

Peter Jöhren, Sara Parastar, Gudrun Sartory

Psychotherapie vs. Sedierung und Behandlung in ITN bei Patienten mit Zahnbehandlungsphobie

Literaturverzeichnis:

¹Jöhren P, Enkling N, Heinen R, Sartory G. Klinischer Erfolg einer verhaltenstherapeutischen Kurzintervention zur Behandlung von Zahnbehandlungsphobie. Dtsch Zahnärztl Z 2009;64:377-382.

²DGZMK 2002 ((Ergänzung folgt im Umbruch))

³Agras S, Lettenberg H. The role of selective positive reinforcement in the modification of phobic behaviour. Can Psychiatric Assoc J 1969; 14:69-70.

⁴Berggren U, Linde A. Dental fear and avoidance: a comparison of two modes of treatment. J Dent Res 1984;63:1223-1227.

Eingereicht am: 11.10.10
Zur Publikation angenommen am: 06.12.10

SUMMARY

It was the aim of this single-center study to conduct a retrospective study of the clinical success of behavioral therapy in comparison to the anxiolytic effect of Midazolam and dental treatment under general endotracheal anesthesia (GETA) longitudinal in 471 patients diagnosed to have dental phobia over a period of five years. Clinical success was considered as the combination of the completion of dental therapy and the regular appearance of the patients to the subsequent recall appointment. 60.3% (n = 284) of the included patients were female. The average duration of dental treatment avoidance was 7.1 years (SD 5.8), the average DMFT index 7.2 (SD 7.2). A total of 29.5% of phobics studied (n = 139) stated that they also suffer from at least one additional psychological disorder, and of these, 75.4% stated that they have never received any form of psychotherapeutic treatment. In the group of phobics (n = 198) who selected behavioral therapy as a supportive measure, 75.8% (n = 150) appeared for their regular recall appointment. In the case of

phobics who did not receive any form of behavioral therapy, the ratio was almost the opposite. Only 25.3% (n = 69) appeared for their regular recall examination. This study therefore shows that there is a significant difference between phobics who received accompanying behavioral therapy and those who did not receive such therapy (p = 0.0001). The results of this study confirm the superiority of cooperation between dentists and psychologists or psychotherapists when treating people with dental phobia. This fact should force practicing dentists, who decide to use GETA too frequently and too quickly in many cases, to rethink which supportive measures should accompany treatment. On the other hand, the results show that general anesthesia still has its place in for the therapy of phobic patients, but that only every other patient will appear for recall appointments after completing dental treatment since it is well known that treatment under GETA cannot cure the specific phobia.

ZUSAMMENFASSUNG

Im Rahmen einer unizentrischen Studie wurde retrospektiv der klinische Erfolg einer Verhaltenstherapie (VT) mit dem anxiolytischen Effekt von Midazolam und der Behandlung in ITN bei 471 Patienten mit Zahnbehandlungsphobie longitudinal über fünf Jahre untersucht. Als klinischer Erfolg galten die Kombination aus abgeschlossener zahnärztlicher Therapie und das regelmäßige Erscheinen der Patienten bei darauf folgenden Recallterminen. 60,3 % (n = 284) der Patienten waren weiblich. Die durchschnittliche Vermeidung der zahnärztlichen Behandlung lag bei 7,1 Jahren (SD 5,8). Der DMF/T-Index lag im Mittel bei 7,2 (SD 7,2). 29,5 % der Phobiker (n = 139) gaben an, an mindestens einer weiteren psychischen Störung zu leiden, davon gaben 75,4 % an, keinerlei psychotherapeutische Erfahrung zu besitzen. Die Phobiker (n = 198), die sich für eine Verhaltenstherapie (allein oder in Kombination) entschieden haben, konnten zu 75,8 % (n = 150) einem regelmäßigen Recall zugänglich gemacht werden. Bei Phobikern, die sich keinerlei Verhaltensthera-

pie unterzogen, kehrte sich das Verhältnis um, lediglich 25,3 % (n = 69) nahmen an regelmäßigen Recalluntersuchungen teil. Die vorliegende Studie belegt die Überlegenheit der Verhaltenstherapie bei der Behandlung von Zahnbehandlungsphobikern ($p = 0,0001$) und untermauert die Forderung nach einer Kooperation von Zahnärzten und Psychologen oder Psychotherapeuten bei der Behandlung von Patienten mit einer krankhaften Angst vor der Zahnbehandlung. Dieser Umstand sollte ein Umdenken in der zahnärztlichen Praxis bewirken, bei der zu häufig und oft zu schnell auf die Intubationsnarkose zurückgegriffen wird. Andererseits belegen die Ergebnisse, dass die Vollnarkose ihre Berechtigung in dem Therapiearsenal bei phobischen Patienten hat, dass aber nur jeder zweite Patient nach abgeschlossener Behandlung wieder in der Praxis erscheint, da bekannt ist, dass die Behandlung unter Intubationsnarkose die spezifische Phobie nicht heilen kann.

EINLEITUNG

Zahnbehandlungsphobie führt bei 10 % der deutschen Bevölkerung zu einer Vermeidung der zahnärztlichen Therapie und stellt damit laut Jöhren (JÖHREN et al. 2009) ein ernstzunehmendes gesundheitliches Risiko und ein häufig unterschätztes Problem dar. Die Zahnbehandlungsphobie lässt sich nach ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) 40.2 den spezifischen Phobien zuteilen. Unterschieden wird die Zahnbehandlungsphobie von der normalen, nicht krankhaften Zahnbehandlungsangst (Stellungnahme ²DGZMK 2002). Der Übergang von normaler zu pathologischer Angst ist auch hier, wie bei allen anderen Angststörungen, fließend.

Trotz des erzielten technischen Fortschritts, der es ermöglicht, eine zahnärztliche Behandlung schmerzfrei zu gestalten, ist dieses pathologische Angstmaß der Grund, warum Zahnbehandlungsphobiker den regelmäßigen Zahnarztbesuch vermeiden. Zahnbehandlungsangst gehört zu den zehn häufigsten Ängsten in der Bevölkerung und rangiert an fünfter Stelle unter den Phobien (³AGRAS und LETTENBERG 1969). Die Gründe für die Entwicklung einer Zahnbehandlungsphobie sind häufig in erlebten Traumatisierungen beim Zahnarzt zu suchen, aber letztlich sind sie multikausal und haben ihren Ursprung oft bereits im Kindesalter.

Die sich aus der Phobie ergebenden psychischen, sozialen oder zahnmedizinischen Probleme können das ganze Leben beeinflussen (⁴BERGGREN und LINDE 1984, ⁵FISSET et al. 1989, ⁶LOCKER 1989). Viele Zahnbehandlungsphobiker, die über einen längeren Zeitraum an dieser Angststörung leiden, schämen sich wegen ihrer schlechten Zähne, so dass ihr ohnehin schon reduziertes Selbstwertgefühl durch die für sie schwierige, oft als ausweglos empfundene Situation noch mehr geschwächt wird.

Patienten, die unter einer Zahnbehandlungsphobie leiden, zeichnen sich dadurch aus, dass sie häufig ihre Termine versäumen (⁷MELLOR 1992, ⁸STOUTHARD und HOOGSTRATEN 1990) oder kurzfristig absagen. Ein positiver Zusammenhang zwischen Zahnbehandlungsängsten und unregelmäßigen Zahnarztbesuchen ist nachgewiesen worden (⁹HAKEBERG et al. 1992, ¹⁰MICHEELIS und BAUCH 1991, ¹¹MILGROM et al. 1990). Je öfter der Patient die zahnärztliche Behandlung meidet, desto schwieriger wird es, regelmäßige Besuche zur Gewohnheit zu machen und somit die Angst zu bewältigen (¹²SMYTH

1994). Vor diesem Hintergrund wird deutlich, wie wichtig es ist, jedem Zahnbehandlungsphobiker durch unterstützende therapeutische Maßnahmen die Angst vor der Zahnbehandlung zu nehmen und ihn so an ein adäquates Recall heranzuführen.

Die Therapie der Wahl für Patienten, die unter Phobie leiden, stellt heute die Verhaltenstherapie dar. Verschiedene internationale Studien haben belegt, dass durch psychotherapeutische Intervention, die vor allem aus Desensibilisierung, Entspannung und kognitiven Ansätzen besteht, 70 % der Patienten geheilt werden können.

Verhaltenstherapien bei Zahnbehandlungsphobie:

- Modell-Lernen (¹³MELAMED et al. 1975)
- systematische Desensibilisierung (SD):
 - mit Video (¹⁴BERGGREN und CARLSSON 1984)
 - in vivo (¹⁵MOORE 1991)
- reine Entspannungsverfahren (¹⁶BECK 1978, ¹⁷LAMB und STRAND 1980)
- reine kognitive Verfahren: Kurzintervention (¹⁸DE JONGH et al. 1995)
- kombinierte Therapieformen:
 - Stressimpfungstraining: SD+KR (¹⁹MEICHENBAUM 1977, ²⁰THOM et al. 2000)
- Angstmanagementtraining: E+KR (²¹NING und LIDDELL 1991, ¹⁸DE JONGH et al. 1995, ²⁰THOM et al. 2000, ¹JÖHREN et al. 2009).

Zu den Zielen der psychotherapeutischen Behandlung der Zahnbehandlungsphobie gehört vorrangig die Angstlinderung während der eigentlichen Zahnbehandlung, aber auch die relative Angstfreiheit der betreffenden Patienten hinsichtlich zukünftiger Behandlungstermine. So soll der Gedanke

⁵Fiset L, Milgrom P, Weinstein P, Melnick S. Common fears and their relationship to dental fear and utilization of the dentist. *J Am Dent Society Anesthes* 1989;36:258-264.

⁶Locker D. An introduction to behavioural science and dentistry. Stuttgart New York: Thieme, 1989.

⁷Mellor A.C. Dental anxiety and attendance in the north-west of England. *J Dent Res* 1992;20:207-210.

⁸Stouthard ME, Hoogstraten J. Prevalence of dental anxiety in the Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990;18:139-142.

⁹Hakeberg M, Berggren U, Carlsson SG. Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992;20:97-101.

¹⁰Micheelis W, Bauch J. Mundgesundheitszustand und -verhalten in der BRD. Köln: Ärzteverlag, 1991.

¹¹Milgrom P, Kleinknecht RA, Elliott J, Liu HH, Teo CS. A cross-cultural cross validation of the Dental Fear Survey in South East Asia. *Behav Res Ther* 1990;28:227-233.

¹²Smyth JS. Some problems of dental treatment. Part 2. Treatment avoidance: some differences between regular and irregular patients. *Aus Dent J* 1994;39:50-54.

¹³Melamed BG, Weinstein D, Katin-Borland M, Hawes R. Reduction of fear-related dental management problems with use of filmed modeling. *J Am Dent Assoc* 1975;90:822-826.

¹⁴Berggren U, Carlsson SG. A psychophysiological therapy for dental fear. *Behav Res Ther* 1984;22:487-492.

¹⁵Moore R. Dental fear treatment: comparison of a video training procedure and clinical rehearsals. *Scandinavian J Dent Res* 1991;99:229-235.

¹⁶Beck AT. Cognitive therapy of depression and suicide. *Am Psychiatry* 1978;135:525-533.

¹⁷Lamb DH, Strand KH. The effect of a brief relaxation treatment of dental anxiety on measures of state and trait anxiety. *J Clin Psychol* 1980;36:270-274.

¹⁸De Jongh A, Muris P, ter Horst G, van Zuuren F, Schoenmakers N, Makkes P. One-session cognitive treatment of dental phobia: preparing dental phobics for treatment by restructuring negative cognitions. *Behav Res Ther* 1995;33:947-954.

¹⁹Meichenbaum D. Cognitive-behavior modification. Berlin: Springer 1977.

²⁰Thom A, Sartory G, Jöhren P. Comparison between one-session psychological treatment and benzodiazepine in dental phobia. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:378-387.

an einen bevorstehenden Zahnbehandlungstermin nicht mehr belastend und Patienten sollen angstfrei in der Lage sein, zukünftige Behandlungstermine wahrzunehmen und die Zahnbehandlung nicht mehr länger zu vermeiden. Ein weiterer Anspruch ist der der Behandlungskürze. Zahnbehandlungsphobiker leiden oft bereits unter heftigen Schmerzen, wenn sie sich in die Zahnbehandlung begeben oder müssen wegen ihres häufig sehr schlechten Zahnstatus möglichst rasch behandelt werden. Daher ist es wünschenswert, dass die vorangehende psychotherapeutische Behandlung innerhalb weniger Sitzungen von Erfolg gekrönt ist.

MATERIAL UND METHODE

Die vorliegende Studie wurde zum Vergleich der Wirksamkeit der unterschiedlichen unterstützenden Maßnahmen (Verhaltenstherapie, Sedierung mittels Dormicum und der Behandlung in Intubationsnarkose) in Bezug auf nachhaltigen Angstabbau bei Zahnbehandlungsphobikern durchgeführt. In der vorliegenden Untersuchung über einen Untersuchungszeitraum von Oktober 2001 bis April 2005 handelt es sich um eine retrospektive unizentrische Longitudinalstudie an 471 Patienten des Zentrums für Zahnbehandlungsangst Bochum. Es handelte sich um ein institutionalisiertes Patientengut. Als erfolgreich behandelt galten nur die Patienten, deren zahnärztliche Therapie nicht nur abgeschlossen war, sondern die sich im Jahre 2006 zur Recalluntersuchung wieder vorgestellt haben.

Auswahlkriterien

Jedem Patienten, der zwischen Oktober 2001 und April 2005 das Zentrum für Zahnbehandlungsangst Bochum aufsuchte, wurde der Hie-

rarchische Angstfragebogen (HAF) (²²JÖHREN 1999) vorgelegt. Um Teil der vorliegenden Studie zu werden, mussten die Patienten den Hierarchischen Angstfragebogen vollständig ausfüllen und folgende Kriterien erfüllen:

- Die Auswertung des HAF musste einen Angstscore von ≥ 38 ergeben.
- Es musste eine Vermeidung der zahnärztlichen Therapie von mindestens zwei Jahren vorliegen.
- Lag die Punktzahl maximal bei drei Punkten unter dem Cut-Off, so musste im anamnestischen Vorgespräch mindestens eine Vermeidung des zahnärztlichen Besuchs von fünf Jahren deutlich werden.

Es wurden nur Patienten in die Datenerhebung aufgenommen, bei denen eine lückenlose Ermittlung aller erforderlichen Daten möglich war.

DURCHFÜHRUNG

Im April 2005 wurden alle für diese Studie notwendigen Daten der Patienten mit einem HAF-Angstscore ≥ 38 Punkten bei gleichzeitiger Vermeidung der zahnärztlichen Therapie von mindestens zwei Jahren oder einem HAF-Angstscore ≥ 35 Punkten bei gleichzeitiger Vermeidung einer zahnärztlichen Therapie von mindestens fünf Jahren erfasst. Dies geschah im Vorfeld der Untersuchungen durch das Ausfüllen des Hierarchischen Angstfragebogens nach JÖHREN, die Erstuntersuchung und die Erhebung studienrelevanter Informationen während der Anamnese. Patienten, bei denen eine lückenlose Ermittlung der relevanten Daten möglich war, wurden in die Studie aufgenommen. Diese beinhalteten unter anderem:

- Geburtsdatum
- Geschlecht
- ermittelter Angstscore im Hierarchischen Angstfragebogen
- DMF/T-Index (decayed/missing/filled-teeth index)
- Ermittlung der Gruppenzugehörigkeit.

Jedem Patienten mit Zahnbehandlungsphobie wird im Zentrum für Zahnbehandlungsangst Bochum durch den behandelnden Zahnarzt (hier: Prof. Jöhren/Dr. Dr. Enkling) eine Verhaltenstherapie nahegelegt.

Folgendes Schema wird im Vorfeld der Behandlung zur Entscheidungsfindung angelegt (Abb. 1):

Die Zuteilung der Patienten erfolgte somit nicht randomisiert, sondern nach klaren klinischen Kriterien. In der vorliegenden Studie soll nicht die Überlegenheit der Verhaltenstherapie nachgewiesen werden, vielmehr ist die Information wichtig, bei welchen Therapieformen und unter welchen klinischen Bedingungen es gelingt, möglichst viele Patienten einem adäquaten Recall zuzuführen. Auch unter ethischen Gesichtspunkten wäre ein randomisiertes Vorgehen in dieser Studie nicht zu verantworten gewesen. Des Weiteren ist anzumerken, dass die Patienten in jedem Stadium der Therapie das weitere Vorgehen neu bestimmen konnten. Das erklärt die zustande gekommenen Kombinationen der einzelnen Therapieansätze und die teilweise kleinen Gruppengrößen.

- Vorhandensein anderer psychischer Störungen
- bisherige psychotherapeutische Erfahrungen
- Angstauslöser bei der zahnärztlichen Therapie
- Anzahl wahrgenommener Termine zum Zeitpunkt der Datenerhebung
- erfolgter Abschluss der notwendigen zahnärztlichen Therapie

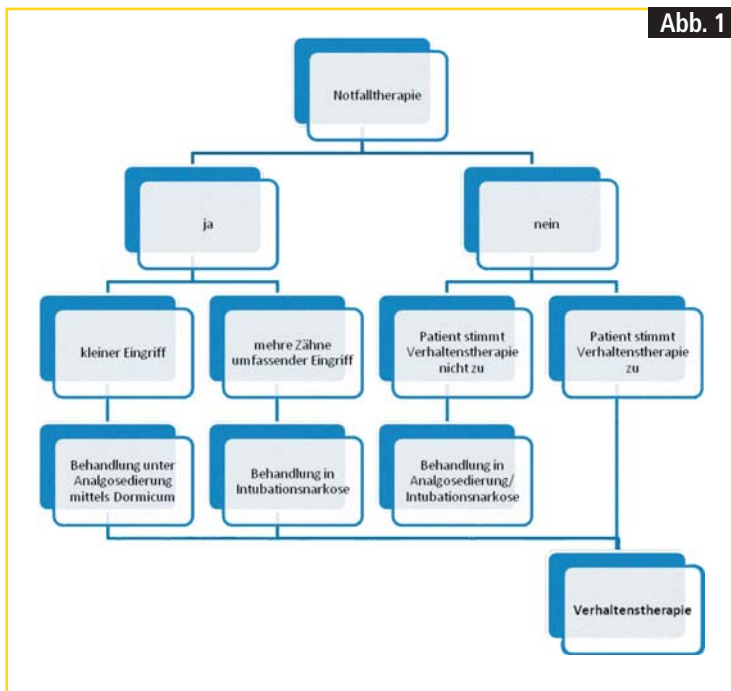


Abb. 1

2). Die Mehrheit aller in die Studie mit einbezogenen Patienten ($n = 105$, 75,4 %), die von sich selbst sagten, an mindestens einer weiteren psychischen Störung zu leiden, hatte bis zum Zeitpunkt der Datenerhebung keinerlei psychotherapeutische Erfahrung. Dementsprechend hatten lediglich 24,6 % ($n = 34$) der Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits psychotherapeutische Erfahrungen (Abb. 3). Von 471 an der Studie teilnehmenden Patienten entschieden sich 42,5 % ($n = 200$) dafür, keinerlei unterstützende Therapiemaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Sie dienten als Vergleichsgruppe. Der größere Teil von 57,5 % ($n = 271$) Patienten entschied sich für eine oder mehrere begleitende Maßnahmen. 32,7 % ($n = 154$) Patienten entschieden sich für die Möglichkeit der Verhaltenstherapie als alleinige Maßnahme zur Behandlung der Zahnbehandlungsphobie. 48 Patienten (10,2 %) ließen sich nur in Intubationsnarkose behandeln. 3,4 % ($n = 16$) Patienten verlangten eine alleinige Sedierung mittels Dormicum. Insgesamt wählten 53 Patienten eine

Abb. 1: Ermittlung der Gruppenzugehörigkeit

²¹Ning L, Liddell A. The effect of concordance in the treatment of clients with dental anxiety. *Behav Res Ther* 1991;29:315-322.

²²Jöhren P. Validierung eines Fragebogens zur Erkennung von Zahnbehandlungsangst. *ZWR, Dtsch Zahnärztebl* 1999;108:104-114.

- Recall
- Vermeidung der zahnärztlichen Therapie in Jahren.

ERGEBNISSE

Die Patientenpopulation ($n = 471$) teilte sich auf in 60,3 % ($n = 284$) weibliche und 39,7 % ($n = 187$) männliche Patienten. Das durchschnittliche Alter aller beobachteten Patienten lag bei 36,2 Jahren (Standardabweichung 10,0). Der Mittelwert des DMF/T-Index der gesamten untersuchten Patientenpopulation lag bei 17,2 (SD 7,2). Der durchschnittliche Angstscore der beobachteten Patienten im Hierarchischen Angstfragebogen nach JÖHREN lag bei 45,8 Punkten (SD 5,0). Die Vermeidung der zahnärztlichen Behandlung wurde in Jahren dokumentiert, es ergab sich ein Mittelwert von 7,1 Jahren (SD 5,8). Alle Patienten gehörten zu der hochängstlichen Gruppe der Zahnbehandlungsphobiker.

Auf die mittels Anamnesebogen gestellte Frage nach dem Vorhan-

densein anderer psychischer Störungen gaben 70,5 % ($n = 332$) der Patienten an, an keiner weiteren psychischen Störung zu leiden. Demzufolge gaben 29,5 % ($n = 139$) der Patienten an, zusätzlich zu der Zahnbehandlungsphobie noch an mindestens einer weiteren psychischen Störung zu leiden (Abb.

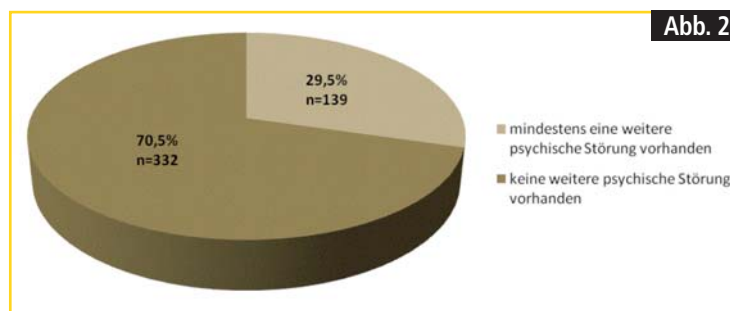


Abb. 2

Abb. 2: Anteil der Patienten, der von sich selbst behauptete, an weiteren psychischen Störungen zu leiden

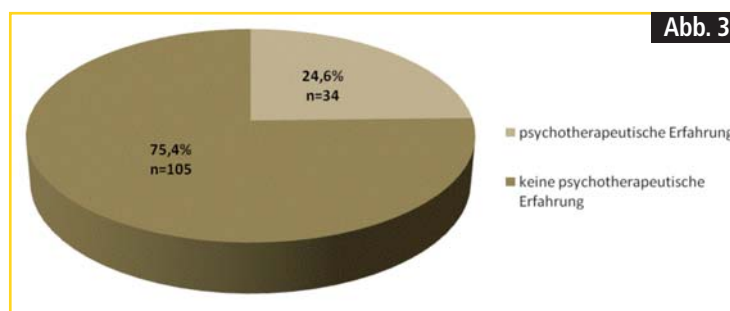


Abb. 3

Abb. 3: Anteil der Patienten mit weiteren psychischen Störungen und vorangegangener psychotherapeutischer Erfahrung

Abb. 4:
Prozentuale Verteilung aller möglichen Kombinationen der Therapieansätze

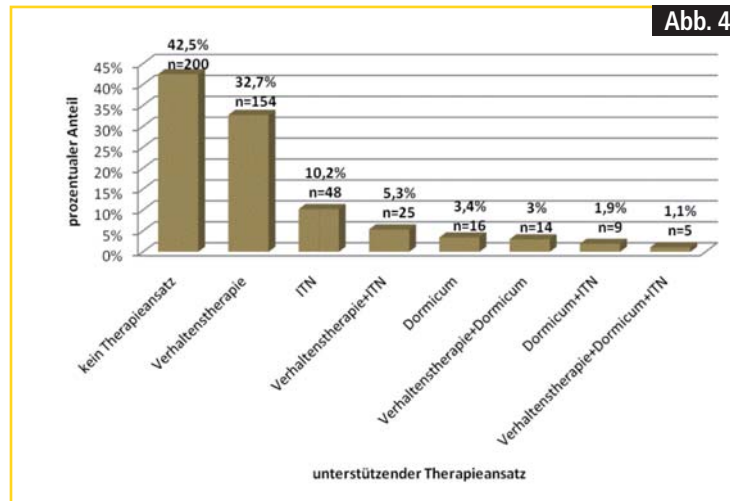


Abb. 4

Abb. 5:
Behandlungsstadien der Patienten mit/ohne Verhaltenstherapie (Kombinationen der Verhaltenstherapie mit anderen Therapieansätzen waren möglich)

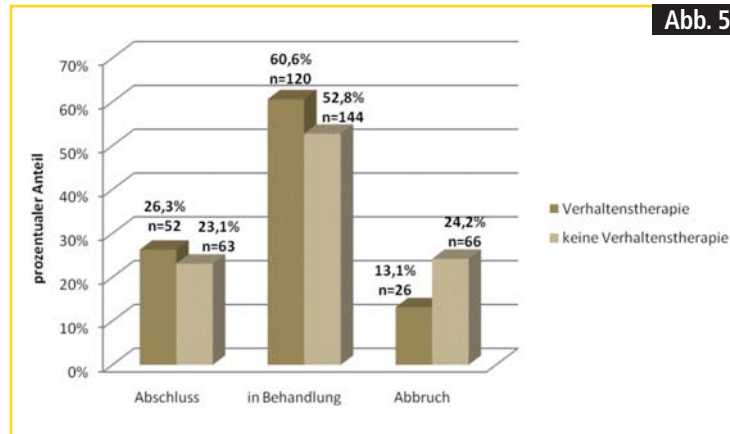


Abb. 5

Abb. 6:
Im Jahre 2006 im Recall befindliche Patienten insgesamt und gestaffelt nach einzelnen unterstützenden Therapieansätzen (Kombinationen der einzelnen Therapieansätze waren möglich)

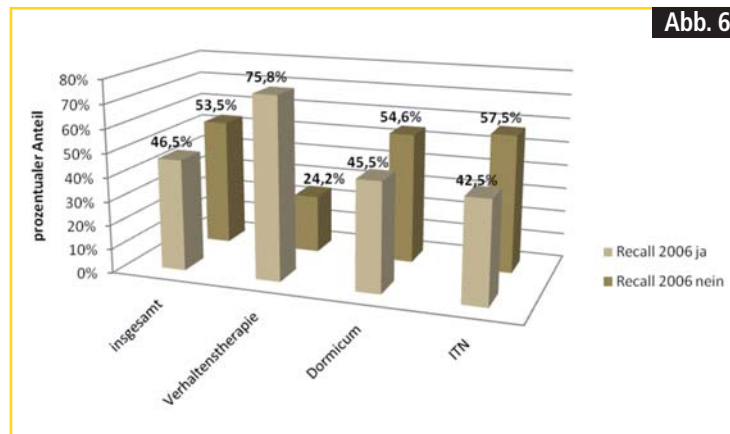


Abb. 6

Kombination verschiedener Maßnahmen, davon entschieden sich 1,1 % (n = 5) Patienten dafür, im Verlauf der Behandlung von allen Möglichkeiten (Verhaltenstherapie, Dormicum und ITN) Gebrauch zu machen. 1,9 % (n = 9) Patienten

wählten die Möglichkeit der Sedierung mittels Dormicum und die zusätzliche Behandlung in Intubationsnarkose. Der Anteil der Patienten, der die Möglichkeit der Kombination aus Verhaltenstherapie und Dormicum wählte, belief

sich auf 3 % (n = 14). Der Anteil der Patienten, der die Möglichkeit der Kombination aus Kurzintervention und Intubationsnarkose wählte, lag bei 5,3 % (n = 25) (Abb. 4). Von 198 Patienten, die durch die Verhaltenstherapie unterstützt wurden (allein oder in Kombination), waren im Zeitraum der Untersuchung 60,9 % (n = 120) gerade in laufender Behandlung, 26,3 % (n = 52) hatten die Behandlung bereits abgeschlossen und 13,1 % (n = 26) brachen die Behandlung im Vorfeld ab. Vergleicht man diese Patientengruppe mit derjenigen, die auf die unterstützende Therapie mittels Verhaltenstherapie gänzlich verzichtete, so wird deutlich, dass von diesen 273 Patienten 52,8 % (n = 144) gerade in laufender Behandlung waren, 23,1 % (n = 63) die Behandlung abgeschlossen hatten und die Quote der Abbrüche mit 24,2 % (n = 66) deutlich über derjenigen liegt, die Patienten erreicht haben, denen unterstützend eine Verhaltenstherapie zuteil wurde. Hier liegt ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Interventionsgruppen vor (p = 0,0116; Abb. 5). Von 198 Patienten, die sich einer Verhaltenstherapie unterzogen haben, waren im Jahre 2006 75,8 % im regelmäßigen Recall (n = 150), wohingegen das Verhältnis bei den Patienten (n = 273), die sich keiner Verhaltenstherapie unterzogen, nahezu umgekehrt war. Hier waren im Jahre 2006 lediglich 25,3 % (n = 69) im regelmäßigen Recall, wohingegen 74,7 % (n = 273) im Jahre 2006 an keiner Kontrolluntersuchung teilnahmen. Es bleibt also festzustellen, dass es einen deutlichen Unterschied gibt zwischen Patienten, die an einer Verhaltenstherapie teilnahmen (allein oder in Kombination), und denen, die an keiner Verhaltenstherapie teilnahmen (p = 0,0001; Abb. 6).

DISKUSSION

Das Ziel der vorliegenden unizentrischen Studie am Therapiezentrum für Zahnbehandlungsangst der Zahnklinik Bochum war es, retrospektiv den klinischen Erfolg der Verhaltenstherapie im Vergleich zum anxiolytischen Effekt der Sedierung mittels Dormicum und der Behandlung in Intubationsnarkose bei Patienten mit Zahnbehandlungsphobie longitudinal zu untersuchen. Ausgehend von der Forderung, Zahnbehandlungsphobiker nach den gleichen zahnärztlich-therapeutischen Grundsätzen zu behandeln, wie nicht ängstliche Patienten (²³JÖHREN und MARGRAF-STIKSRUD 2002), definiert die vorliegende Studie eine erfolgreiche Behandlung, wenn die zahnärztlichen geplanten Behandlungsschritte durchgeführt werden konnten und die Patienten in ein regelmäßiges Recall aufgenommen wurden. Als Parameter für die erfolgte Anxiolyse dienten die jeweils eingehaltenen Termine der einzelnen Interventionsgruppen und die durchgeführten notwendigen zahnärztlichen Behandlungen bzw. deren Abschluss- oder Abbruchrate und der Eintritt in das Recallsystem der Zahnklinik Bochum mit erfolgter Kontrolluntersuchung im Jahre 2006. Die vorliegende Studie ist sowohl in ihrem Umfang als auch in der Eingrenzung des Patientenkontingents auf krankhaft ängstliche Patienten einmalig. Die fehlende Randomisierung eines prospektiven kontrollierten Studiendesigns begrenzt die Aussagefähigkeit; allerdings ist in der Vergangenheit durch zahlreiche Studien bereits die Überlegenheit der Verhaltenstherapie bei Zahnbehandlungsphobikern belegt worden (¹JÖHREN et al. 2009, ²⁰THOM et al. 2000).

Im zweiten Abschnitt der Studie wurde untersucht, wie viele Pati-

enten sich aus dem ersten Untersuchungsabschnitt ein Jahr nach abgeschlossener Behandlung im regelmäßigen Recall befanden. Dieses klinische Erfolgskriterium wurde gewählt, weil letztlich für den Erfolg der angstabbauenden Therapie entscheidend ist, ob das zentrale Kriterium der Phobie, die Vermeidung, seitens der Patienten aufgegeben wurde. Nur so kann wirklich von einem Therapieerfolg gesprochen werden. Hier zeigt sich die Überlegenheit der Verhaltenstherapie.

Um die Patienten einer zahnärztlichen Behandlung zugänglich zu machen, wurden nach klinischen Gesichtspunkten eine verhaltenstherapeutische Kurzintervention, eine Sedierung mittels Dormicum und die Behandlung in Intubationsnarkose unterstützend angeboten. Die Diskrepanz zwischen der Forderung, alle Patienten der Psychotherapie zuzuführen, und der klinischen Realität ergibt sich aus der Empfehlung des behandelnden Arztes einerseits und dem Wunsch des Patienten andererseits. Während der Patient sich im Allgemeinen wünscht, von dem zahnärztlichen Geschehen um sich herum nichts mitzubekommen, sollte es Anliegen des Arztes sein, nicht nur die vorrangige Zahnsanierung zu sehen und somit an erster Stelle die Wiederherstellung eines funktionstüchtigen Kauorgans zu stellen, sondern sich auch in der Pflicht sehen, den Patienten von seiner Phobie zu heilen und seine Ängste zu mindern. Dieses ist durch die vielfach bekundete Forderung seitens der Patienten nach einer Behandlung in Intubationsnarkose nicht möglich. In vielen Untersuchungen seit Anfang der 1980er Jahre ist deutlich herausgestellt worden, dass eine Behandlung in Intubationsnarkose eine Zahnbehandlungsphobie nicht beseitigen kann (²⁴BERGGREN und

CARLSSON 1984). BERGGREN et al. stellten schon 1984 fest, dass Patienten mittels pharmakologischer Methoden nur kurzzeitig von ihren Ängsten erleichtert werden können und zukünftige regelmäßige Zahnbehandlungen bei diesen Patienten die Ausnahme darstellen werden.

Vergleicht man die Behandlungsstadien der Patienten mit und ohne Verhaltenstherapie im ersten Untersuchungszeitraum (Oktober 2001 bis April 2005), so wird deutlich, dass Patienten, die eine Verhaltenstherapie erhalten haben (allein oder in Kombination) mit 26,3 % (n = 52) die zahnärztliche Therapie zu einem Abschluss brachten, wohingegen in selbigem Zeitraum lediglich 21,5 % (n = 43) der Phobiker ohne unterstützenden Therapieansatz die zahnärztliche Therapie zu einem Abschluss brachten. Diese Gruppe der Phobiker ist außerdem öfter gerade in Behandlung (60,6 %) als Patienten ohne Kurzintervention (52,8 %) und sie haben die Behandlung mit 13,1 % wesentlich seltener abgebrochen als Patienten ohne Kurzintervention (24,2 %). Dieses Ergebnis findet sich auch in Untersuchungen aus der Vergangenheit (²⁵KVALE et al. 2002, ²⁰THOM et al. 2000). Ein nicht zu unterschätzendes Problem bezüglich der hochwirksamen Verhaltenstherapie im Hinblick auf eine nachhaltige Anxiolyse ist die fehlende Akzeptanz in der Bevölkerung. Noch immer ist die Psychotherapie negativ besetzt und vorurteilsbehaftet. Wie auch bei anderen Therapien ist es im Bezug auf Zahnbehandlungsphobie nötig, dass der Patient dazu bereit und willens ist, sich therapieren zu lassen. Es gilt als nachgewiesen, dass Zahnbehandlungsphobiker, die zusätzlich zu ihrer Zahnbehandlungsphobie an anderen Angsterkrankungen leiden, bezüglich ihrer Zahnbehandlungs-

²³Jöhren P, Margraf-Stiksrud I. Zahnbehandlungsangst und Zahnbehandlungsphobie bei Erwachsenen. Stellungnahme der DGZMK in Kooperation mit dem Arbeitskreis für Psychologie und Psychosomatik der DGZMK. *Dtsch Zahnärztl Z* 2002;57:9-12.

²⁴Berggren U, Carlsson SG. A psychophysiological therapy for dental fear. *Behav Res Ther* 1984;22:487-492.

²⁵Kvale G, Raadal M, Vika M, Johnsen BH, Skaret E, Vatne-lid H, Ojama I. Treatment of dental anxiety disorders. Outcome related to DSM-IV diagnoses. *Eur J Oral Sci* 2002;110:69-74.

²⁶Kleinhaus M, Eli I, Baht R, Shamay D. Correlates of success and failure in behavior therapy for dental fear. *J Dent Res* 1992;71:1832-1835.

²⁷Makkes PC, Schuur AH, van Velzen SK, Duivenvoorden HJ, Verhage F. Effect of a special dental program upon extreme dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987;15:173.

²⁸Locker D, Poulton R, Thomson WM. Psychological disorders and dental anxiety in a young adult population. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29:456-463.

²⁹Armfield J.M. A preliminary investigation of the relationship of dental fear to other specific fears, general fearfulness, disgust sensitivity and harm sensitivity. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008;36:128-136.

³⁰Anttila S, Knuuttila M, Ylostalo P, Joukamaa M. Symptoms of depression and anxiety in relation to dental health behavior and self-perceived dental treatment need. *Eur J Oral Sci* 2006;114:109-114.

³¹Jöhren P, Wannemüller 2010; ((Ergänzung folgt im Umbruch))

phobie schwerer zu therapieren sind als dies bei Patienten der Fall ist, die ausschließlich an Zahnbehandlungsphobie leiden (²⁶KLEINHAUZ et al. 1992, ²⁷MAKKES et al. 1987, ¹⁵MOORE 1991). In der vorliegenden Studie wurden die Patienten in der Anamnese befragt, ob sie an anderen psychischen Störungen leiden. Da die Angaben nur auf der Selbstausskunft der Patienten beruhen und nicht überprüft wurden, sind sie nicht uneingeschränkt aussagekräftig. Da es sich bei allen in die Studie mit einbezogenen Patienten um hochängstliche Zahnbehandlungsphobiker handelt, kann in der vorliegenden Untersuchung das Ergebnis von ²⁸LOCKER et al. (2001) weder untermauert noch abgelehnt werden, dass Phobiker im Vergleich zu Nichtphobikern signifikant häufiger an psychischen Störungen leiden. 29,5 % der Patienten gaben insgesamt an, an weiteren psychischen Störungen zu leiden. 19,3 % der Patienten leiden nach eigenen Angaben an einer weiteren psychischen Störung. 7,6 % leiden an zwei weiteren psychischen Störungen. 2,3 % an drei weiteren und 0,2 % an vier weiteren psychischen Störungen. ²⁹ARMFIELD (2008) konnte eine Korrelation zwischen einer bestehenden Zahnbehandlungsphobie und dem Vorhandensein anderer spezifischer Phobien nachweisen. Signifikant häufig trat eine Korrelation zwischen Zahnbehandlungsphobie und generalisierten Angststörungen auf. Betrachtet man die Häufigkeitsverteilung anderer psychischer Störungen in der vorliegenden Untersuchung, so gaben 19,5 % der befragten Patienten an, neben der Zahnbehandlungsphobie an Agoraphobie (Platzangst) zu leiden. Zu einem signifikant hohen Auftreten von Zahnbehandlungsphobie und Agoraphobie kommen auch ²⁸LOCKER et al. (2001) in ihren Untersuchungen. Die zweit-

häufigst genannte psychische Störung ist nach Angaben der Patienten die Depression. Das Ergebnis stimmt mit dem der Studie von ³⁰ANTILLA et al. (2006) überein, in der festgestellt wurde, dass die Prävalenz einer Depression ein wichtiger Indikator für das Vorhandensein einer Zahnbehandlungsphobie sein kann. Betrachtet man die Aussage der gleichen Patienten bezüglich vergangener psychotherapeutischer Erfahrung, so geben lediglich 24,6 % der Patienten an, diese zu besitzen. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass zwar 29,5 % der in die Studie einbezogenen Phobiker von anderen psychischen Störungen wissen, aber 75,3 % dieser Patienten trotz offensichtlichem Behandlungsbedarf keinerlei psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben. Zu dem gleichen Ergebnis kommen auch ³¹JÖHREN und WANNEMÜLLER (2010) in einer aktuellen Untersuchung an 90 Zahnbehandlungsphobikern: 50 % der Zahnbehandlungsphobiker haben mindestens eine weitere Phobie, 75 % der Patienten haben jedoch keinerlei psychotherapeutischen Erfahrungen (³¹JÖHREN und WANNEMÜLLER 2010).

Die vorliegende Studie zeigt eindrucksvoll, dass alle unterstützten Therapieansätze bei der Behandlung phobischer Patienten in der Zahnmedizin durchaus ihre Berechtigung haben. Eine langfristige Anxiolyse jedoch erzielt vor allem die psychotherapeutische Kurzintervention. Auch der psychologisch geschulte Zahnarzt kann Einfluss auf die Angst seiner hochängstlichen Patienten nehmen und diese mit vielen kleinen Schritten an die zahnärztliche Therapie heranführen. Allerdings dauert dieses Procedere länger als die Behandlung normal ängstlicher Patienten. Durch die vorgelagerte Psychotherapie wird ein Großteil

der angstabbauenden Therapie aus dem Behandlungszimmer in die Räume des Therapeuten verlagert und dem Zahnarzt wird der Umgang und der Einstieg in die zahnärztliche Therapie erleichtert. Die Behandlung von phobischen Patienten in Intubationsnarkose scheint vor allem immer dann sinnvoll, wenn die Patienten einen weiten Weg bis zum Therapiezentrum zurücklegen müssen, die Psychotherapie ablehnen oder wenn nach der Behandlung in Narkose noch zahlreiche zahnärztliche Therapieschritte und eine Verhaltenstherapie geplant sind, die Narkose sozusagen nur die initiale Therapie darstellt. Das zahnmedizinische Studium sollte diese Überlegungen und das psychologische Rüstzeug liefern, da 10 % der Bevölkerung betroffen sind und jeder zweite Patient mit Zahnbehandlungsphobie unter einem weiteren psychisch manifesten Krankheitsbild leidet, das der Zahnmediziner entsprechend dem Mediziner und der psychosomatischen Grundkompetenz kennen sollte. *pi*

**Prof. Dr. Peter Jöhren,
Dr. Sara Parastar**
Universität Witten/Herdecke,
Alfred Herrhausenstrasse 50,
Witten
Zahnklinik Bochum, Augusta
Kranken Anstalt, Bergstrasse 26
44791 Bochum
E-Mail: SaraParastar@gmx.de

Prof. Dr. Gudrun Sartory
Bergische Universität Wuppertal
Fachbereich Klinische Psychologie
und Psychotherapie
Max-Horkheimer-Straße 20
42097 Wuppertal