

Zahnbehandlungsangst und Zahnbehandlungsphobie bei Erwachsenen

Stellungnahme der DGZMK in Kooperation mit dem Arbeitskreis für Psychologie und Psychosomatik der DGZMK

Trotz der heute weitestgehend schmerzfreien Behandlung unter Lokalanästhesie wird die Zahnbehandlung von vielen Patienten als unangenehme und bedrohliche Situation wahrgenommen. Je nach Autor geben 60 –80 % der Allgemeinbevölkerung ein Angstgefühl vor dem Zahnarztbesuch an. Bis zu 20 % gelten als hoch ängstlich und 5 % vermeiden den Besuch beim Zahnarzt völlig. Diese leiden nach der ICD 10, 40.2 unter einer Angsterkrankung, der Zahnbehandlungsphobie.

Definition der Zahnbehandlungsangst und der Zahnbehandlungsphobie

Zahnbehandlungsangst ist der Sammelbegriff für alle psychologischen und physiologischen Ausprägungen eines mehr oder weniger starken, aber nicht krankhaften Gefühles, das bei vermeintlicher oder tatsächlicher Bedrohung im Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung oder mit ihr verbundener Stimuli auftritt. Von dieser ist die krankhafte *Zahnbehandlungsphobie* abzugrenzen, die als spezifische Phobie zu der Gruppe der einfachen Phobien zählt (Jöhren 1999 a). Neben einem hohen Angstaussmaß unterscheidet vor allem die Vermeidung eines regelmäßigen Zahnarztbesuches Patienten mit einer Angsterkrankung von normal ängstlichen Patienten. Als angstauslösende Stimuli können alle Objekte oder Situationen dienen, die mit der Zahnbehandlung assoziiert sind. Wie bei der Entstehung aller anderen Angststörungen kann auch bei der spezifischen *Phobie* der Übergang von der normalen zur pathologischen Angst fließend sein. Die Diagnose muß sorgfältig gestellt werden, da bei klassischen Phobien Objekte (Tiere etc.) oder Situationen (Zahnbehandlung, Fliegen etc.) als Angst auslösender Stimulus fungieren, vor denen sich auch „normal Ängstliche“ fürchten bzw. ängstigen.

Ätiologische Modelle

Zahnbehandlungsangst entsteht meistens durch das Zusammenwirken mehrere Faktoren:

- Die häufigste Ursache für die Entwicklung der Zahnbehandlungsangst, -phobie stellen *traumatische Erlebnisse* während der Zahnbehandlung dar (Lindsay und Jackson, 1993).
- Die Unsicherheit, ob während der Behandlung Schmerzen auftreten werden, kann zu einer *Erwartungsangst* unterschiedlicher Ausprägung führen. So berichtete Wardle (1982), dass in ihren Untersuchungen die meisten Probanden in irgendeiner Form Schmerzen während der zahnärztlichen Therapie erwarteten, auch wenn die Wahrscheinlichkeit, dass Schmerzen auftreten werden sehr gering war.
- Auch neutrale Reize, die in raum-zeitlicher Nähe zu einem schmerzauslösenden Reiz auftreten (z.B. eine Injektion), können über *klassische Konditionierung* selbst als konditionaler Stimulus angstauslösend werden.
- Die Theorie des *Modelllernens* postuliert, dass nicht die Zahnbehandlung selbst, sondern Erzählungen aus dem sozialen Umfeld zu unterschiedlich stark ausgeprägter

Zahnbehandlungsangst führen können. Nach *Kleinknecht* (1973) ist vor allem die Familie entscheidend bei der Entwicklung der Angst vor zahnärztlicher Behandlung beteiligt.

- An der Entstehung von Zahnbehandlungsangst sind darüber hinaus folgende Bedingungen beteiligt:
 - der drohende Verlust der Selbstkontrolle und das damit verbundene

Gefühl ausgeliefert zu sein

- unbekannte und unvorhersehbare Abläufe bei der Zahnbehandlung.
- die biologische Disposition der betroffenen Person, mit Angst zu reagieren.
- Auch Eigenschaften und Verhaltensweisen des Zahnarztes und des gesamten zahnärztlichen Kontextes sind bei Überlegungen zur Entstehung und Vermeidung von Angstgefühlen nicht zu vernachlässigen.

Die Diagnostik von Zahnbehandlungsangst und Zahnbehandlungsphobie

Eine vollständige Angstdiagnostik umfaßt die Beobachtung aller drei biologischen Ebenen der Angst (Physiologie, Verhalten und psychische Prozesse). Dennoch besteht Einigkeit darüber, dass Selbstbeurteilungsverfahren psychischer Prozesse (Fragebögen) die brauchbarste Erfassungsmethode der Angst erwachsener Patienten vor und in der zahnärztlichen Situation darstellen, da ihre Validität und Reliabilität sehr hoch ist und sie ökonomisch eingesetzt werden können (*Ingersoll* 1987).

Die in der Zahnmedizin international am häufigsten eingesetzte Angstskala stellt die englische *Dental anxiety scale* nach *Corah* (*DAS, Corah, 1969, deutsche Version, Margraf-Stiaksrud, 1996*) dar. Sie besteht aus nur vier Fragen, mit denen der Patient gebeten wird, sich in Situationen zu versetzen und anzugeben, wie ängstlich er sich bei der Vorstellung der Situation fühlt. Dieser Fragebogen enthält keine weiteren Informationen, vor welcher Behandlung sich der Patient besonders fürchtet.

Der hierarchische Angstfragebogen HAF nach *Jöhren* (1999 a) besteht aus 11 Fragen und unterteilt die Patienten ebenfalls in drei Gruppen: niedrig ängstlich (bis 30 Punkte), mittelmäßig ängstlich (von 31 bis 38 Punkte), hoch ängstlich (> 38 Punkte). Die Diagnose Zahnbehandlungsphobie ergibt sich aus einem Angstscore von über 38 bei gleichzeitiger anamnestischer Vermeidung der Zahnbehandlung. Der Fragebogen enthält darüber hinaus sechs Behandlungssituationen, die die am meisten angstausslösenden Situationen bei der Patientenbehandlung darstellen.

Die Therapie von Zahnbehandlungsangst und Zahnbehandlungsphobie

Die zahnärztliche Therapie von normal und krankhaft ängstlichen Patienten muß von der Forderung bestimmt sein, diese Patienten nach den gleichen zahnärztlichen, therapeutischen Grundsätzen zu behandeln, wie nicht ängstliche Patienten. Ergänzend dazu ist die kausale anxiolytische Therapie zu sehen, deren Ziel es ist, den Patienten zur Aufgabe seines Vermeidungsverhaltens zu bewegen und ihm einen Einstieg in eine dauerhafte zahnärztliche Betreuung zu ermöglichen.

Da nicht alle Methoden dazu gleichermaßen geeignet sind, bietet sich folgende Einteilung an:

- Primär **anxiolytische** Verfahren
 - *medikamentös*: Prämedikation, Sedierung, Analgosedierung
 - *nicht medikamentös*: Psychotherapeutische Interventionen, Hypnose
- Primär **schmerzreduzierende** Verfahren
 - *medikamentös*: Lokalanästhesie, Narkose
 - *nicht medikamentös*: Audioanalgesie, TENS, Akupunktur

Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, daß *nur* nicht medikamentöse, primär anxiolytische Verfahren in der Lage sind, die dem Vermeidungsverhalten zu Grunde liegende Zahnbehandlungsangst ursächlich zu therapieren und langfristig abzubauen (De Jongh 1995, Jöhren 2000 a). Die *psychotherapeutischen Behandlungen* stellen damit die Methode der ersten Wahl dar. Folgende Verfahren wurden in der Zahnmedizin bereits klinisch kontrolliert untersucht und zeigten sich erfolgreich: Modell-Lernen (Melamed 1975), die systematische Desensibilisierung mit Video (Berggren und Carlsson 1984) oder *in vivo* Konfrontation (Moore et al. 1991), reine Entspannungsverfahren (Beck et al. 1981, Lamb und Strand 1980, Klages et al. 1989, 1998), kognitive Verfahren (De Jongh et al. 1995) bis hin zu kombinierten Therapieformen wie dem Streßimpfungstraining (Meichenbaum 1977, Thom, Sartory und Jöhren 2000) und dem Angstmanagementtraining (Ning und Liddell 1991). Die kombinierten Therapieformen können heute auf eine einzige Sitzung begrenzt werden und dauern nicht länger als 2 bis 3 Stunden. Ihr Erfolg liegt mittelfristig bei einer Heilung von 70 Prozent der betroffenen Phobiker, wenn sie sich einer solchen psychotherapeutischen Intervention unterziehen.

Behandlungen unter Analgosedierung, Narkose oder mit Prämedikation erlauben zwar eine zahnärztliche Therapie der betroffenen Patienten, eine Verminderung der Zahnbehandlungsangst oder eine Heilung der Angsterkrankung ist jedoch nur in Ausnahmefällen möglich.

Um hoch ängstliche Patienten notfallmäßig behandeln zu können, stellt die Prämedikation mit *Midazolam (Dormicum®) oral* mit 0,18-0,2 mg /Kg Körpergewicht für eine kurzfristige Anxiolyse ein geeignetes Verfahren dar. Die Überwachung dieser Patienten mittels Pulsoximeter stellt dabei ein *conditio sine qua non* dar.

Trotzdem ist die Behandlung unter Analgosedierung bis hin zur Intubationsnarkose durchgeführt von einem Facharzt für Anästhesiologie nicht immer zu vermeiden. Fehlende Kooperation bei anderen Verfahren, ausgedehnte Eingriffe und Unverträglichkeit einer Lokalanästhesie können Gründe für eine Behandlung unter Allgemeinanästhesie darstellen. Die Behandlung unter Allgemeinanästhesie sollte bei ängstlichen Kindern und Erwachsenen jedoch immer die Ausnahme darstellen.

P.Jöhren, Witten-Herdecke, und J. Margraf-Stiksrud, Marburg

Quelle: DZZ 57(1) 2002

Stellungnahme der DGZMK V1.0 Stand (01) (2002)

Diese Stellungnahme wurde mit dem Vorstand des AK Psychologie und Psychosomatik der DGZMK erarbeitet

©

Literatur:

Beck, A.T., Emery, G.: Kognitive Verhaltenstherapie bei Angst und Phobien. Steinbauer & Rau, München 1981.

Berggren und Carlsson: A psychological therapy for dental fear. Behav Res Ther 22, 487 (1984).

Corah, N.L.: Development of a dental anxiety scale. J Dent Res 48, 596 (1969).

De Jongh, A., Muris, P., Ter Horst, G., Van Zuuren, F., Schoenmakers, N., Makkes, P.: One-session treatment of dental phobia: preparing dental phobics for treatment by reconstructing negative cognitions. Behav Res Ther 33, 947 (1995).

Ingersoll, B.D.: Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde. Quintessenz, Berlin 1987.

Jöhren, P.: Validierung eines Fragebogens zur Erkennung von Zahnbehandlungsangst. Zahnärztl Welt Ref 108, 104 (1999 a).

Jöhren, P., Gängler, P.: Die Zahnbehandlungsangst, Zahnbehandlungsphobie - Definitionen, Ätiologie. Zahnärztl Welt Ref.108, 775 (1999 b)

Jöhren P., Thom A., Jackowski J., Sartory, G., Gängler, P.: Fear reduction in patients with dental treatment phobia. Br J Oral Maxillofac Surg 00, 1(2000 a)

Jöhren, P., Thom, A., Sartory, G.: Präoperative Vorbereitung bei Patienten mit Zahnbehandlungsphobie. Midazolam vs. psychologische Kurzintervention. Deutsch Zahnärztl Z 55, 273 (2000 b)

Klages, U., Sergl, H.G., Barth, V.: Untersuchungen über die Wirkung eines Entspannungstrainings auf die Angst vor der zahnärztlichen Behandlung. In *Sergl, H.G., Müller Fahlbusch, H.*(Hrsg): Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin. Quintessenz, Berlin 1989

Klages, U., Sergl, H.G., Kämpf, V.: Entspannungsmusik in der Zahnarztpraxis: Auswirkungen auf Schmerzempfindungen, Angsterleben und Angst vor der Angst. In: *Sergl, H.G., Huppmann, G., Kreyer, G.* (Hrsg.): Jahrbuch der Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Quintessenz, Berlin 1998

Kleinknecht, R.A.; Klepac, R.K., Alexander, D.A.: Origins and characteristics of fear of dentistry, Am Dent A J 86, 842 (1973).

Lindsay, S, Jackson, C.: Fear of routine dental treatment in adults: its nature and management. Psychol Health 8, 135 (1993).

Margraf-Stiksrud, J.: Angst und Angstabbau. In : *Sergl, H.G.*(Hrsg.): Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Urban & Schwarzenberg, München 1996

Meichenbaum D.: Cognitive -behaviour modification. New York, Plenum 1977.

Ning, S., Liddell, A.: The effect of concordance in the treatment of clients with dental anxiety. Beh Res Ther 29, 315 (1991).



Thom, A., Sartory, G., Jöhren, P.: Comparison between a short psychological intervention and benzodiazepine in dental phobia. *J Cons Clin Psych* (2000).

Wardle, J.: Fear of dentistry. *Br J Med Psychol* **55**, 119-126 (1982).

