

Hypnotische An(gst)ziehungskraft in der Zahnarztpraxis?

Eine empirische Studie zum Vergleich zweier Zahnarztpraxen hinsichtlich des Persönlichkeitsprofils und der Zahnbehandlungsangst der Neupatienten.

Ursula Sigmund, Marcel Franz

Es ist möglich, dass sich jene Zahnärzte, die mit der Ausbildung in zahnärztlicher Hypnose beginnen, einige der folgenden Fragen stellen:

- „Kommen mehr Angstpatienten zu mir, sobald ich Hypnose anbiete?“
- „Sind durch das Angebot der zahnärztlichen Hypnose mehr schwierige Patienten unter den Neupatienten?“
- „Werde ich mit der Hypnose-

ausbildung sensibler für die Symptome der Angst?“

- „Nehme ich die unterschiedlichen Persönlichkeitstypen meiner Patienten anders wahr?“
- „Verändert sich bei mir etwas?“

Zusammenfassung

Aufgrund von Erfahrungsberichten vieler Zahnärzte, welche Hypnose anbieten, herrscht der allgemeine Tenor, dass sich mit dem Angebot der zahnärztlichen Hypnose auch das Neupatientenklientel hinsichtlich der Zahnbehandlungsangst sowie der Persönlichkeit ändert. Basierend auf Wahrnehmungstheorien stellen die Autoren die Globalhypothese auf, dass jedoch nicht das Klientel ein anderes wird, sondern dass durch die Ausbildung in Hypnose lediglich die Aufmerksamkeit für Symptome von beispielsweise Angst oder emotionaler Labilität geschult wird. Der Hypothese entsprechend sollten also die Neupatienten einer „Hypnose-Zahnarztpraxis“ mit jenen einer „Standard-Zahnarztpraxis“ vergleichbar sein.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde eine Untersuchung an 42 Neupatienten zweier Zahnarztpraxen durchgeführt. Der NEO-FFI diente dabei der Erhebung des Persönlichkeitsprofils, die Zahnbehandlungsangst wurde durch ein Screening-Instrument operationalisiert. Es konnte gezeigt werden, dass sich die Neupatienten der zwei Praxen hinsichtlich der erhobenen Variablen nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Schlüsselwörter

Zahnärztliche Hypnose, Neupatienten, Wahrnehmung, Zahnbehandlungsangst, Persönlichkeit

Einleitung

„Seit ich mit Hypnose arbeite, kommen viel mehr Angstpatienten zu mir!“

Viele Zahnärzte berichten von der Erfahrung, dass mit der Hypnoseausbildung der prozentuelle Anteil der Angstpatienten, sowie jener der emotional labilen unter den Neupatienten ansteigt, da jene Patienten das Hypnoseangebot anspricht.* Immer wieder stellt sich die Frage, inwieweit das Behandlungsangebot auch das Patientenklientel bedingt oder ob die Patienten einfach, abhängig von der Ausbildung des Zahnarztes, unterschiedlich wahrgenommen werden.

keit und deren Faktoren wie zum Beispiel der emotionalen Labilität (Definition siehe unten), welche oft erst mit einer entsprechenden Aufmerksamkeit erkannt wird. Ein Behandler, der sich hingegen mit dem Thema Angst befasst und seine Wahrnehmung für die Symptome geschult hat, wird wahrscheinlich eine realitätsnähere Einschätzung der Befindlichkeit seiner Patienten haben. Wir sehen und hören das, worauf wir achten. Zur Wahrnehmung gehört mehr als nur das einfache Registrieren von Information – vielmehr geht es um die Zuordnung von erfahrungsbasierten Interpretationen zu den zu verarbeitenden Eingangsinformationen. Da das menschliche Informationsverarbeitungssystem ein System mit beschränkter Kapazität ist, erreichen wir die optimale Ausnutzung der kognitiven Ressourcen im Wesentlichen durch

Jöhren (2002) versteht unter **Zahnbehandlungsangst** einen „Sammelbegriff für alle psychologischen und physiologischen Ausprägungen eines mehr oder weniger starken, aber nicht krankhaften Gefühls, das sich gegen eine vermeintliche oder tatsächliche Bedrohung im Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung oder mit ihr verbundene Stimuli richtet“ (S.15).

Abb. 1: Zahnbehandlungsangst

Hat sich ein Zahnarzt bislang wenig mit der Zahnbehandlungsangst beschäftigt, so ist er meist für die Anzeichen von Angst weniger sensibel, wodurch die Wahrscheinlichkeit sinkt, dass der Zahnarzt die Angst seiner Patienten erkennt. Daher wird er sein Klientel vermutlich als weniger ängstlich einschätzen als es tatsächlich ist. Gleiches gilt für die Beschäftigung mit der Persönlich-

die Entscheidung für eine Verarbeitung der wirklich wichtigen Information – zu Lasten der weniger wichtigen. Um dieser Zuordnung von Ressourcen Rechnung zu tragen, wird meist der Begriff Aufmerksamkeit verwendet (Anderson, 1996). Ulric Neisser hat schon 1967 eine Theorie der Aufmerksamkeit postuliert, wonach Menschen ihre Perzepte, also das, was wahrgenom-

*Def. Zahnbehandlungsangst siehe Abb. 1

men wird, konstruieren, indem sie zu dem neu eintreffenden sensorischen Input aus der Umwelt das zufügen, was sie bereits wissen. So wird neue Information mit bereits vorhandenem Wissen verbunden. Durch die Hypnoseausbildung wird die Wahrnehmung sowohl hinsichtlich der Befindlichkeit, als auch der Persönlichkeit des Patienten trainiert, da der Behandler in kurzer Zeit herausfinden soll, was dem Patienten individuell gut tun würde. Ein neu eintreffender Patient wird sozusagen mit dem vorhanden Wissen abgescannt und es mag scheinen, als ob nicht nur der Zulauf an Patienten mit Angst zunimmt, sondern auch der allgemeine Anteil an emotional labilen Patienten. Manch einer mag denken, dass sich sogar das durchschnittliche Persönlichkeitsprofil seines Neupatientenklientels begonen hat zu verändern, seit er Hypnose anbietet.

Um genau dies zu überprüfen wurde eine Untersuchung an zwei Stuttgarter Zahnarztpraxen durchgeführt, wobei eine seit Jahren zahnärztliche Hypnose anbietet (Praxis A), die andere jedoch ohne Zusatzqualifikation für Patienten mit Zahnbehandlungsangst arbeitet (Praxis B).

Spezifische Fragestellungen und Hypothesen

Aufgrund der oben angeführten Theorien über Wahrnehmung und Aufmerksamkeit entstand die Generalhypothese, dass sich das Klientel der beiden Zahnarztpraxen bezüglich der Persönlichkeit, sowie hinsicht-

lich ihrer Zahnbehandlungsangst nicht bedeutsam unterscheiden.

Fragestellung I

Unterscheiden sich die Neupatienten der Praxis A hinsichtlich ihrer Zahnbehandlungsangst von jenen der Praxis B?

Zahnärztliche Berichte lassen vermuten, dass sich die beiden Teilstichproben hinsichtlich ihrer Verteilungsmittelwerte der Zahnbehandlungsangst voneinander unterscheiden sollten. Aus der angeführten wahrnehmungspsychologischen Perspektive jedoch lässt sich die zu testende Hypothese ableiten, dass sich die beiden Teilstichproben bezüglich der Zahnbehandlungsangst im Mittelwert nicht signifikant voneinander unterscheiden sollten ($H_0\text{-I: } \mu_A = \mu_B$). Demgegenüber steht die ungerichtete Alternativhypothese, die lediglich einen Unterschied zwischen den beiden Verteilungsmittelwerten annimmt ($H_0\text{-I } \mu_A \neq \mu_B$).

Fragestellung II

Unterscheiden sich die Neupatienten der Praxis A bezüglich ihres Persönlichkeitsprofils von jenen der Praxis B?

Ebenso lassen sich auch hier Annahmen aus den zahnärztlichen Berichten ableiten, die vermuten lassen, dass sich die beiden Patientenkreise in ihrem Persönlichkeitsprofil unterscheiden könnten. Aus der angeführten Theorie der Wahrnehmung und Aufmerksamkeit lässt sich hingegen auch hier die Hypothese ableiten, dass es keine Unterschiede im Mittelwertsvektor der Persönlichkeitsprofile der Patientenkreise bei-

der Praxen gibt ($H_0\text{-II: } \mu_A = \mu_B$). Als ungerichtete Alternativhypothese wird postuliert, dass sich die Patientenkreise der Praxis A und Praxis B bezüglich ihres Mittelwertsvektors des Persönlichkeitsprofils voneinander statistisch bedeutsam unterscheiden ($H_1\text{-II } \mu_A \neq \mu_B$).

Benennen der abhängigen und unabhängigen Variablen

Das Umsetzen der verschiedenen Forschungshypothesen macht eine Operationalisierung der einzelnen abhängigen (AV) und unabhängigen Variablen (UV) erforderlich.

Nach der Forschungshypothese I unterscheiden sich die beiden Teilstichproben der Praxen A und B nicht hinsichtlich ihrer Zahnbehandlungsangst. Daraus ergeben sich die Merkmale „Praxis A“ sowie „Praxis B“ als UV und „Zahnbehandlungsangst“ als AV.

Bei der Forschungshypothese II handelt es sich um die Vermutung, dass sich die beiden Teilstichproben der Praxen A und B hinsichtlich ihres Persönlichkeitsprofils nicht unterscheiden. Daraus ergeben sich die Merkmale „Praxis A“ sowie „Praxis B“ wiederum als UV und „Zahnbehandlungsangst“ als AV.

Methoden

Zur Untersuchung der oben angeführten Fragestellung wurde im Zeitraum von Juli bis November 2006 insgesamt 42 Neupatienten aus zwei Stuttgarter Zahnarztpraxen ein Fragebogen bezüglich der Persönlichkeit und Zahnbehandlungsangst vorgelegt¹. Hierbei kam das in der For-

¹ Die Leitung der Datenerhebung in der Praxis A oblag der Autorin, jene in der Praxis B dem Zahnmedizinstudent Christian Döhning.

schung häufig gebrauchte und faktorenanalytisch gut validierte Persönlichkeitsinventar - NEO-FFI nach P.T. Costa und R.R. McCrae (1993) zur Anwendung. Zusätzlich dazu wurde mittels eines Screeninginstruments die subjektive Einschätzung der Zahnbehandlungsangst über ein 5-stufiges Item erfasst, das in der Antwortskalierung von extremer bis keiner Zahnbehandlungsangst reicht. (siehe Abb. 2)

sonen, wobei der Kern der Dimension in der Art und Weise liegt, wie Emotionen, insbesondere negative Emotionen, erlebt werden. Probanden mit hohen Werten in Neurotizismus neigen beispielsweise zu Nervosität, Ängstlichkeit sowie Traurigkeit und sind weniger in der Lage ihre Bedürfnisse zu kontrollieren und auf Stresssituationen angemessen zu reagieren (Borkenau & Ostendorf 1993).

Gewissenhaftigkeit

Diese Skala operationalisiert jene Art der Selbstkontrolle, die sich auf den aktiven Prozess der Planung, Organisation und Durchführung von Aufgaben bezieht. Es werden daher ordentliche, zuverlässige, disziplinierte, pünktliche, penible und ehrgeizige von nachlässigen und gleichgültigen Personen unterschieden (vgl. ebd.).

Ich habe Angst vor der Zahnbehandlung				
extreme	starke	ziemliche	geringe	keine

Abb.2: Screening-Item Zahnbehandlungsangst

Das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) nach P.T. Costa und R.R. McCrae (1993), stellt ein multidimensionales Persönlichkeitsinventar dar, welches die wichtigsten Bereiche individueller Unterschiede erfasst. Wie umfangreiche faktorenanalytische Studien gezeigt haben, liegen der Einschätzung von Personen in Fragebogen und auf Adjektivskalen fünf robuste Dimensionen zugrunde, welche das NEO-FFI mittels fünf Skalen und insgesamt 60 Items erfasst. Es sind dies die Dimensionen Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit, mittlerweile bekannt unter dem Namen „Big Five“ – die „Großen Fünf“.

Neurotizismus

Diese Skala erfasst individuelle Unterschiede in der emotionalen Stabilität wie auch Labilität von Per-

Extraversion

Diese Skala erfasst die Dimension Extraversion – Introversion, wobei Probanden, mit hohen Werten in Extraversion u.a. optimistisch, gesellig, aktiv und heiter sind (vgl. ebd.).

Offenheit für Erfahrungen

Probanden mit hohen Werten in dieser Skala zeigen eine hohe Wertschätzung gegenüber neuen Erfahrungen, sie bevorzugen Abwechslung, sind wissbegierig, kreativ, phantasievoll und unabhängig von ihrem Urteil (vgl. ebd.).

Verträglichkeit (Agreeableness)

Die Dimension Verträglichkeit beschreibt Personen, die angeben, mitfühlend, verständnisvoll und wohlwollend zu sein, sowie ein starkes Harmoniebedürfnis zu haben (vgl. ebd.).

Teststatistische

Kennwerte des NEO-FFI

Zuverlässigkeit

Die internen Konsistenzen der fünf Skalen belaufen sich auf durchschnittlich $\alpha = .78$, die Retest-Reliabilitäten über zwei Jahre liegt zwischen $r = .65$ und $r = .81$.

Gültigkeit

Die Konstruktvalidität des Verfahrens wird beispielsweise durch eine Untersuchung von Ostendorf (1990) gezeigt, in welcher die Selbsteinschätzung von 116 Probanden mittels NEO-FFI mit der Fremdeinschätzung durch Bekannte mittels R-NEO-FFI miteinander verglichen wurde. In der R-Form sind die Items in der 3. statt in der 1. Person Singular formuliert. Dabei ergaben sich Korrelationen von $r = .59$ bis $r = .62$ (Borkenau & Ostendorf, 1993).

Neuere Ergebnisse zu Reliabilität und Validität finden sich in der zweiten, derzeit in Vorbereitung befindenden Auflage des Verfahrens.²

Statistische Verfahren

Zur Auswertung und Berechnung der Untersuchungsdaten wird das Superior Performing Software System (SPSS) für Windows Version 10.0 (deutsche Version) verwendet. Die Stichprobe wird in zwei unabhängige Gruppen aufgeteilt, eine Teilstichprobe der Praxis A (N = 22) und eine der Praxis B (N = 20).

Chi-Quadrat-Test (X^2 -Test)

Um der Frage nachzugehen, ob die Variablen Schulbildungsniveau und Geschlechtsverteilung stochastisch unabhängig von dem Faktor Praxis sind, wurde ein nichtparametrischer, verteilungsfreier X^2 -Test durchgeführt. Allen X^2 -Verfahren ist gemein, dass sie auf einem Vergleich von erwarteten und beobachteten Häufigkeiten beruhen. Gibt es keine Unterschiede zwischen beobachteten und erwarteten Häufigkeiten, dann liegt zwischen zwei Variablen stochastische Unabhängigkeit vor (Bortz, 1999).

Monte-Carlo-Verfahren

Da die Variable Schulbildungsniveau eine Voraussetzung des X^2 -Tests nicht erfüllt hat, wurde ein exakter Test nach dem Monte-Carlo-Verfahren gerechnet.

Unter dem Monte-Carlo-Verfahren versteht man eine Computersimulationstechnik, welche bei geringen Stichproben (Grenzwerttheorem) und Verletzungen der Testvoraussetzung (Normalverteilung) benützt wird, um eine H_0 -Verteilung eines Stichprobenkennwertes zu generieren, damit im Anschluss daran die zu testende Prüfgröße auf Signifikanz hin überprüft werden kann (vgl. ebd.).

t-Test für unabhängige Stichproben

Um die Nullhypothese zu prüfen, dass die beiden Altersmittelwerte der Patientenkreise aus Praxis A und B aus zwei Populationen stammen, deren Mittelwertparameter ($\mu_1 = \mu_2$) identisch sind, wurde ein t-Test gerechnet (vgl. ebd.).

Levene-Test

Zur Überprüfung der t-Test-Voraussetzung, dass die Varianzen innerhalb der beiden Teilstichproben gleich sind, wurde ein Levene-Test durchgeführt. Die Annahme, dass die Varianzen in beiden Populationen nahezu gleich bzw. homogen sind, wird zur Schätzung des Standardfehlers der Differenz benötigt, welcher zur Berechnung des Signifikanztests benötigt wird (vgl. ebd.).

MANOVA

Des Weiteren wurde eine einfaktorielle, multivariate Varianzanalyse

(MANOVA- *multivariate analysis of variance*) gerechnet, um die Mittelwerte der Persönlichkeitsdimensionen zwischen den Praxen auf Gleichheit zu überprüfen. Dabei werden mehrere abhängige Variablen (hier: Persönlichkeitsvariablen) und deren Mittelwerte zwischen den Praxen (unabhängige Variable) verglichen. Der Vorteil gegenüber mehrfachen univariaten Varianzanalysen liegt in der Berücksichtigung der Zusammenhänge (Kovarianzen) zwischen den abhängigen Variablen (Persönlichkeitsdimensionen), so dass der Erklärungswert des Faktors „Praxis“ nicht überschätzt wird und zudem einer alpha-Fehler-Kumulierung durch multiple univariate Varianzanalysen vorgebeugt wird (vgl. ebd.).

Ergebnisse

Es kamen mehrere statistische Tests zur Anwendung, um zu überprüfen, ob die Zahnarztpraxen A und B hinsichtlich ihrer Patienten auf den erhobenen Variablen vergleichbar sind.

Als Globalhypothese wurde angenommen, dass sich die beiden Teilstichproben bezüglich der Persönlichkeit, Zahnbehandlungsangst sowie in ihrer demographischen Zusammensetzung nicht bedeutsam unterscheiden.

² Die zweite Auflage des NEO-FFI – mit einer unveränderten Itemauswahl – befindet sich derzeit in Vorbereitung. Jene darin berichteten Analysebefunde zu den Gütekriterien und den Normen beruhen überwiegend auf einer Stichprobe von 11.724 deutschsprachigen Personen. Analysen zur Zuverlässigkeit zeigen, dass die fünf Skalen internen Konsistenzen von $\alpha = .72$ bis $\alpha = .87$ aufweisen, sowie dass die Retest-Reliabilitäten über fünf Jahre zwischen $r = .71$ und $r = .82$ liegen. Die Konstruktvalidität des Verfahrens wird durch Faktorenanalysen der Items des NEO-FFI sowie durch gemeinsame Faktorenanalysen der Skalen des NEO-FFI und anderer Persönlichkeitsinventare belegt. Untermauert wird diese durch substanziale Korrelationen 1 ... zwischen den Skalen des NEO-FFI und Selbsteinschätzungen auf Adjektivskalen ($r = .54$ bis $r = .80$) sowie Korrelationen zwischen Selbst- und Bekanntenbeurteilungen mittels NEO-FFI ($r = .49$ bis $r = .61$) (Borkenau & Ostendorf, 2007).

Demographische Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt nahmen 42 Neupatienten an der Untersuchung teil. Davon teilten sich 22 Patienten auf die Praxis A sowie 20 Patienten auf die Praxis B auf.

Das Alter in der erfassten Stichprobe variiert in der Praxis A von 21-56 Jahren sowie in der Praxis B von 17-56 Jahren. Insgesamt wurden 13 Frauen und 9 Männer in Praxis A sowie 10 Frauen und 10 Männer in der Praxis B untersucht. Jeweils auf die Teilstichproben bezogen, haben 68,2% der Patienten aus Praxis A „Abitur“ oder „Hochschulabschluss“ als ihren höchsten Schulabschluss angegeben. In Praxis B hingegen gaben 47,4% der Patienten an ein Abitur oder Hochschulabschluss zu haben.

(siehe Tabelle 1)

Die Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests zur statistischen Überprüfung der Geschlechterverhältnisse in beiden Stichproben [Pearson- $\chi^2=0,349$, $P=0,554$ asymptotische Signifikanz (2-seitig)] waren nicht signifikant. Demnach gibt es keine bedeutsamen Unterschiede, so dass anzunehmen ist, dass beide Geschlechterverteilungen aus einer Grundgesamtheit stammen und somit in ihrer Zusammensetzung vergleichbar sind.

Um die Hypothese zu testen, dass das Schulbildungsniveau des Klientels der Praxis A bis auf zufällige Schwankungen mit dem Patientenkreis der Praxis B vergleichbar ist, wurde ebenfalls ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Einschränkend sei gesagt, dass aufgrund der insge-

samt geringen Stichprobe alle Zellen eine erwartete Häufigkeit < 5 aufwiesen, sodass eine Voraussetzung zur Anwendung des Chi-Quadrat-Tests nicht erfüllt war. Deshalb wurde anstelle des gängigen Chi-Quadrat-Tests mit Angabe der asymptotischen Signifikanz ein Chi-

wurden ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den Praxen festgestellt [Pearson- $\chi^2=5,349$, $P=0,404$ Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)]. Folglich ist anzunehmen, dass die Patientenkreise der Praxis A und der Praxis B bezüglich ihrer Schulausbildung vergleichbar

	Praxis A (n = 22)	Praxis B (n = 20)
Alter (Jahre)	35,05 (9,53)	32,50 (12,73)
Geschlecht		
weiblich	13 (59,1)	10 (50,0)
männlich	9 (40,9)	10 (50,0)
Schulabschluss		
Hauptschule	2 (9,1)	6 (30,0)
Mittlere Reife	5 (22,7)	4 (20,0)
Abitur	3 (13,6)	4 (20,0)
Bachelor	1 (4,5)	–
Fachhochschule	6 (27,3)	3 (15,0)
Universität	5 (22,7)	2 (10,0)
Total	22 (100,0)	19 (95,0)
Missing	–	1 (5,0)

Daten: Mean (SD) für Variable „Alter“, relative Häufigkeiten (%) für Variable „Geschlecht“ und „Schulabschluss“

Tab. 1: Demographische Charakteristika der Teilstichproben

Quadrat-Test mit Schätzung der Signifikanz über das Monte-Carlo-Verfahren durchgeführt. Dieser exakte Test benötigt keine Annahmen hinsichtlich der Verteilung und Zelhäufigkeiten der Variablen.

Bezüglich des Schulbildungsniveau

sind.

Zur Frage nach möglichen Altersunterschieden des Klientels zwischen den Praxen wurde ein t-Test angewandt. Der t-Test für unabhängige Stichproben überprüft die H_0 -Hypothese, dass die beiden Stichproben aus zwei Populationen mit

dem gleichen Mittelwertparameter ($\mu_1=\mu_2$) stammen. Der Levene-Test zur Überprüfung der Testvoraussetzung, dass die Varianzen zwischen den Praxen gleich sind ($F=3,012$, $p=0,09$), wurde mit $p<0,20$ signifikant. Deshalb wurde der korrigierte t-Wert ($t_{35,075}=0,728$, $p,472$) auf

anz des Faktors „Praxis“ richtig einzuschätzen, indem die Kovarianzen zwischen den abhängigen Variablen (Persönlichkeitsfaktoren) berücksichtigt werden, um Gruppenmittelwertsunterschiede auf Konstruktebene zu testen.

Da bei einem Faktor mit zwei Fak-

In der Zusammenschau der Ergebnisse lässt sich sagen, dass die Globalhypothese bestätigt werden konnte.

Diskussion

Die vorliegende Studie fand als Voruntersuchung für die gegenwärtig laufende Studie „über die Wirksamkeit der Hypnose bei Patienten mit Zahnbehandlungsangst und -phobie“ im Hinblick auf eine anschließende Replikationsstudie in einer „Standard-Zahnarztpraxis“ statt. Aus diesem Grund wurde auch der ökonomische Weg einer reinen Fragebogenerhebung gewählt. Natürlich gilt es, insbesondere im Hinblick auf das Einzelitem zur Operationalisierung der Zahnbehandlungsangst, welches primär als grobes Screening-Instrument eingesetzt wurde, alle diesbezüglich bekannten Restriktionen zu beachten.

Die Autoren hatten es sich zum Ziel gesetzt zu überprüfen, ob sich die Neupatienten einer Zahnarztpraxis, welche Hypnose anbietet, von jenen einer „Standard-Zahnarztpraxis“ in Bezug auf die Zahnbehandlungsangst, das durchschnittliche Persönlichkeitsprofil und die demographischen Daten unterscheiden. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass sie sich hinsichtlich dieser Variablen nicht unterscheiden. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass die beiden Zahnarztpraxen in Bezug auf das Klientel ihrer Neupatienten vergleichbar sind.

Für den einen oder anderen Zahnarzt, der bereits in Hypnose geübt ist und diese in den Behandlungsalltag

	Praxis A (n = 22)	Praxis B (n = 20)
NEO-FFI		
Neurotizismus	1,80 (.762)	1,77 (.536)
Extraversion	2,49 (.414)	2,53 (.348)
Offenheit	2,69 (.542)	2,51 (.503)
Verträglichkeit	2,61 (.427)	2,65 (.305)
Gewissenhaftigkeit	2,72 (.350)	3,07 (.417)
Zahnbehandlungsangst	3,05 (1,09)	2,75 (1,33)

Daten: Mean (SD)

Tab. 2: Gruppenmittelwerte auf Persönlichkeitsfaktoren und Zahnbehandlungsangst

statistische Signifikanz hin überprüft, welcher jedoch nicht signifikant wurde. Folglich gibt es keine bedeutsamen Altersunterschiede der Patientengruppen der Praxen. (siehe Tabelle 2)

Des Weiteren sollte die Hypothese getestet werden, dass es keine Unterschiede der Patientengruppen hinsichtlich ihrer Persönlichkeit sowie Zahnbehandlungsangst gibt. Hierzu wurde eine einfaktorische MANOVA gerechnet, zum einen um eine alpha-Fehler-Inflationierung durch mehrfache t-Tests zu vermeiden, zum anderen um die erklärte Vari-

torstufen die Multivariaten Tests von SPSS alle den selben Wert liefern, soll hier exemplarisch ein Wert angeführt werden (Pillai-Bartlett's $V=0,203$, $F_{6,35}=1,477$ $p=0,214$). Demnach gibt es keine signifikanten Unterschiede auf den Mittelwertvektoren der abhängigen Variablen zwischen den Praxen.

Inhaltlich bedeutet das, dass es keine statistisch bedeutsamen Unterschiede der Patientengruppen hinsichtlich ihrer Persönlichkeit und Zahnbehandlungsangst gibt. Folglich sind beide Stichprobenverteilungen vergleichbar.

vollständig integriert hat, mögen diese Ergebnisse vielleicht etwas seltsam erscheinen, haben doch ihre eigenen Erfahrungen möglicherweise ein konträres Meinungsbild entstehen lassen. Die Frage die sich hierbei aufdrängt ist, inwiefern die Ergebnisse mit eben diesem Bild vereinbar sind. Einerseits lässt sich gewiss anführen, dass die berichteten Resultate auf einer kleinen Stichprobe fußen, sodass der Gültigkeitsbereich dieser Studie entsprechend der bekannten Restriktionen eingeschränkt ist und sich somit die Ergebnisse nicht uneingeschränkt auf alle Praxen verallgemeinern lassen. Andererseits werden die Resultate durch die bereits diskutierte Wahrnehmungstheorie gestützt. Vor dem Hintergrund dieser Theorie legt die Studie nahe, dass sich mit der Einführung und Etablierung der Hypnose im Praxisangebot eines Zahnarztes weniger das Persönlichkeitsprofil der Neupatienten sowie deren Zahnbehandlungsangst ändert, sondern vielmehr die Wahrnehmung eine Veränderung im Sinne der Sensibilisierung für Angst und deren Symptome erfährt.

Abschließende Bemerkungen

Viele Zahnärzte scheuen sich davor Hypnose anzubieten, aus Angst vor dem Zustrom an „schwierigen“ Patienten. Diese Studie zeigt, dass sich durch das Angebot der Hypnose möglicherweise nicht das Klientel der Neupatienten verändert, sondern vielmehr unsere Wahrnehmung der Patienten. Sobald wir beginnen bei unserem Gegenüber auf die Sympto-

me der Angst zu achten, nehmen wir die Angst auch bewusster wahr.

Dieses Wissen um die Wahrnehmungsprozesse sollten wir nützen, und zwar nicht nur um Angst und emotionale Labilität zu erkennen, sondern vielmehr auch dazu, um unseren Fokus auf die Ressourcen der Patienten zu lenken. Im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung zeigt uns der Patient meist genau das, was wir erwarten. Anders gesagt, steuert unsere Erwartungshaltung in entscheidendem Maße unsere Wahrnehmung der subjektiven Realität, welche ihrerseits unser Verhalten bedingt, was wiederum unsere Umwelt und deshalb auch jeden Neupatienten individuell beeinflusst, wodurch sich der Neupatient gemäß unserer Erwartungshaltung, sei sie negativ oder positiv, verhält.

Erinnern wir uns daran, dass durch die Hypnoseausbildung die Compliance der Patienten steigen kann, dass wir oft in der Lage sind Symptome von Angst und Nervosität zu nutzen und mit der positiven Zielformulierung den positiven Behandlungsausgang schon im Hinterkopf haben können, wenn der Patient zum ersten Mal die Praxis betritt.

Wenn uns also ein im ersten Augenblick vermeintlich „schwieriger Patient“ gegenübersteht, sollten wir immer daran denken, dass in Wirklichkeit die Realität eine ganz andere sein kann, als wir sie wahrnehmen und dass wir nicht all unsere Wahrnehmung für wahr nehmen sollten.

Literatur

- Anderson, J.R. (1996). Kognitive Psychologie (2. Auflage). Heidelberg:

Spektrum.

- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (2007). NEO-FFI, NEO-Fünf-Faktoren Inventar, 2. vollständig überarbeitete Auflage. [Online im Internet] Verfügbar unter: WWW: <http://www.testzentrale.de/?mod=detail&id=248> [07-06-18].
- Bortz, J. (1999). Statistik für Sozialwissenschaftler (5. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Jöhren, P. & Sartory, G. (2002). Zahnbehandlungsangst – Zahnbehandlungsphobie. Ätiologie – Diagnose – Therapie. Hannover: Sültersche.
- Neisser, U. (1976). Cognitive Psychology. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Ostendorf, F. (1990). Zur Validität des Fünf-Faktoren Modells der Persönlichkeit. Regensburg: Roderer.

Mag. rer. nat.

Ursula Sigmund

Klinische & Gesundheitspsychologin
Praxis Dr. Schmierer
Esslingerstr. 40
70182 Stuttgart
Tel. 0711 244081
sigmund@praxis-schmierer.de

Dipl.-cand. Marcel Franz

Praxis Dr. Schmierer
Esslingerstr. 40
70182 Stuttgart
Tel. 0711 244081
marcelfranz@yahoo.de