dr. Martin Hötzer

Edling 13

9800 Edling

**angenommen am**

**von**

## **Zusammenfassung:**

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, erstmalig die Fachgebiete Logotherapie-Existenzanalyse und Zahntrauma zusammen zu führen, und das Individuum als gleichzeitig physisch und psychisch traumatisiert zu beschreiben. Zunächst sollen die Begriffe „Psychotrauma“ und „Zahntrauma“ erklärt werden. Durch persönliche phänomenologische Beobachtungen und Erkenntnisse im Austausch mit dem Zahnarzt soll des Weiteren die psychische Verfassung des Kindes anhand der von Alfried Längle entwickelten Grundmotivationen (GM) beleuchtet werden. Besonderes Augenmerk soll hierbei auf den Schutzmechanismen (Copingreaktionen) in der jeweiligen Grundmotivation liegen. Die phänomenologische Betrachtung soll es dem Behandler ermöglichen, Defizite bzw. deren Copings in einer der Grundmotivationen zu erkennen, und umgehend darauf einzugehen. Am Schluss bieten Fragen zur Selbstreflexion dem Behandler die Möglichkeit, seine eigene Reaktionsweise besser zu verstehen, eigene Ressourcen wahrzunehmen, und dadurch eventuell auch seine Behandlung zu ändern.

## **Abstract:**

Aim of this paper is to merge the areas logotherapy - existential analysis and dental trauma and to describe an individual as physically and psychologically traumatized. First, the items „psychotrauma“ and „dental trauma“ are to be explained. Then, by personal phenomenological observations and findings in cooperation with the dentist, the mental state of the child will be lit based on the basic motivations of Alfried Längle. Special attention will be paid to the protection mechanisms (coping mechanisms) within the according basic motivation. Phenomenological considerations should allow the dental practitioner to recognize deficits or copings in one of the basic motivations, and respond to them promptly. Finally, self reflective questions allow the practitioner to understand his/her own reactions, to perceive his/her own resources and to possibly modify his/her treatment.

## **Inhalt:**

### **1. Einleitung:**

**Persönliche Motivation zu dieser Arbeit.**

**Was ist ein psychisches Trauma (Psychotrauma)?**

**Ein Psychotrauma aus existenzanalytischer Sicht.**

**Was ist ein Zahntrauma?**

**Definition von Existenzanalyse und Logotherapie.**

### **2. Hauptteil:**

**1.) Die 4 Grundmotivationen im Strukturmodell der Existenzanalyse.**

**2.) Mögliche Schutzreaktionen (Copingreaktionen) des verunfallten Kindes und Reaktionsmöglichkeiten des Zahnarztes auf dieses Verhalten.**

Copings in der 1. Grundmotivation:

1.a.) Grundbewegung: Flucht und Vermeidungsverhalten.

1.b.) paradoxe Bewegung: Aktivismus : Ankämpfen und Auflehnung

1.c.) Aggression: zerstörerischer, destruktiver Hass, Vernichtung

1.d.) Totstellreflex: Lähmung

Copings in der 2. Grundmotivation:

2.a.) Grundbewegung: Rückzug

2.b.) paradoxe Bewegung: Aktivismus : leisten, entwerten, regroupieren

2.c.) Aggression: (rote) Wut

2.d.) Totstellreflex: Resignation, abschalten durch Erschöpfung

Copings in der 3. Grundmotivation:

3.a.) Grundbewegung: Distanz einnehmen, sich rechtfertigen, Selbstverlust

3.b.) paradoxe Bewegung: Aktivismus : Theater machen, Flucht nach Vorne

3.c.) Aggression: unduldsam, aufbrausend, Trotz, Zorn

3.d.) Totstellreflex: Spaltung und Dissotiation

Copings in der 4. Grundmotivation:

4.a.) Grundbewegung: Willkür

4.b.) paradoxe Bewegung: Aktivismus : Orientierungslosigkeit,

provisorische Lebenshaltung

4.c.) Aggression: Idealisierung

4.d.) Totstellreflex: Fanatismus, Nihilismus, Zynismus

**3. Schlusswort:**

## **1. Einleitung:**

### **Persönliche Motivation zu dieser Arbeit.**

Im Jahr 1997 fragte mich mein Ehemann, ob ich ihn bei der Organisation einer Tagung unterstützen würde. Mein Mann ist Zahnarzt, und er habilitierte sich im folgenden Jahr zum Thema Frontzahntrauma. Er beschäftigt sich seit 1991 mit diesem Thema an der konservierenden Abteilung der Zahnklinik Graz.

Seit 1997 organisieren wir nun jedes 2. Jahr die „Fachtagung für Zahntrauma“, um niedergelassenen Zahnärzten die Möglichkeit zu bieten, sich in diesem Spezialthema der Zahnheilkunde fortzubilden.

Im Jahr 2006 informierte ich mich über das Tätigkeitsfeld des Institutes für Logotherapie und Existenzanalyse und begann eine Weiterbildung. Es bestand die Möglichkeit, ein Curriculum zur Persönlichkeitsentwicklung zu absolvieren. Ergänzend dazu begann ich im Jahr 2007 mit dem Psychotherapeutischen Propädeutikum welches ich 2013 abschloss. Im Jahr 2008 schloss ich den theoretischen Teil zur existenzanalytischen Beratung- und Begleitung ab.

In den Jahren der Ausbildung verfolgte ich viele Gespräche von Zahntraumatologen mit, was zur Folge hatte, dass mein Interesse immer mehr auf die Kinder gelenkt wurde, die Zahnunfälle erleiden. Mir fiel auf, dass die Spezialisten auf dem Gebiet der Zahntraumatologie über ein enormes Behandlungswissen verfügen. Für mich aber rückte der Mensch, das Kind das auf dem Behandlerstuhl sitzt, immer mehr in den Mittelpunkt, (und meine Aufmerksamkeit in diese Richtung wurde immer größer.)

Ich hatte die Möglichkeit, mit meinem Mann und den nunmehr befreundeten Zahntraumatologen Gespräche zu führen und ihnen meine existenzanalytische Sichtweise darzulegen. Meine Ausführungen stießen auf großes Interesse, und im Jahr 2008 stellte mein Mann unter meiner Mithilfe einen Vortrag zum Thema unter Berücksichtigung der von Alfred Längle entwickelten vier Grundmotivationen zusammen.

Ich möchte in dieser Arbeit anhand der Beobachtungen von zahntraumatisierten Kindern, welche an der Universitätsklinik Graz versorgt werden, die Schutzreaktionen (Copingreaktionen) betrachten, welche als situative Mechanismen auftreten und der

momentanen Entlastung dienen. Copingreaktionen sind keine Problemlösungsstrategien, sondern haben einzig den Zweck, die Situation zu überstehen. Sie kommen nicht aus der Freiheit der Person, sondern aus der Psychodynamik. Es sind automatisch ablaufende Verhaltensreaktionen, die der unmittelbaren Bewältigung der Situation dienen (1). Ich möchte Reaktionsmöglichkeiten des Behandlers auf diese Schutzreaktionen des Kindes aufzeigen. Die exemplarisch angeführten Fragen sollen dem Zahnarzt helfen, sowohl beim Patienten als auch gegebenenfalls bei sich selbst, entsprechende Defizite in den Grundmotivationen zu ergründen.

### **Was ist ein psychisches Trauma (Psychotrauma)?**

Das Wort Trauma kommt aus dem Griechischen und bedeutet allgemein Verletzung, ohne dabei eine Festlegung zu treffen, wodurch diese hervorgerufen wurde. In der Medizin wird mit dem Begriff Trauma eine Verwundung bezeichnet, welche durch einen Unfall oder eine Gewalteinwirkung hervorgerufen wurde.

Im täglichen Sprachgebrauch werden manchmal negative Erfahrungen und Erlebnisse als „Trauma“ bezeichnet, ob sie nun eine seelische Verletzung bewirken oder nicht. In der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie werden nur jene Ereignisse als Trauma bezeichnet, die psychische Störungen auslösen können. Unter einem **Psychotrauma** versteht man das Ereignis einer seelischen Verletzung, aber auch dessen akute Folgesymptome und ein dadurch hervorgerufener chronischer Leidenszustand (2).

**Traumatisierende Ereignisse** sind beispielsweise Krieg, Naturkatastrophen, Folter, Vergewaltigung, medizinische Eingriffe, Unfälle oder deren Beobachtung, Beobachtung eines gewaltsamen Todes, Verlust eines Kindes oder einer anderen geliebten nahe stehenden Person.

Aus der Hirnforschung weiß man, dass bei akutem Stress Stresshormone wie Adrenalin und Noradrenalin frei gesetzt werden. Dies führt zum Anstieg des Blutdrucks, des Pulses, die Durchblutung der Muskeln und Gehirn wird intensiviert, die Verdauung und das Immunsystem werden gehemmt. Aus der Sicht der Evolution heißt das: wir möchten fliehen, kämpfen, uns in Sicherheit bringen (3). Ist dies nicht möglich, fühlen wir uns ohnmächtig (ohne Macht) und hilflos, haben Todesangst, sind in Panik, fühlen uns leer, wie abgetötet. (4).

Aber auch weniger dramatisch erscheinende Ereignisse, in denen eine Person in einen Zustand bedrohlicher Hilflosigkeit gerät, in der eigene Bewältigungsstrategien nicht mehr umsetzbar sind, wie z.B. lang andauernde Manipulation, Gewalterfahrungen, Mobbing oder emotionaler Missbrauch, können traumatisierend sein. Ob solche Ereignisse traumatisierend auch wirken, hängt jedoch sehr stark vom inneren Erleben (der subjektiven Wahrnehmung) der Person ab. Die entscheidenden protektiven Faktoren, die vor der Ausbreitung übermäßiger unspezifischer neuronaler Erregung schützen, sind Sicherheit bietende Beziehungen (5).

Psychotraumen übersteigen die Verarbeitungsfähigkeit der Betroffenen, weil sie sich außerhalb ihrer üblichen menschlichen Erfahrungen befinden. Der Mensch begegnet einer Gewalt, einer Zerstörung, die ihn gänzlich hilflos macht, und ihn mit Schrecken und Entsetzen erfüllt. Solche Erfahrungen können sich in der Folge zu einer posttraumatischen Belastungsstörung entwickeln.

Eine **akute Belastungsreaktion** als Folge einer mangelnden Verarbeitungsmöglichkeit eines psychischen Traumas stellt zunächst keine psychische Erkrankung dar. Diese Reaktion kann Stunden bis Tage, in seltenen Fällen Wochen dauern. Halten die Symptome länger als 4 Wochen an, spricht man von einer **posttraumatischen Belastungsstörung** (6).

Anzeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung sind u.a. (1) das wiederholte „Wiedererleben“ des traumatischen Ereignisses, (2) ein geändertes Verhalten (Vermeidungsverhalten) sowie (3) eine generell erhöhte Erregbarkeit.

1 zum Wiedererleben gehören sogenannte „Flashbacks“, bei denen das traumatisierende Ereignis wie in einem Film noch einmal durchlebt wird. Flashbacks können auch in Träumen auftreten. Auslöser können jene Dinge sein, die den Betroffenen mit dem Trauma in Verbindung bringen, wie etwa Geräusche und vor allem Gerüche.

2 Bewusst und unbewusst vermeidet die Person Situationen, Gespräche und sogar Gefühle, die an das Trauma erinnern.

3 Die erhöhte Erregbarkeit besteht in erhöhter Ängstlichkeit, Beklemmung und Schreckhaftigkeit, zusammen mit körperlichen Symptomen wie Atemnot, Zittern, Gereiztheit, oder Schwindel.

Es ist möglich, dass bei der Mehrzahl der Betroffenen die Symptome von alleine wieder abklingen können, wobei manche dieser Menschen ihr Verhalten ändern. Die Überwindung eines Traumas kann Menschen „wachsen lassen“. Richard G. Tedeschi und Lawrence G. Calhoun haben diese Veränderung als **posttraumatisches Wachstum** bezeichnet (7).

Der Psychologe Richard G. Tedeschi, der als Professor an der University of North Carolina lehrt, hat zusammen mit seinem Team fünf Bereiche der posttraumatischen Wachstums herausgearbeitet

1. Intensivierung der Wertschätzung des Lebens: Der durch das traumatische Erlebnis ausgelöste Reifungsprozess führt zu einer Veränderung der Prioritäten. Die Bedeutung der kleinen, alltäglichen Dinge nimmt zu. Materielle Dinge verlieren an Wert, persönliche Beziehungen gewinnen an Wert.
2. Intensivierung der persönlichen Beziehungen: Das traumatische Ereignis hat einen Teil der alten Beziehungen zerstört. Die überlebenden Beziehungen („in der Not erkennt man die wahren Freunde“) werden intensiviert. Gleichzeitig nimmt die Fähigkeit zur Empathie zu. Traumabetroffene Personen empfinden ein erhöhtes Mitgefühl mit anderen, vor allem mit notleidenden Menschen.
3. Bewusstwerdung der eigenen Stärken: Gerade durch das Bewusstwerden der eigenen Verletzlichkeit wächst auch das Gefühl der inneren Stärke. Man weiß nun, dass zwar die Sicherheit im Leben jederzeit angreifbar ist, aber auch, dass man die Folgen schlimmer Ereignisse meistern kann.
4. Entdeckung von neuen Möglichkeiten im Leben: Nachdem alte Ziele zerbrochen bzw. entwertet wurden, sucht man nun nach neuen Zielen und Aufgaben. Dies kann mit einem Berufswechsel oder mit intensivem sozialem Engagement verbunden sein.
5. Intensivierung des spirituellen Bewusstseins: Das durch das traumatische Ereignis herbeigeführte Grenzerlebnis wirft existenzielle Fragen auf. Die daraus resultierenden Reflexionen über den Lebenssinn und / oder über Gott können zu einer größeren spirituellen Erkenntnis und zu größerer inneren Zufriedenheit führen.



Aus einem Verlust kann also ein Gewinn entstehen, z.B. an Reife und Wissen. Tedeschi geht davon aus, dass bis zu 90 Prozent von Trauma-Überlebenden mindestens einen Aspekt des posttraumatischen Wachstums erfahren (8).

In der **Psychotherapie eines Psychotraumas** gilt es zuerst, für äußere Sicherheit zu sorgen. (Für den behandelnden Zahnarzt stellt sich diese Situation als eine Krisenintervention dar.) In einer Stabilisierungsphase wird Zeit darauf verwandt, es der traumatisierten Person seelisch und körperlich wieder besser gehen zu lassen. Im späteren Verlauf werden Ressourcen wiederentdeckt. Erst dann kann das Trauma bearbeitet werden. Der traumatisierte Mensch kann sich selbst beruhigen, und es ist therapeutisch nicht mehr notwendig, das Trauma erneut intensiv durchzugehen. Zuletzt wird das Trauma in die Lebensgeschichte integriert, der Blick auf Gegenwart und Zukunft gerichtet (9).

Traumatisierungen werden in der Kindheit und im höheren Alter weniger leicht verkräftet als im mittleren Alter, da einem Kind, je jünger es ist weniger Ressourcen zum Selbstschutz zur Verfügung stehen (10). Es gibt neurophysiologische und psychologische Erkenntnisse, nach denen traumatische Erinnerungen im Gehirn auf besondere Weise gespeichert werden. Aus diesem Grund können sie nicht einfach "wieder gut gemacht werden" durch positive Erfahrungen zu einem späteren Zeitpunkt. Kinder werden zudem nicht selten wiederkehrend traumatisiert, was für sich gesehen eine Belastungsstörung wahrscheinlicher macht.

Ein von außen (Unfall, Naturkatastrophe) verursachtes Trauma kann meist besser verarbeitet werden als ein durch Menschen verursachtes. Hierbei gilt: je enger die Beziehung zum Verursacher des Traumas ist, desto schwerer sind die Folgen (11).

Wesentlich ist, ob Betroffene in ihrem Leben bereits das Gefühl von Vertrauen, Sicherheit und sozialer Unterstützung erlebt haben. Vor allem bei Kindern ist es wichtig, dass in einer seelisch belastenden Situation zumindest eine Bezugsperson einen Schutzfaktor darstellt.

Bei Kindern gestaltet sich die Traumaarbeit schwieriger. Deutlicher als beim Erwachsenen muss dafür gesorgt werden, dass sich das Kind alsbaldig sicher fühlen kann. In einer sicheren Atmosphäre kann es weinen oder wütend sein und kann darin unterstützt werden, seine eigenen Gefühlszustände wahrzunehmen. Ein Kind kann sich nicht in dem Ausmaß

wie ein Erwachsener selbst beruhigen, da mangels Lebenserfahrung der Blick auf sich bietende Möglichkeiten nicht in dem Ausmaß gegeben ist, um das Trauma integrieren zu können (12).

Peter Levine wies darauf hin, dass für Kinder Erfahrungen (wie Unfälle, Stürze) traumatisierend sein können, obwohl Erwachsene die Situation nicht als traumatisch einschätzen. Es kommt immer darauf an, wie stabil die Psyche des Kindes in dieser Situation und insgesamt ist. Er fand heraus, dass Menschen mit entsprechender Anleitung in der Lage sind, die Nachwirkungen potenziell überwältigender Ereignisse sozusagen „abzuschütteln“ und zu ihrem normalen Alltag zurückzukehren. Wenn jedoch dieser Vorfall ungelöst bleibt, häufen sich die schwächenden Symptome der Traumatisierung mit der Zeit an, und das überwältigende Ereignis wird vergessen, bevor die Symptome an die Oberfläche getreten sind. Diese Situation äußert sich bei einem Kind häufig so, dass seine Kraft und sein Wohlbefinden langsam, aber stetig untergraben werden. Die Rolle der Erwachsenen bei der Unterstützung von Kindern gleicht in vielerlei Hinsicht der Funktion eines Pflasters. Dieses heilt die Wunde nicht, aber es schützt sie und unterstützt den Körper dabei, dass Seine zu tun (13).

Zahnmedizinische und medizinische Eingriffe können nun besonders bei Kindern ein Gefühl des Ausgeliefertseins verursachen, d.h. sich traumatisierend auswirken. Das Kind hat ja nicht wirklich die Möglichkeit,

- 1.) vor der Behandlung zu fliehen (Flucht ist dann sinnvoll, wenn eine realistische Chance besteht, dem Gegner zu entkommen),
- 2.) gegen die Behandlung oder den Behandler anzukämpfen (Kampf ist dann sinnvoll, wenn eine realistische Chance besteht den Gegner zu überwältigen) und es ist
- 3.) einer Bewegungsunfähigkeit während der Behandlung ausgesetzt. (z.B. die Stabilisierung des Kopfes bei der Verabreichung einer Injektion) (14).

Unter diesen Umständen stellt es eine Herausforderung dar, ein Gleichgewicht zwischen Ressourcen bzw. Bewältigungsmöglichkeiten und der erlebten Traumatisierung herzustellen. Das Leid sollte gewürdigt werden, aber der Betroffene nicht darin stecken bleiben (15).

## **Ein Psychotrauma aus existenzanalytischer Sicht.**

Das Thema „Traumatisierung“ hat eine besonders große existenzielle Relevanz. In der Existenzanalyse wird das Spezifische der schweren Traumatisierung im Erleben des „Entsetzens“ gesehen. Es wird die Abgründigkeit des Seins erfahren, und es kommt zu einer existenziellen Entwurzelung der Person. Auf der strukturellen Ebene sind durch ein schweres Trauma alle vier Grunddimensionen erfüllter Existenz (= die vier Grundmotivationen) betroffen, und somit ist die Entstehung einer posttraumatischen Belastungsstörung möglich. Auf die Grundmotivationen bezogen kann es zu einem Weltverlust (1.GM), zu einer Beziehungsverarmung (2.GM) einem Selbstverlust (3.GM) und einem Zukunftsverlust (4.GM) kommen. Die typischen Copingreaktionen der Grundmotivationen begleiten das Erleben der Person (16).

„Unfassbar“, „undenkbar“, „unwirklich“, „unerträglich“ und die Frage: „wie kann ich das überleben und aushalten?“ Das können Worte sein, die Menschen gebrauchen, wenn sie ein traumatisches Ereignis er-bzw. miterleben mussten.

Extrem erlebte Gefahr, also toxischer, die Verarbeitungsfunktionen überwältigender Stress mobilisiert in Millisekunden über den rechten Mandelkern im limbischen System die Ausschüttung von Adrenalin, hinlänglich als Kampf und Fluchtreaktion bekannt. Gelingt diese nicht, also kann ich nicht Anknüpfen und flüchten, beschließt das Gehirn als sozusagen letzten Ausweg den Totstellreflex. Es werden dann quasi „Opiate im Eigenbau“ erzeugt, die die Person vor den unerträglichen Erfahrungen abschirmen sollen. Die unaushaltbaren, unerträglichen Erfahrungen werden so vom Erleben dissoziiert, fragmentarisch eingefroren, somit entschärft, allerdings auch abgekapselt. Auf diese Weise können so entsetzliche Erfahrungen zwar überlebt, vorerst aber nicht integriert und verarbeitet werden. Das heißt, sie können nicht als zusammenhängendes Ereignis wahrgenommen, also synthetisiert werden. Sie können auch nicht als zu sich gehörig erlebt, also personalisiert werden und es wird gefühlsmäßig nicht realisiert, dass man das wirklich erlebt hat (17).

Ein Trauma erschüttert den Menschen vorübergehend oder anhaltend bis in die Grundfesten seines Seins. Das Leben ist dann aus dem Gefüge geraten. Diese Erfahrung aber auch vieles, was auch nur im Entferntesten mit ihr zu tun hat, kann (existenzanalytisch gesprochen) eben nicht ausgehalten und angenommen werden. Das Vertrauen ins Dasein ist zutiefst erschüttert. Auch die Fähigkeit zum fühlenden

Mitschwingen, zum sich Zuwenden (zu sich, zu anderen, zur Welt) ist eingeeignet. Die Verbindung zu den Werten ist wie gerissen (18).

Die Betroffenen erleben sich immer wieder leblos, wie abgeschnitten von der Welt, aber auch von ihrem Inneren, und dann wieder überflutet von Angst, Schmerz und schwächenden Selbstwahrnehmungen. Auf der einen Seite sind also alle Gefühle zu viel, auf der anderen Seite ist nichts mehr fühlbar. Wir finden da einen zumindest leidlich funktionierenden, emotional sehr verarmten, meist im Vermeidungsmodus lebenden Menschen. Er ist mehr oder weniger geschützt vor diesen fürchterlichen Erfahrungen und Erinnerungen, jedoch ist er in seinem Existieren und auch in seinem Handeln sehr beeinträchtigt. Das Lebensgefühl, die Beziehung zu sich und zur Welt, aber auch die Kraft ist reduziert. Auf der einen Seite gibt es also diese funktionierende „Alltagsperson“, auf der anderen Seite, mehr oder weniger stark dissoziiert davon, gibt es dann die „Filme“: die Bilder, die Gerüche, die Gedanken, Gefühle und Überzeugungen der Person (19).

### **Was ist ein Zahntrauma?**

Ein „Zahntrauma“ ist definiert als mechanische Einwirkung auf einen Zahn, aus der eine Verletzung von Zahn- und/oder Zahnbett resultiert. Dies kann eine simple Prellung sein, eine Fraktur, eine Verschiebung (Dislokation) bis hin zum Verlust des ganzen Zahnes.

Prof. Horst Kirschner (Gießen) (20) und Dr Jens Ove Andreasen (Kopenhagen) (21) haben sich seit den 1960er Jahren mit der Heilung von Zahntraumen beschäftigt, und u.a. festgestellt, dass man einen ausgeschlagenen Zahn wieder einsetzen kann.

Ca. 30% der Männer und 15% der Frauen erleiden im Laufe ihres Lebens ein Zahntrauma im bleibenden Gebiss, d.h. 20 - 25% der Bevölkerung sind betroffen. 50% dieser Unfälle ereignen sich im Kindes- und Jugendalter. Hinzu kommen Milchzahnverletzungen bei 40% aller Kinder. Ca. 60% sind sichtbare Verletzungen der Zahnkrone, (Zahnabbruch) der Rest sind nicht oder nur indirekt sichtbare Verletzungen der Zahnwurzel, des Zahnhalteapparates und des Zahnbettes (20).

Die Verletzungen kommen auf zwei Arten zustande: entweder die Person bewegt sich auf ein Objekt zu, oder sie wird von einem Objekt getroffen. Kinder verunfallen meist in der Freizeit und beim Schulsport (22).

Weltweit beschäftigen sich ca. 350 Zahnärzte hauptamtlich mit diesem Thema. Mein Mann Dr. Kurt Ebeleseder hat bis heute ca. 6000 verunfallte PatientInnen behandelt.

Zahntraumatologie ist ein Randthema der Zahnheilkunde, da den Patienten meist empfohlen wird, den verletzten Zahn zu überkronen oder zu entfernen und mittels Brücke oder Implantat ersetzen zu lassen. Eine (mehr) zahnerhaltende Behandlung verlangt spezielles Wissen bzw. Weiterbildung, erbringt aber weniger Umsatz und wird daher in der Praxis seltener angeboten (23).

#### Die Aufgaben des Mundes:

Der Mund spielt bereits in der frühen Entwicklungsphase des Menschen eine Rolle. Diese wird als „orale (lat. os, oris = Mund) Entwicklungsphase“ bezeichnet, da durch die Mundregion erste zwischenmenschliche Beziehungen hergestellt werden wie z.B. durch das Stillen des Säuglings (24).

Weiters ist der Mundbereich von einer Vielzahl von Nerven durchzogen, die ihn überaus sensibel machen. Das Nervennetz von Lippen, Mundschleimhaut, Kaumuskulatur, Zunge und Rachen macht diese Körperregion extrem empfindsam sowohl im positiven Sinne (z.B. zärtliche Berührung) als auch im negativen (z.B. Verletzung) (25).

Nicht zuletzt gehören neben dem Saugen, Schmecken, Abbeißen und Kauen auch Sprache und Mimik (Kommunikation positiver und negativer Emotionen) zu den unverzichtbaren Aufgaben der Mundregion.

#### **Definition von Existenzanalyse (EA) und Logotherapie (LT).**

Diese beiden vom Psychiater Viktor E. Frankl geprägten Begriffe wurden erstmals 1938 publiziert (26) und bezeichnen die von ihm begründete Psychotherapiemethode.

Ursprünglich bezeichnete Frankl die **Existenzanalyse** als den theoretischen Hintergrund und die **Logotherapie** (griechisch „logos“ = Sinn) als die praktische Anwendung der Theorie. In den 60iger Jahren verwendete er ausschließlich den Begriff *Logotherapie*.

Mit dieser wollte er eine Ergänzung zu den damaligen Psychotherapieformen schaffen. Anders als Freud bzw. Adler, die das den Menschen bewegende (psychische) Prinzip im Ausgleich von Lust und Unlust bzw. im Streben nach Macht sahen, hielt Frankl die Suche

nach Sinn(vollem) für die eigentlich menschliche Triebkraft. Er stellte die psychophysische Triebdynamik zwar nicht in Frage, da diese ja der Erhaltung menschlichen Lebens dient, wollte aber den Menschen nicht allein auf diese Dynamik reduzieren. Die Rolle der geistigen Dimension war seiner Meinung nach in den Theorien von Freud und Adler nicht berücksichtigt worden. Frankl trieb die Frage um, was das eigentlichen Wesen des Menschen, was speziell den Menschen ausmacht, und wie er sich als eigenständige Person in der Welt verwirklichen kann. Um die Entwicklung von psychischen Störungen nicht lediglich zu erklären, sondern diese auch zu bewältigen, vertrat er eine „philosophische“, am geistigen Vermögen des Menschen orientierte Betrachtungsweise und wollte mit dieser ein „geistiges Rüstzeug“ zur Bewältigung von seelischen Notsituationen zur Verfügung stellen. Er wollte mit der Logotherapie auch allen Menschen in helfenden Berufen (Arzt, Seelsorger etc.) ein Werkzeug in die Hand geben, um in seelischer Not das „Wozu“ des Leidens finden zu lassen. Frankl sprach in diesem Zusammenhang von der „Trotzmacht des Geistes“. Er meinte damit nicht den Trotz als Emotion, sondern die Haltung, trotz schwerer Bedingungen und widriger Umstände weiterzumachen, weiterzuleben und nicht aufzugeben, um seinen (eigensten) Sinn im Leben zu finden (27).

Die Logotherapie soll Menschen dazu ermutigen, wertvolle Lebensinhalte aufzuspüren und ihre Talente und Fähigkeiten freizulegen. Dem eigenen Leben Sinn geben kann nur die Person selbst. Nur sie selbst kann die für sie wertvollen Aufgaben erkennen und ergreifen, sich schließlich ihnen widmen und hingeben. Das geschieht nur, wenn man sich aktiv einer Sache widmet. Die Entscheidung, welche Aufgabe ihm sinnvoll erscheint, trifft der Mensch selbst, er selbst ist der Gestalter seines Lebens. In diesem Zusammenhang bezeichnete Frankl das Gewissen als „Sinnorgan“. Die Aufgaben eines Menschen werden mit seinem Gewissen abgestimmt. Wer ein „Wozu“ hat, fragt nicht nach dem „Warum“ (Sinn des Lebens).

Für Frankl gipfelte die Logotherapie (die praktische Anwendung der Existenzanalyse) in der Sinnfindung als Grundmotivation des Menschen, um zu einer erfüllten Existenz zu gelangen. A. Längle entwickelte drei weitere existentielle Grundmotivationen und stellte somit das theoretische Gebäude der „Existenzanalyse“ auf eine breitere Basis.

**Existieren** meint das aktive und entschiedene Engagement, sich einer Sache zu widmen. Indem sich eine Person einer Sache zuwendet, sich auf sie einlässt, sich ihr hingibt, macht

die Person diese „Sache“ zu „ihrer“ (Jaspers 1941), und es entsteht ein emotionaler Bezug.

Unter Existenz wird in der Existenzanalyse ein sinnvolles, in Freiheit und Verantwortung gestaltetes Leben verstanden, das der Mensch als das Seine erlebt und in dem er sich als Mitgestalter sieht. Der Gegenpol zum existieren wäre (lt. Längle) **vegetieren**. Vegetieren ist ein passiver Prozess, in dem der Mensch nur funktioniert und nicht mehr Gestalter seines Lebens ist. Die Person ist hier ohnmächtig, ohne Macht, ihr Leben zu ergreifen, und nimmt sich bloß als Opfer der Bedingungen wahr (28).

Somit ist **Existenzanalyse** allgemein definiert eine Analyse der Lebensbedingungen um zur Existenz zu kommen (29).

Die heutige **Psychotherapieform „Logotherapie und Existenzanalyse“** umfasst sowohl Praxis als auch Theorie. In der **Theorie** stellen sich Fragen wie: was braucht es (allgemein), um zu einem erfüllten Leben zu gelangen? In der **Praxis** stellen sich Fragen wie: was braucht es von einer bestimmten Person selbst, um zu einem erfüllten Leben zu gelangen. Was fehlt der Person, was hindert sie daran?

**Logotherapie** allein ist eine sinnzentrierte Beratungs- und Behandlungsform (30).

Da mit dem Sinnthema alleine keine umfassende Psychotherapie klinischer Störungen möglich ist, wird die Logotherapie als Begleitung, Ermutigung und Anleitung eingesetzt, um zu einer vertieften, reiferen Lebenshaltung zu kommen.

Die **Logotherapie** schaut auf das Außen, auf Lebenssituationen, ist zukunftsorientiert. Es geht darum, Angebote, Aufforderungen, die uns das Leben bietet, auszuwählen und zu ergreifen (31). Sie ist ein Spezialgebiet der Existenzanalyse, das sich der Analyse, Prophylaxe und Behandlung von Sinnproblemen und insbesondere der Behandlung von Sinnverlusten widmet (32).

Die **Existenzanalyse** ist innen-, problem- und personorientiert. Es geht darum, sich selbst zu verstehen. Sie schaut auf den Menschen in dessen Welt und wie er sich in dieser erlebt (33).

## 2. Hauptteil:

### 1.) Die vier Grundmotivationen im Strukturmodell der Existenzanalyse.

Der Begriff der Grundmotivationen wurde 1992 von A. Längle eingeführt. Sie bezeichnen die tiefste Motivationsstruktur einer Person in ihrem Streben nach erfüllter Existenz und beschreiben somit die Grundbedingungen der Existenz. Sie betreffen jene Themenbereiche, mit denen sich der Mensch auseinandersetzen *muss*, um existieren zu können (34).

Da der Mensch den Bedingungen nicht entkommen kann, ist er mit ihnen ständig befasst und von ihren Inhalten bewegt. Sie fordern in vier Bereichen (Grundmotivationen) personale Stellungnahme und Einwilligung. Der Mensch gestaltet seine Existenz in der Art, wie er auf diese vier Dimensionen eingeht. Ist ihm das nicht ausreichend möglich, setzen psychodynamische (nicht selbstbestimmte) Schutzreaktionen (Copingreaktionen) bzw. Psychopathologien ein.

In jeder Grundmotivation gibt es vier quasi- hierarchische Stufen von Copingreaktionen. Erfolglosigkeit in einer Stufe provoziert im Verhaltensmuster die nächsthöhere Reaktion. Diese vier Stufen sind: Vermeidung oder Flucht als Grundbewegung, Aktivismus (paradoxe Bewegung), Aggression und Totstellreflex (35).

#### Die 1. Grundmotivation: Die Grundfrage der Existenz.

Ich bin da (auf dieser Welt), aber kann ich auch da-sein?

Als Voraussetzung, um da-sein zu können, stellt sich dem Menschen die Frage: kann er unter diesen seinen Bedingungen und mit diesen seinen Möglichkeiten in dieser Welt überhaupt sein? Hat er bei den Bedingungen, denen er unterworfen ist, genügend Platz, um „frei atmen“ zu können? Um da-sein zu können, braucht es drei Voraussetzungen: Schutz, Raum und Halt.

Schutz: es braucht sowohl physischen Schutz (z.B. vor Bedrohungen durch die Natur oder andere Menschen) als auch psychischen Schutz. Den größten psychischen Schutz erhält der Mensch durch das Angenommen-sein: beim Gesprächspartner, der ihm zuhört, in der Beziehung, in der Arbeit, im Glauben. Im Angenommen sein kann ein Aufgehoben sein erlebt werden. Es ist entscheidend, wie sehr die Person in ihrem Leben von wichtigen



Personen (Bezugspersonen) angenommen worden ist bzw. wie viel Verunsicherung sie diesbezüglich in sich trägt.

Raum: es braucht physischen Raum, wo man sich aufhalten kann und der einem auch gewährt wird, wie auch psychischen Raum in den Beziehungen, gegenüber den eigenen Problemen, Gedanken, Gefühlen, Experimenten, Entwicklungen etc.

Der erste Raum in dieser Welt ist der eigene Körper. Atem füllt diesen Innenraum. Die Lunge stellt das körperliche Repräsentationsorgan der ersten Grundmotivation dar (36).

## Die 2. Grundmotivation: die Grundfrage des Lebens.

Ich lebe, aber mag ich leben?

Um leben mögen zu können inmitten der Anforderungen und Bedingungen des Daseins, bedarf es wiederum dreier Voraussetzungen: Beziehung, Zeit und Nähe.

Beziehung setzt die Wahrnehmung des anderen bzw. einer Sache voraus. Es entsteht eine Verbundenheit, und die entstandene Beziehung bietet Schutz für die Entfaltung der Lebenskraft.

Nimmt man sich Zeit für etwas oder jemanden, so verdichtet sich darin Leben. Zeit ist Nahrung für die Beziehung, sie ermöglicht das Schwingen der Emotionen, erlaubt Genuss und Freude wie auch das Fühlen von Leid und Schmerz.

Erst durch die Nähe zu Menschen, Tieren, Natur, Kunst, Objekten, Tätigkeiten etc. entstehen emotionale Schwingungen und Berührung in uns.

In der zweiten Grundmotivation werden unsere Gefühle angesprochen und aktiviert. Deshalb stellt das Herz ihr körperliches Repräsentationsorgan dar (37).

## Die 3. Grundmotivation: die Grundfrage des Personseins.

Ich bin ich, aber darf ich so sein wie ich bin?

Das selbst sein-Dürfen bedarf wiederum dreier Voraussetzungen: der Beachtung, der Gerechtigkeit und der Wertschätzung.

Beachtung bedeutet Aufmerksamkeit zu bekommen, Rücksichtnahme und Einhaltung der Grenzen zu erfahren, Feedback und Information über sich selbst zu erhalten. Das bietet einen gewissen Schutz vor dem Übergeben-werden. Es ist wichtig, dass der Mensch durch das Erleben des beachtet Werdens durch andere auch für sich selbst mehr Beachtung entwickelt. Durch zunehmende Ich-Findung entsteht ein Selbstbild in der Abgrenzung von anderen. Die dafür erforderliche Distanz ist eine Grundlage für Respekt vor der Person und des Zusammenlebens in der Gemeinschaft.

Gerechtigkeit setzt voraus, dass sich der Mensch in seinen Gefühlen ernst nimmt; so wird er sich selbst gerecht. Jedem Menschen ist es wichtig, auch von anderen gerecht behandelt zu werden. Er hat ein Gefühl dafür, ob ihm Recht geschieht oder Unrecht widerfährt, wie er auch selbst empfinden kann, ob er selbst Recht oder Unrecht handelt. Ungerechte Behandlung schmerzt.

Wertschätzung meint auf das Wertvolle im Anderen zu schauen. Wer diese Wahrnehmung mitteilt, trägt Grundlegendes zur Entwicklung des Selbstwertes dieser Person bei. Stimuliert durch den Eindruck des anderen fragt sich der Betroffene selbst, wie er zu seinem Verhalten stehen soll und was er selbst von sich hält. Durch Beurteilung und Selbstbeurteilung erhält das Selbstbild Festigkeit, und der Selbstwert wird fundiert. Eine solche Persönlichkeit ist mit sich identisch, steht zu sich und strahlt dies aus. Das verleiht ihr eine natürliche, menschliche Autorität (38).

#### Die 4. Grundmotivation: die Grundfrage des Sinns im Leben (Sinn des Lebens).

Ich bin da, aber wofür bin ich da? Wozu ist mein Dasein gut?

Um Sinn im Leben zu finden, bedarf es wiederum dreier Voraussetzungen: ein Tätigkeitsfeld, einen Strukturzusammenhang und eine Ausrichtung auf einen Wert in der Zukunft.

Zum Tätigkeitsfeld gehören spezielle Aufgaben im Beruf, Projekte, Berufungen, ehrenamtliche Tätigkeiten, Interessen, Hobbys usw. Aus dem Handeln des Menschen wird ein Werk bzw. eine Tat.

Strukturzusammenhänge wie Familie, Arbeitsplatz, Natur usw. erzeugen eine Vernetzung des menschlichen Daseins, seiner Aufgaben und Möglichkeiten. Diesen systemischen Zusammenhang zu sehen, für sich zu erschließen und zu erweitern, hebt das Dasein auf

eine komplexere, integrierte Stufe und löst es aus der reinen Individualität heraus. Menschliches Leben ist von Natur aus vernetzt und nur in diesem Rahmen verstehbar.

Der Mensch ist ausgerichtet auf einen Wert, den es in der Zukunft zu schaffen oder zu erhalten gilt. Durch einen dialogischen Austausch mit dem, was jede Situation als Aufgabe fordert bzw. als Erlebnismöglichkeiten bietet, werden Veränderungspotenziale geweckt. Im Handeln kommen sie zum Vollzug (39).

## **2. Mögliche Schutzreaktionen (Copingreaktionen) des verunfallten Kindes und Reaktionsmöglichkeiten des Zahnarztes auf dieses Verhalten.**

Das Strukturmodell der Grundmotivationen und deren Copingreaktionen ist kein starres oder streng hierarchisch aufgebautes System. Der Behandler soll durch die folgenden Ausführungen lediglich die Möglichkeit erhalten, das verunfallte Kind im phänomenologischen Sinne zu sehen. So kann er Defizite auf den verschiedenen Ebenen der Grundmotivationen erkennen und danach seine psychologischen Behandlungsmöglichkeiten ausrichten.

In den letzten Monaten wurde es mir ermöglicht, der Behandlung unfallverletzter Kinder beizuwohnen, um persönliche phänomenologische Beobachtungen zu machen. Ich habe das Verhalten dieser Kinder dementsprechend für mich dokumentiert. Danach erfolgte die Befragung des Zahnarztes in phänomenologischer Weise: Welchen Situationen war er ausgesetzt? Kann er mir diese darstellen und darlegen, was war sein subjektives Erleben und wie hat er darauf reagiert?

Zu bedenken ist hierbei, dass das Zahntrauma nicht das erste Trauma für das Kind gewesen sein muss, und dass vorangegangene Zahnbehandlungen ebenfalls als traumatisch erlebt worden sein können. Eltern warnen zumeist nicht vor diesem Problem, sondern berichten erst darüber, wenn die Kooperationsmängel offensichtlich sind. Die früheren Behandlungen fanden jedoch zumeist aufgrund von Karies und akuten Schmerzzuständen statt, bestanden also häufig in Extraktionen. Dem Behandler des Traumas eröffnet sich dadurch die Möglichkeit, darauf hinzuweisen, dass die Traumabehandlung das Gegenteil der bisherigen sein wird, da der Zahn nicht entfernt, sondern „verbunden und somit geschützt“ wird.

## **Copings in der 1. Grundmotivation:**

wie bereits erwähnt, gilt es, in der 1. Grundmotivation Raum, Schutz und Halt gebende Strukturen zu schaffen. Ich kann es bzw. dich sein lassen, wenn du es bzw. mich sein lässt (40). Das Nichtvorhandensein solcher haltgebender Strukturen zeigt sich in der Angst des Kindes.

1.a) Grundbewegung: Vermeidungs - und Fluchtverhalten. Das Kind betritt nur zögerlich den Raum bzw. möchte den Behandlungsraum gar nicht betreten, es muss förmlich von den Eltern in den Raum gezogen bzw. geschoben werden. Es versteckt sich hinter den Eltern, läuft davon oder springt in seltenen Fällen sogar vom Behandlungsstuhl. Vermeiden und fliehen kann man aber nur, solange man der Situation entkommen kann.

Es empfiehlt sich, das Kind zunächst noch in der Nähe der Eltern zu belassen, während der Behandler mit der ersten Befragung der Eltern und auch des Kindes beginnt. So lässt sich eine Raum, Schutz und Halt gebende Atmosphäre schaffen. Indem er die Eltern und das Kind über den Unfallhergang und die Verletzungen befragt, zeigt er Interesse an dem Kind, aber auch an den Eltern. Somit wird ein Vertrauensverhältnis zu beiden aufgebaut, welches die spätere Untersuchung des Kindes begründet. Durch die Befragung des Kindes im geschützten Bereich der Eltern ist es auch durchaus möglich, sich vom Kind selbst die Schäden zeigen zu lassen (zum Beispiel durch Hochheben der Lippe mit der eigenen Hand). Basierend auf diesem Vertrauensverhältnis kann der Behandler nun weitere Schritte einleiten und zum Beispiel sagen: ich will mir das genauer ansehen. Dazu brauche ich mehr Licht usw. Somit bietet sich die Möglichkeit, das Kind auf den Behandlungsstuhl zu führen.

Durch das Lösen von den Eltern, das Sich–allein–auf-den-Stuhl-Setzen und das anschließende Umlegen des Stuhles kann jedoch erneut große Angst ausgelöst werden. Als stärkster Schutz für das Sein-können erweist sich das Angenommen-sein von anderen mit dem daraus folgenden Gefühl der Sicherheit und des Schutzes (41).

1.b.) paradoxe Bewegung: Aktivismus: ankämpfen und Auflehnung: das Kind versucht, sich durch Auflehnung und Kampf zu schützen. Es presst die Lippen zusammen, dreht den Kopf weg, schließt den geöffneten Mund gleich wieder, ergreift die Hand des Behandlers, um diese nicht weiter als 2 cm heran zu lassen oder versucht, die Hand des Behandlers selbst zu führen bzw. weg zu drücken, bis hin zum Wegschieben, Wegschlagen oder Rangeln. In einer Überaktivität werden blindlings Aktionen

unternommen, um der Situation doch noch zu entkommen.

1.c) Aggression: zerstörerischer, destruktiver Hass, Vernichtung: in der Aggression steht das „Leben“ des Kindes auf dem Spiel. Durch zerstörerischen destruktiven Hass würde das Kind zeigen, wie vernichtend es diese Situation erlebt. Es würde sich die Frage stellen: Entweder du (der Behandler) oder ich. Eine solche Situation wurde von mir nicht beobachtet bzw. noch nie von meinem Mann als Behandler erlebt.

1.d) Totstellreflex: im Totstellreflex zeigt sich eine Lähmung als eine Form des nicht mehr Da-sein-Könnens. Ein sich teilweise überwältigt fühlendes Kind stellt sich zum Schutz tot, es bleibt starr, reagiert auf nichts und lässt die Behandlung über sich ergehen, um nichts spüren zu müssen. Dem scheinbar braven, stillen und ruhigen Kind kullern die Tränen herunter.

Dem kann durch die bewusste Aufforderung des Behandlers an das Kind, sich bequem auf den Stuhl zu legen, sich fallen zu lassen, den Untergrund des Stuhles zu spüren und sich dem Halt des Stuhles zu übergeben, begegnet werden (Raum- Schutz- und haltgebende Intervention). Eine weitere Möglichkeit wäre ein gemeinsames Atmen mit dem Kind. Dadurch weitet sich sein Brustraum, Sauerstoff füllt diesen Innenraum, und das Gefühl der Enge verringert sich. Um eine verlorene Zuwendung des Kindes zurück zu erhalten, kann die Behandlung auch einmal ruhen. Bewährt hat sich auch das Einspielen der Lieblingsmusik des Kindes über Kopfhörer, sodass es Vertrauen fassen und wieder Anordnungen befolgen kann.

Bei offensichtlicher Angst ist es überdies hilfreich zu erklären, was jetzt passieren wird. Das führt jedoch nur zu mehr Sicherheit auf Seiten des Kindes, wenn das Angekündigte auch eintrifft. Der Behandler darf deshalb auf keinen Fall lügen, denn jede „Überrumpelungstaktik“ schwächt die Arzt-Patienten-Beziehung. In der sprachlichen Annäherung ist zu beachten, dass der Mensch sich Dinge, die nicht passieren werden, nicht vorstellen kann. „Das tut nicht weh“ ist somit kein geeigneter Satz, selbst wenn er gut gemeint von den Eltern kommt. Worte des Behandlers wie „Ich zähle bis drei, dann kommt ein kleiner Stich“ werden weitaus besser akzeptiert, evtl. mit dem Zusatz: „Bevor ich nicht zähle, passiert auch nichts.“ Das Kind bekommt das Gefühl, sich dem Behandler übergeben zu können. Da ist jemand, der gut auf mich achtet.

## **Copings in der 2. Grundmotivation:**

In der zweiten Grundmotivation geht es um den Verlust der Beziehung, sowohl zu den Mitmenschen als auch zu sich selbst. Eine Beziehungsebene zwischen dem Behandler und dem Kind herzustellen ist daher wichtig. Um mit dem Gegenüber in Kontakt treten zu können und Nähe aufzubauen, benötigt man Zeit und Zuwendung.

2.a) Grundbewegung: Rückzug: es zeigt sich ein sehr schüchternes, zurückhaltendes Kind, dem es nicht möglich ist, in Blickkontakt mit dem Behandler zu treten. Das Kind bleibt in seiner Innenwelt und zieht sich innerlich wie äußerlich aus der Beziehung zurück. Der wesentliche Aspekt hierbei ist, dass dem Kind keine Beziehungsaufnahme möglich ist und es sich in sein „Schneckenhaus“ zurück zieht.

2.b) paradoxe Bewegung: Aktivismus: leisten, entwerten, regroupieren. Ein Aktivismus würde sich insofern zeigen, als das Kind sich selbst entwertet, sich selbst die Schuld für sein Verhalten gibt. Es kann sich seinen Gefühlen nicht zuwenden.

2.c ) Aggression: (rote) Wut: diese Wut ist eine beziehungssuchende, eine Kraft zum Schutz von Werten, Liebe und Beziehung, damit das, was dem Kind wertvoll ist, erhalten bleibt. Kinder können hierbei Schmerzen vortäuschen, ständig husteln, ohne erkennbaren Anlass „au“ schreien, den Atem anhalten und sagen, sie bekämen keine Luft. Selten richtet sich die Wut gegen die Eltern, bis hin zum Schlagen derselben.

2.d) Totstellreflex: Resignation, abschalten durch Erschöpfung: Das Kind ist kaum ansprechbar, weil es ihm gar nicht mehr möglich ist in Beziehung mit dem Behandler zu treten. Die Emotionen sind erkaltet, das Kind fühlt sich kräfte- und gefühlsmäßig wie tot.

Schon vor Beginn der Behandlung können die die Bedürfnisse der 2. GM bedient werden, indem der Behandler sich dem Kind zuwendet und Nähe aufbaut. Nähe berührt unser Leben, Distanz erzeugt Kälte. Der Behandler kann beispielsweise das Kind fragen, wie die Zähne vor dem Unfall ausgesehen haben, und um ein früheres Foto bitten. Dem Kind ist es möglich, sich zu öffnen, da es merkt, dass da jemand ist, der zuhört, nachfragt und sich Zeit nimmt. Kinder sind oftmals sehr glücklich, wenn der Behandler ihnen nach der Behandlung einen Spiegel reicht und sie sehen, dass alles wieder o.k. ist. Der Beziehungsaufbau wird gelegentlich durch den Widerstand der Begleitperson gestört, da es manchen Eltern aus diversen Gründen (z.B. mangelndes Vertrauen), nicht möglich ist, ihr Kind in die Hände des Behandlers zu übergeben. Auch hier ist das Strukturmodell der

Grundmotivationen anwendbar. Die Beziehung zum Behandler zeigt sich sehr stark im Folgetermin durch Vertrauensgesten wie das Mitbringen von Zeichnungen oder Einladungen zu Schulaufführungen.

Auch während der Behandlung ist es unumgänglich, mit dem Kind immer wieder in Dialog treten, sich sichtbar Zeit zu nehmen und Nähe aufzubauen: Ich *mag* dich behandeln! Alles Gelingene kann und soll kommentiert werden, sodass unweigerlich eine positive Stimmung den Raum erfüllt. Das Kind erkennt sich selbst als Teil der Familie wieder und schließt hierbei den Arzt mit ein.

Stark behandlungsunterstützend wirkt die Tell-Show-Do-Methode (42): Jeder Behandlungsschritt wird beschrieben, vorgezeigt (z.B. an einem Stoffkrokodil) und dann erst durchgeführt. Um die Aufmerksamkeit des Kindes zu steigern, ist es sinnvoll, ein „Repeat“ einzufügen, d. h. der Behandler erzählt, aber das Kind wiederholt das Gesagte mündlich und verinnerlicht es dadurch / erhält eine Art Fahrplan, und somit Kontrolle über den Behandlungsablauf. Diese vermehrt das Sicherheitsgefühl (1. GM).

### **Copings in der 3. Grundmotivation:**

In der dritten Grundmotivation geht es um den Verlust des Selbst. Die Person ist ganz am Außen orientiert, um ganz beim anderen zu sein, bis hin zum Verlust seiner selbst (Selbstauflösung).

3.a) Grundbewegung: Distanz einnehmen, sich rechtfertigen, Selbstverlust: zum Schutz nimmt sich das Kind aus der Situation und sagt gar nichts, oder es lenkt vom Thema ab, spielt es herunter. Auf die Frage „Wie geht es dir?“ sagt es: „Und wie geht es dir?“.

3.b) paradoxe Bewegung: Aktivismus : (Theater machen, Flucht nach vorne) Theater machen und der Aktivismus dienen einer Flucht nach vorne. Der Selbstverlust zeigt sich z.B. im Mitlachen oder dem-Arzt-Recht-Geben, um sich sein Verletzt-sein vom Leib zu halten. Das Persönliche fällt sozusagen ganz weg, es geht nur mehr darum, zu argumentieren, um die Funktionstüchtigkeit zu erhalten. Das Kind möchte bei allen Entscheidungen mitentscheiden. Es korrigiert die Worte des Behandlers, sagt: „Ich weiß es besser!“ Es stellt ein Limit, sagt beispielsweise „5 Minuten noch“. Es will keine Spritze, will sich nur einen Zahn behandeln lassen, tritt mit den Eltern in Kontakt, um zu schauen, ob diese eine Nicht-Behandlung akzeptieren würden.

3.c) Aggression: unduldsam, aufbrausend, Trotz, Zorn: die Dynamik ist ein Sich-dagegen-

Stemmen wie beim Trotz. Ziel dieses Appells ist es, gesehen zu werden und ernst genommen zu werden. Die Reaktion enthält den Vorwurf: Unverschämtheit! Das lasse ich nicht auf mir sitzen! So nicht mit mir! Die Reaktion beruht auf einem tief empfundenen Unrecht und kann deshalb laut und heftig sein. Der Zorn will gesehen werden z.B. im Wegschlagen von Gegenständen.

3.d) Totstellreflex: Spaltung und Dissoziation. Es zeigt sich eine Abspaltung von den Gefühlen bis hin zur Dissoziation. Kinder berichten beispielsweise emotionslos über das Schreckliche, das ihnen passiert ist. So sagen sie etwa: das war lustig, als ich da die Stiege hinuntergefallen bin. Trotz Steigerung des Verletzungsgrades gibt es keine Steigerung der Betroffenheit.

In der dritten Grundmotivation ist es somit sehr wichtig, das Kind zu beachten und wahrzunehmen und ihm das Gefühl zu vermitteln: man nimmt mich wahr, und ich werde als Person gesehen, so wie ich bin. Das Kind überschreitet durch sein Verhalten Grenzen (die des Zahnarztes, der Eltern, der Assistentin), um ja gesehen und beachtet zu werden. Die Reaktion des Behandlers kann durchaus eine kritische sein, aber um gerecht zu sein bedarf es keiner Unterstellungen und Entwertungen. Vielmehr stellt die 3.GM auch an den Behandler die Aufforderung, seine eigenen Grenzen wahrzunehmen, um nicht nur aus eigener Betroffenheit zu agieren, sondern vielmehr klar und deutlich seine Vorstellungen, wie die Behandlung ablaufen soll, zu formulieren. Klare und eindeutige Formulierungen zeigen dem Kind Grenzen auf, welche das Kind auch als haltgebend empfinden kann.

#### **Copings in der 4. Grundmotivation:**

Ich meine, dass der 4. Grundmotivation bei der Behandlung von zahntraumatisierten Kindern keine allzu große Rolle beizumessen ist, da es für die erfolgreiche Behandlung des Kindes am wichtigsten ist, in den ersten 3 Grundmotivationen gesehen werden. An diesen zu arbeiten, damit das Kind gut da-sein (1.GM) und in einer beziehungsvollen Umgebung (2.GM) selbst-sein (3.GM) kann, stellt die Herausforderung dar. Deshalb ist meines Erachtens die Arbeit an der 1.Grundmotivation das Wesentlichste. Erst nach Bewältigung der Akutsituation, wenn etwas Ruhe eingekehrt ist, kann der Mensch den Blick nach vorne in die Zukunft richten. Der Sinn (4.GM), die Notwendigkeit der Behandlung und deren Wert kann von den Patienten (nicht nur von Kindern) oftmals erst im Nachhinein erkannt werden.



Die Copingreaktionen der 4. Grundmotivationen seien nur der Vollständigkeit halber erwähnt, da sie im Kontext mit einem Zahntrauma nicht relevant sind. 4.a.) Grundbewegung: Willkür 4.b.) paradoxe Bewegung: Aktivismus: Orientierungslosigkeit, provisorische Lebenshaltung. 4.c.) Aggression: Idealisierung. 4.d.) Totstellreflex: Fanatismus, Nihilismus, Zynismus

### 3. Schlusswort:

Die vorliegende Arbeit will zeigen, dass zwei scheinbar einander fremde Fachbereiche, Logotherapie-Existenzanalyse und Zahntraumatologie, zusammengeführt werden können. Trauma und Behandlung greifen einerseits in die Psyche des Patienten ein und haben andererseits auch Rückwirkungen auf den Behandler, eine Situation, in der das Strukturmodell der Existenzanalyse sehr gut anwendbar ist, um einen beziehungsvollen Umgang zwischen Patient und Arzt zu ermöglichen. Eine phänomenologische Grundhaltung, welche sich durch Offenheit und Voraussetzungslosigkeit auszeichnet, ein Schau-auf-das-was-sich-und-wie-es-sich-dem-Behandler-Zeigt, halte ich durchaus für einnehmbar. Der Behandler sollte sich hierbei darin üben, seine Hypothesen über die Ursache des Verhaltens eines Patienten hintanzustellen, das Verhalten nicht zu bewerten, vielmehr in der Beobachtung und Beziehung zum Patienten zu bleiben. Es geht nur um das, was einem in dieser Begegnung als am anderen wesentlich erscheint, was berührt, und erreicht (43). Dies ermöglicht ihm, Defizite bzw. Copings zu erkennen und darauf einzugehen.

Somit ergeben sich als **Kriterien für eine gute Beziehung bzw. eine beziehungsvolle Haltung zu sich und dem Gegenüber in der jeweiligen Grundmotivation:**

**1.GM:** etwas **Haltgebendes:** Dasein können (ich mit mir und mit dem anderen) = annehmend

**2.GM:** es ist mir wichtig wie es dem **anderen/mir** geht = zuwendend

**3.GM:** den anderen **sein lassen** so wie er ist, und dass ich auch so sein kann wie ich bin = achtend

**4.GM:** gemeinsame **Zusammenhänge** erkennen, was beide als sinnvoll erachten = Gemeinsames habend.

Das Modell der Grundmotivationen ist eines, welches jeder Mensch (somit auch der behandelnde Zahnarzt) in sein Leben einfließen lassen kann.

**In der 1. Grundmotivation:** um gut Da-sein zu können (sowohl im privaten Bereich als auch am Arbeitsplatz), muss man Bedingungen annehmen und aushalten können. Fragen hierzu wären: Nehme ich mir den Raum in meiner Arbeit, unter Kollegen, in der Freizeit? Nehme ich mir Raum für das, was mir wichtig ist, oder bin ich immer wieder beschäftigt mit dem, was getan werden muss? Fühle ich mich frei von Ängsten? Fühle ich mich in meinem Tun sicher? Was könnte mir in dieser oder jener Situation Halt geben?

Ein nicht Da-Sein können führt zu Haltverlust und Unsicherheit, welche sich in Ängsten zeigen.

**In der 2. Grundmotivation:** im Zentrum stehen unsere Gefühle, und wie wir diese erleben, also Fragen wie: Wie erlebe ich meine tägliche Arbeit, meinen Alltag? Mit welchem Gefühl gehe ich in die Arbeit, komme ich nachhause? Bei welchen Tätigkeiten kann ich die Welt um mich herum vergessen? Welche Tätigkeiten mache ich mit Hingabe?

Indem wir uns unseren Gefühlen und Empfindungen zuwenden, können wir erahnen, was uns wichtig und bedeutsam erscheint, und wir spüren den Wert unseres Tuns.

**In der 3. Grundmotivation:** unsere persönliche Stellungnahme zu den Situationen in unserem Leben finden. Fragen hierzu wären: Wie ist etwas für mich, was halte ich davon? Ist es recht so, wie ich bin, und kann ich zu mir und zu meinen Handlungen stehen? Bin ich nur dann „Wer“, wenn ich eine Leistung vorzuweisen habe? Darf ich auch Schwächen haben? Darf ich so sein wie ich bin?

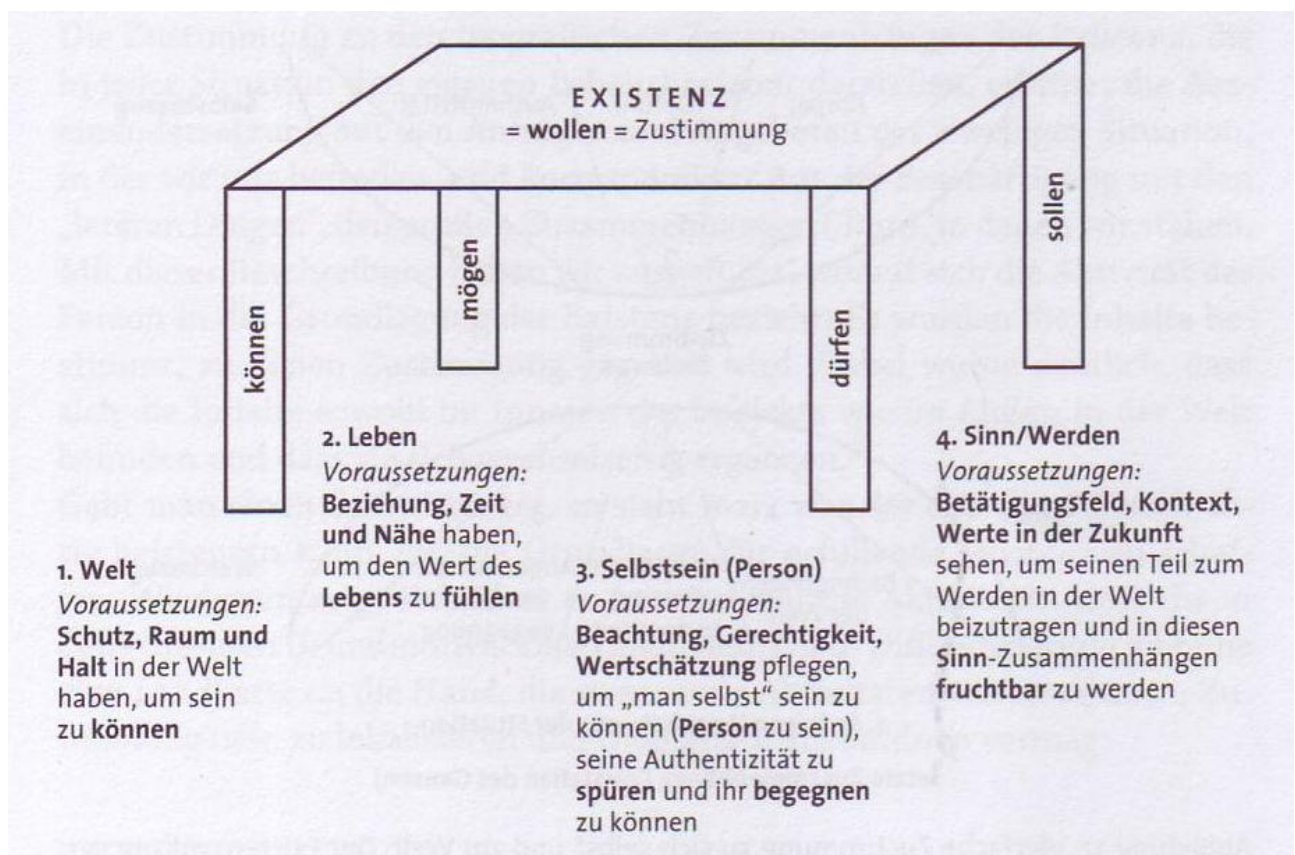
Authentisches zu Leben heißt in diesem Fall, ein Leben zu leben, welches mir entspricht. Das Treffen meiner eigenen Entscheidungen.

**In der 4. Grundmotivation:** Beruf, Hobbys, ein vernetzt sein mit Arbeit, Familie und der Natur, um Werte in der Zukunft zu schaffen und zu erhalten. Fragen hierzu wären: Wofür will ich mich einsetzen? Was macht Sinn? Wofür will ich gelebt haben? Was soll werden in meinem Leben?

Wenn wir uns die vier Grundmotivationen als einen Tisch mit vier Beinen vorstellen, dann möchte ich die Worte meiner Lehrtherapeutin Michaela Probst zitieren, die sagte: „ein Tisch kann auch auf drei Beinen stehen.“ Wenn die ersten drei Grundmotivationen gut gesichert sind, ergibt sich die vierte von selbst, und der Mensch kann ein sinnvolles Leben verwirklichen, welches ihm und seinen Wünschen, Werten und Vorstellungen entspricht.

Über die vier Grundmotivationen kann sich der Mensch entfalten für eine Zukunft, die **seine Zukunft ist.**

### EXISTENZTISCH nach A. Längle (44)



- (1) Längle A.: Lernskriptum zur Existenzanalyse (Logotherapie) die 1. Grundmotivation, Hrsg.: Alfried Längle, GLE-International, 3. Auflage August 2005 (Seite 13)
- (2) Wikipedia,: [https://de.wikipedia.org/wiki/Trauma\\_\(Psychologie\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Trauma_(Psychologie))
- (3) Reddemann L. , Dehner-Rau C.: Trauma heilen, TRIAS Verlag, 4. Auflage, Stuttgart 2013 (Seite 27)
- (4) Reddemann L. , Dehner-Rau C.: Trauma heilen, TRIAS Verlag, 4. Auflage, Stuttgart 2013 (Seite 10).
- (5) Hüther G. Die neurobiologische Verankerung traumatischer Erfahrungen. Existenzanalyse 22 (2005), 2, 27 – 32
- (6) International Classification of Diseases ICD 10 F43.1
- (7) Tanja Zöllner, Lawrence G. Calhoun, Richard G. Tedeschi: *Trauma und persönliches Wachstum*. In: Andreas Maercker, Rita Rosner (Hrsg.): *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Thieme Verlag, Stuttgart 2006, S. 36–45.  
Richard G. Tedeschi, Lawrence G. Calhoun: *The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma*. In: *Journal of Traumatic Stress*. 9, 1996, S. 455–471
- (8) Haas M.: Stark wie ein Phönix. OW Barth, 2015. ISBN 3426292408
- (9) Reddemann L., Dehner-Rau C.: Trauma heilen, TRIAS Verlag, 4. Auflage, Stuttgart 2013 (Seite 66)
- (10) Levine P.A., Kline M.: Verwundete Kinderseelen heilen, Kösel Verlag, Münschen 2005 (Seite 24)
- (11) Reddemann L. , Dehner-Rau C.: Trauma heilen, TRIAS Verlag, 4. Auflage, Stuttgart 2013 (Seite 14)
- (12) Reddemann L., Dehner-Rau C.: Trauma heilen, TRIAS Verlag, 4. Auflage, Stuttgart 2013 (Seite 12)
- (13) Levine P.A., Kline M.: Verwundete Kinderseelen heilen, Kösel Verlag, Münschen 2005 (Seite 14 -16)
- (14) [http://www.zfiz.ch/zahnarzt\\_trauma.html](http://www.zfiz.ch/zahnarzt_trauma.html)
- (15) Reddemann L. , Dehner-Rau C. Trauma heilen, TRIAS Verlag, 4. Auflage, Stuttgart 2013 (Seite 25)
- (16) Längle A: Persönlichkeitsstörungen und Traumagenese. Existenzanalyse traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. Existenzanalyse 22 (2005), 2, 4 – 18

- (17) Tutsch L, Bukowski R: Von Entsetzen, Verzweiflung, Mitgefühl und Trost. Vortrag auf der Jubiläumstagung der GLE in Wien. CD der Kongressdokumentation der Fa. Zeit für Bildung, Mondsee (2016)
- (18) Längle A: Persönlichkeitsstörungen und Traumagenese. Existenzanalyse traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. Existenzanalyse 22 (2005), 2, 4 – 18 (Seite 12)
- (19) Tutsch L, Bukowski R: Von Entsetzen, Verzweiflung, Mitgefühl und Trost. Vortrag auf der Jubiläumstagung der GLE in Wien. CD der Kongressdokumentation der Fa. Zeit für Bildung, Mondsee (2016)
- (20) Kirschner H, Filippi A, Pohl Y, Ebeleseder KA: Unfallverletzungen der Zähne. Schlütersche Verlagsanstalt, Hannover (2002)
- (21) Andreasen JO, Andreasen FM, Anderssen L: Textbook and colour Atlas of traumatic injuries to the teeth. 4<sup>th</sup> ed. Blackwell-Munksgaard 2007
- (22) Ebeleseder KA: Dentoalveoläres Trauma. In: Grötz KA, Schmidt-Westhausen AM, Wagner W: Handbuch MKG 2011. med publico GmbH, Wiesbaden 2011, Abschnitt 12, Seite 1 - 35
- (23) Ebeleseder KA, pers. Mitt. 2015
- (24) Faust V.: Psychosoziale Gesundheit von Angst bis Zwang. Zähne und seelische Störung. <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/zaehne.html>
- (25) Faust V.: Psychosoziale Gesundheit von Angst bis Zwang. Zähne und seelische Störung. <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/zaehne.html>
- (26) Frankl V. E.: Zur geistigen Problematik der Psychotherapie. / Mental problems of psychotherapy. Zentralblatt für Psychotherapie, Vol 10, 1937, 33-45
- (27) Längle A.: Lehrbuch zur Existenzanalyse Grundlagen Facultas AG, Wien 2013 (Seite 28)
- (28) Längle A.: Lehrbuch zur Existenzanalyse Grundlagen Facultas AG, Wien 2013 (Seiten 18-20)
- (29) Längle A.: Lehrbuch zur Existenzanalyse Grundlagen Facultas AG, Wien 2013 (Seite 20)
- (30) Längle A.: Lehrbuch zur Existenzanalyse Grundlagen Facultas AG, Wien 2013 (Seiten 28)
- (31) Längle A.: Lehrbuch zur Existenzanalyse Grundlagen Facultas AG, Wien 2013 (Seite 109)
- (32) Längle A.: Lehrbuch zur Existenzanalyse Grundlagen Facultas AG, Wien 2013 (Seite 29)

- (33) Längle A.: Lehrbuch zur Existenzanalyse Grundlagen Facultas AG, Wien 2013 (Seite 109)
- (34) Längle A.: Lehrbuch zur Existenzanalyse Grundlagen Facultas AG, Wien 2013 (Seite 63)
- (35) Längle A.: Lehrbuch zur Existenzanalyse Grundlagen Facultas AG, Wien 2013 (Seite 76)
- (36) Längle A.: Lehrbuch zur Existenzanalyse Grundlagen Facultas AG, Wien 2013 (Seiten 74-76)
- (37) Längle A.: Lehrbuch zur Existenzanalyse Grundlagen Facultas AG, Wien 2013 (Seiten 76-79)
- (38) Längle A.: Lehrbuch zur Existenzanalyse Grundlagen Facultas AG, Wien 2013 (Seiten 79-81)
- (39) Längle A.: Lehrbuch zur Existenzanalyse Grundlagen Facultas AG, Wien 2013 (Seiten 81-83)
- (40) Längle A., Bürgi D.: Existenzielles Coaching Facultas AG, Wien 2014 (Seite 84)
- (41) Längle A., Bürgi D.: Existenzielles Coaching Facultas AG, Wien 2014 (Seite 86)
- (42) Bandura A. Principles of Behavior Modification, New York: Holt, Rinehart & Winston, 1969
- (43) Längle A.: Lehrbuch zur Existenzanalyse Grundlagen Facultas AG, Wien 2013 (Seite 55)
- (44) Längle A.: Lehrbuch zur Existenzanalyse Grundlagen Facultas AG, Wien 2013 (Seite 65)

**Bilder vom Alltag mit zahntraumatisierten Patienten und ihrer Behandlung.**



a.

Das typisches Bild eines zahntraumatisierten Kindes.

Zustand nach Rodelsturz. Neben Abschürfungen und Schwellung der Lippen ist auch der Verlust eines mittleren Scheidezahnes zu beklagen.



b.

Auf dieser Abbildung zeigt sich sehr deutlich die Beziehungsebene: das Mädchen schenkt dem Behandler eine Zeichnung, auf der sie den Rodelunfall darstellt. Offensichtlich fuhr sie durch den Wald, ihre Mutter (links unten) beobachtete den Unfall, andere Kinder waren auch dabei. Es bleibt viel Spielraum für Interpretationen. Links oben im Bild: ein Foto des Mädchens vor dem Zahnunfall. In der Bildmitte: ein Foto mit Zahnlücke, für den Zahnarzt dominant in die Mitte gesetzt.



a.



b.



c.

Arten von Schienungen, wie sie nach Zahntrauma zur Anwendung kommen.

- a. 3D-Ringlebeschiene
- b. Titanium-Trauma-Splint
- c. Fiber Splint



a.



b.

- a. Freilegung der Nervenöhle bei zahnfleischnahem Abbruch zweier Frontzähne.
- b. Restauration mittels mitgebrachter Eigenfragmente.





Zuhilfenahme einer sogenannten Kofferdam-Klammer bei der Schnellversorgung eines zersplitterten Zahnes.



a.



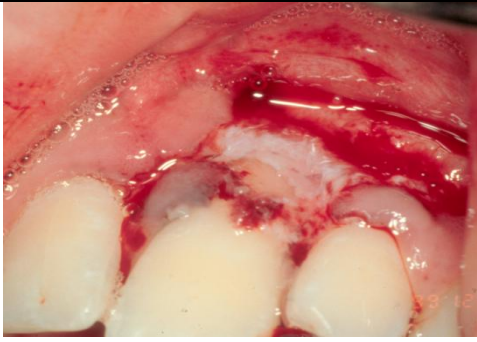
b.



c.

Zahnersatz mit Erhalt der Zahnfleischarchitektur.

- a. Verlustsituation
- b. Provisorisch eingegliedert Prothesenzahn
- c. Fertige Versorgung mit Klebebrücke.



a.



b.



c.



d.



e.

Massives Zahntrauma mit  
Abscherung der Schleimhaut und  
Verschiebung (Dislokation)  
zweier Zähne.

- a. Vor der Versorgung.
- b. „Einrichten“ (Reposition)  
der Zähne
- c. Ergebnis 9 Tage nach  
Schienung und  
Nahtversorgung.
- d. Ergebnis nach 41 Tagen  
(vor Schienenabnahme):
- e. Ergebnis nach 88 Tagen.