



Abb. Arnulf Rainer: *Zahn und Weh*, 1972/74, Schwarzweißfoto mit Ölfarbe übermalt, auf Metallplatte, Holzrahmen, übermalt, 170 × 138 × 5 cm, Städtisches Museum Abteiberg, Mönchengladbach, (Abb. aus: *Ich ist etwas anderes: Kunst am Ende des 20. Jahrhunderts*, Ausstellungskatalog hg. v. Armin Zweite, Stiftung Kunstsammlung Nordrhein-Westfalen, Köln 2000, 153).

Der Österreicher Arnulf Rainer ist für seine Foto-Übermalungen berühmt. Kaum ein Künstler hat so oft wie Rainer sich in Selbstporträts dargestellt und zugleich verfremdet, entstellt, verwüstet. Schon die Fotos zeigen Grimassen des Verdrehens, Verwindens, Verzerrens, der Quetschung und Verformung. Mit ungeheurer Intensität werden die Gesichtszüge gleichsam zur Explosion gebracht, sie fahren, freigelassen von der habituellen mimischen Selbstbeherrschung, frei im Gesicht herum und verwandeln es in flottierende physiognomische Gesten, die keiner Lesbarkeit mehr unterworfen sind. So unternimmt Rainer vor der Kamera serielle Studien über alle fazialen Bewegungen und Positionen, die mit den mimischen Gesichtsmuskeln herzustellen sind. Die abendländische Hochschätzung des signifikativen Antlitzes, in dem die Würde des Menschen zu Fleisch geworden sein soll, wird in den Visagen-Experimenten und erst recht dann in den Übermalungen abgewiesen – und doch ist Rainer einer der großen Porträtisten der Kunstgeschichte. Die späteren farbigen Übermalungen setzen die Vehemenz der Entstellungsarbeit fort. Mit heftigen Pinselfahrten, in kräftigen, gleichsam heißen Farben und schwarzen Annihilationen wird die Transposition des eigenen Gesichts in eine andere Wirklichkeit fortgesetzt. Das Individuelle freilich, woran sich jahrhundertlang Kunst und Literatur abgearbeitet hatten, wird rigoros ausgelöscht. »Zahn und Weh«: dieser Titel ist noch ein Tribut an jene überhistorische und globale, aber erzählbare Geschichte, welche die Zähne mit dem Schmerz verbindet – auch noch im Zeitalter der Anästhesie. Das Rot ist die Farbe des Blutes und des lodernden Schmerzes; das Schwarz signalisiert jenen Abgrund des »Weh«, in dem alles wie ausgelöscht erscheint. Gerade noch erkennbar das schmerzverzerrte Gesicht, über das sich die Wucht der Farben auszubreiten droht. *Extinction*.

Hans-Peter Jöhren

Die alte Angst vor der Zahnmedizin

»Hallo! Ich wende mich über den Weg der E-Mail an Sie, weil ich es einfach nicht schaffe, in Ihrer Klinik anzurufen. Schon der Gedanke an ein Gespräch mit Ihnen treibt mir den Schweiß auf die Stirn und ich bekomme Panik. Jetzt bricht auch noch ein Stück Zahn vorne ab und ich hab totale Panik, dass man das sieht. [...] Hinten habe ich kaum noch Zähne. Es sind immer mal wieder Stücke verloren gegangen und einige Zähne wurden im Notdienst bereits gezogen. Vor 20 Jahren habe ich auch schon mal eine Narkose gehabt und mir wurde für den Unterkiefer eine Prothese aus Kunststoff gemacht, die ich rausnehmen kann. [...] Mein Mann weiß nichts von dem Zustand in meinem Mund, er weiß wohl, wie ängstlich ich bin, aber inzwischen hat er, glaube ich, aufgegeben und spricht mit mir nicht mehr darüber. Ich selbst aber merke, dass es manchmal aus dem Mund ganz schlecht riecht. [...] Ich weiß mir keinen Rat mehr und möchte wissen, was man tun kann. Ich schaffe es auch kaum, auf Ihrer Internet-Seite zu lesen. Beim ersten Mal in Ihrer Praxis möchte ich auch nur reden und dass Sie mir sagen, was man tun kann. Am besten wäre wieder Narkose, dann bekomme ich von alledem nichts mit. Bitte helfen Sie mir.« (Petra S., 54 Jahre)

Wie viele Patienten sind betroffen?

Trotz aller Errungenschaften der Zahnmedizin sind solche Hilfesuche an spezialisierte Therapiezentren, die sich mit ängstlichen Patienten beschäftigen, keine Seltenheit. 5–10 % der Bevölkerung in Deutschland vermeiden am liebsten Zahnarztbesuche und gehen nur bei Schmerzen zum Zahnarzt. Trotz moderner Therapiemethoden und psychologischer Ausbildung der Zahnärzte ist die Angst vor der Zahnbehandlung immer noch der häufigste Grund, den Besuch beim Zahnarzt aufzuschieben. Im schlimmsten Fall leiden Betroffene unter Zahnbehandlungsphobie, der krankhaften Form der Zahnbehandlungsangst. Man ist immer wieder erschreckt, welche Schmerzen und Strapazen Patienten auf sich nehmen, die unter einer Zahnbehandlungsphobie

leiden. 70 % der Bevölkerung gehen mit einem mehr oder weniger großen Angstgefühl, wenn auch regelmäßig, zum Zahnarzt und nur 20 % suchen einen Zahnarzt weitestgehend angstfrei auf (Enkling et al. 2006). Die Angst vor Zahnbehandlung ist auch heute noch das größte Hindernis für das Erreichen einer optimalen Zahngesundheit der Bevölkerung (Tönnies et al. 2002, Milgrom/Weinstein 1993).

Wie erkennt man Zahnbehandlungsangst oder Zahnbehandlungsphobie?

Man sollte meinen, dass die Angst vor der Zahnbehandlung kein Tabuthema ist, weil sie weit verbreitet ist und man dementsprechend auf Verständnis setzen kann. Viele Patienten, vor allem Männer, trauen sich indes nicht, über ihre Angst zu sprechen, vielleicht auch, weil sie glauben, man könne nichts dagegen tun. Umso wichtiger ist es, direkt vor der Behandlung nach der Angst zu fragen. Das rechtzeitige Erkennen der Zahnbehandlungsangst ist für die Abstimmung der Therapieform auf das Angstmaß ein Schlüssel zum Erfolg und zum entspannteren Umgang mit ängstlichen und phobischen Patienten. Noch bevor der Patient das Behandlungszimmer betritt, sollte dem zahnärztlichen Team klar sein, wie ängstlich der zu behandelnde Patient ist. Sinnvoll ist die Integration einer Visoanalogskala zur Erfassung der Zahnbehandlungsangst auf dem Anamnesebogen, den der Patient schon bei der Anmeldung erhält. Diese Skala ist begrenzt durch den Anfangspunkt 0 % Angst und den Endpunkt 100 % (maximal vorstellbare Angst). Liegt die Markierung bei über 50 %, wird noch vor dem ersten Kontakt mit dem Zahnarzt ein weiterer Angstfragebogen ausgehändigt, um zu ermitteln, wovor genau sich der Patient fürchtet. Im Therapiezentrum für Zahnbehandlungsangst wird der Hierarchischen Angstfragebogen (HAF) eingesetzt (Jöhren 1999). Er besteht aus 11 Items mit je 5 Antwortmöglichkeiten zur Angstaussprägung und kann somit 11 Punkte (überhaupt nicht ängstlich) bis 55 Punkte (maximal ängstlich) ergeben (Tabelle 1). Bei einem Summenwert von über 38 Punkten

und einer Vermeidung des Zahnarztbesuches von mindestens 2 Jahren, kann von einer Zahnbehandlungsphobie ausgegangen werden (Jöhren et al. 2007). Dieses Vorgehen ermöglicht es dem Zahnarzt, den Patienten frühzeitig als Angstpatienten zu erkennen und Wartezeit, eventuell notwendige Psychotherapie, Prämedikation und Behandlungsschritte auf das Ausmaß der Angst auszurichten.

Tabelle 1 Hierarchischer Angstfragebogen

	Entspannt (1 Punkt)	Unruhig (2 Punkte)	Angespannt (3 Punkte)	Ängstlich (4 Punkte)	Krank vor Angst (5 Punkte)
Wie fühlen Sie sich bei dem Gedanken, Sie müssten morgen zum Zahnarzt?					
Sie sitzen im Wartezimmer und warten darauf, aufgerufen zu werden. Wie fühlen Sie sich?					
Stellen Sie sich vor, Sie betreten das Behandlungszimmer und riechen den typischen Geruch.					
Sie liegen auf dem Behandlungsstuhl und der Zahnarzt betritt das Zimmer.					
Zusammen schauen Sie sich die Röntgenaufnahme an und besprechen, was zu tun ist.					
Wie fühlen Sie sich, wenn man Ihnen erklärt, dass jetzt gleich Zahnstein entfernt wird?					
Der Zahnarzt erklärt Ihnen, dass Sie eine Karies haben und dass er diese jetzt behandeln will.					
Er verändert die Stellung des Stuhls und bereitet eine Spritze vor.					
Stellen Sie sich vor, Sie hören das typische Geräusch des Bohrers, wie fühlen Sie sich?					
Der Zahnarzt erklärt Ihnen, dass die Karies zu tief ist und der Zahn entfernt werden muss.					
Ein Weisheitszahn soll bei Ihnen entfernt werden, die Spritze wurde bereits gesetzt. Der Zahnarzt nimmt das Skalpell auf.					

Fast man Untersuchungen zur Häufigkeit der Angst zusammen, so liegt die Prävalenz der behandlungsbedürftigen Zahnbehandlungsphobie knapp unter 5 %. Damit ist sie die am häufigsten auftretende spezifische Phobie (Abb. 1). Sie ist vor allem durch die Vermeidung des Zahnarztbesuchs gekennzeichnet. Diese Patienten gehen meistens erst dann zum Zahnarzt, wenn die Schmerzen unerträglich geworden, der sichtbare Bereich der Zähne von Beschädigungen betroffen ist oder massive Entzündungen und Schwellungen zu der Einsicht führen, dass weiteres Aufschieben nicht mehr möglich ist (Jöhren 2002a). Alle Phobien sind dadurch gekennzeichnet, dass die betroffenen Personen vor bestimmten Objekten oder Situationen eine krankhafte Angst haben. Bekannte einfache Phobien sind zum Beispiel die Höhenphobie (ca. 3 % der

Bevölkerung), die Spinnenphobie (ca. 2,5 %) und die Schlangenphobie (ca. 1,2 %) (Oosterink et. al 2009).

Kennzeichnend für alle Phobien und somit auch für die Zahnbehandlungsphobie gemäß ICD-10 und dem amerikanischen psychiatrischen Diagnoseschema (American Psychiatric Association 1994) ist, dass

- eine anhaltende Erwartungsangst vor dem umschriebenen Stimulus besteht,
- eine Konfrontation mit dem speziellen Stimulus im Verlauf der Störung fast unvermeidlich eine sofortige Angstreaktion hervorruft,
- der angstauslösende Stimulus, wann immer möglich, vermieden wird,
- durch die Angst bzw. das Vermeidungsverhalten der alltägliche Tagesablauf stark beeinträchtigt wird,
- die erkrankte Person die Angst als übertrieben oder unvernünftig erkennt,
- die psychischen oder vegetativen Symptome primäre Manifestationen der Angst sind und nicht auf anderen Symptomen, wie Wahn- oder Zwangsgedanken beruhen,
- die Angst begrenzt ist auf die Anwesenheit eines bestimmten phobischen Objektes oder einer spezifischen Situation (Jöhren/Margraf-Stiksrud 2002a; Jöhren/Sartory 2002b).

Viele Menschen haben eher Verständnis für Patienten mit einer Zahnbehandlungsphobie als für Betroffene jeder anderen Art von Phobien, da die Zahnmedizin seit jeher mit Schmerzerleben und einer unangenehmen Behandlungssituation in Verbindung gebracht wird. So erscheint es nachvollziehbar, wenn ein Patient nach schlechten Erfahrungen nicht mehr zum Zahnarzt geht.

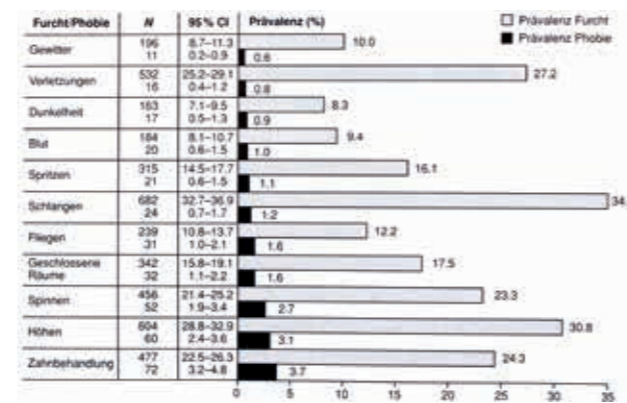


Abb. 1 Prävalenz von Furcht und Phobie. CI = Confidenzintervall. N = Personenanzahl (aus: Oosterink et al., 2009).

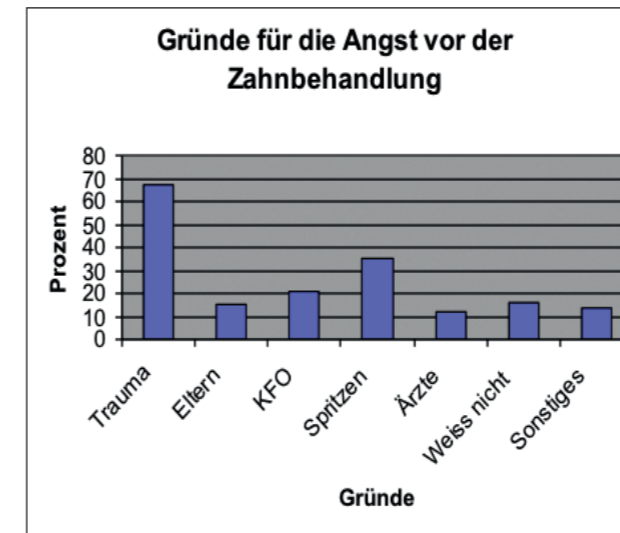


Abb. 2 Gründe für die Angst vor der Zahnbehandlung (aus: Marwinski et al. 2006).

Wie entsteht die Angst vor der Zahnbehandlung?

Es ist vor allem der erlebte Schmerz vor, während und nach einer Zahnbehandlung, der bei betroffenen Patienten zur Vermeidung führt. So gaben in einer Studie 86 % der ängstlichen Patienten an, dass sie traumatisierende Erfahrungen im Behandlungsstuhl erlebt hätten und diese zu 70 % bereits in der Kindheit (Moore et al. 1991). Aber auch die meisten »normal« ängstlichen Patienten gehen davon aus, dass die Zahnbehandlung mit Schmerz einhergehen wird, auch wenn dessen Wahrscheinlichkeit aus Sicht des Zahnarztes sehr gering ist. Eine Behandlung ohne jeden Schmerz wird als glücklicher Zufall oder als besonderes Können des Zahnarztes in Erinnerung behalten. In einer Untersuchung aus den 80er Jahren geben 77 % der befragten Patienten an, dass sie Schmerzen während der Zahnbehandlung verspüren würden (Klepac et al. 1980) (Abb. 2).

Und in der Tat: Selbst das professionelle Zahnreinigen, die »Prophylaxe«, kann durchaus unangenehm bis schmerzhaft sein, wenn freiliegende Zahnhälse bereits schmerzen und nun auch noch mit Ultraschall und kratzenden Instrumenten bearbeitet werden. Nicht wenige Patienten gehen ungern zu diesen Terminen, die von Zahnärzten oft als »Wellness für die Zähne« umschrieben werden. Zahnärzte beurteilen die Schmerzempfindung von Patienten in der Regel anders als diese. Sie sind der Überzeugung, dass das, was die heutige Zahnmedizin leistet, nicht mehr mit Schmerzen verbunden sein muss. So geben in einer Befragung von 20 Zahnärzten 16 an, dass die Behandlung bei

ihnen schmerzfrei sei. Ein Zahnarzt berichtet sogar darüber, dass in seiner Praxis in fünf Jahren nur ein Patient Schmerzen gehabt habe. Nur vier von den befragten Kollegen wissen, dass Schmerzen nicht immer zu vermeiden sind (Dangott et al. 1978).

Vielleicht begründet sich der Zuspruch des Zahnarztes – »Das wird jetzt überhaupt nicht schmerzhaft sein, vielleicht spürt man nur ein kleines Zwicken« – in der Hoffnung, den Patienten beruhigen zu können und ihm durch Empathie die Angst ein wenig zu nehmen? Denn auch der Zahnarzt legt sich Strategien zurecht, da er immer wieder mit dieser Schmerzerwartung konfrontiert wird. Ferner sehen sich Zahnärzte heute viel eher in der Lage, durch Lokalanästhetika, Schmerzmittel und modernste Geräte eine schmerzfreie Behandlung durchzuführen und diese auch zuzusagen. Dabei wird zu oft vergessen, dass viele Patienten allein schon die Behandlungssituation als unangenehm empfinden:

- Die Behandlung findet auf dem Rücken liegend statt.
- Man weiß nicht, was in der Mundhöhle passiert, weil man nur fühlen und nicht sehen kann.
- Flüssigkeiten müssen durch Sauggeräte abgesaugt werden.
- Zu sprechen scheint während der Behandlung unmöglich.
- Die eingebrachten Materialien schmecken nicht und Abdrücke behindern die Atmung.
- Schmerzen sind manchmal nicht vermeidbar, schon die Spritze wirkt unangenehm.

Allerdings: Spätestens wenn der Zahnarzt selbst Patient wird, kann auch er eine Anspannung vor der Behandlung nicht ganz vermeiden. Man kann sicher sein: Auch Zahnärzte wissen, dass Zahnmedizin unangenehm sein kann. Es ist der alltägliche Umgang mit Angst und Schmerz, der auf Seiten der Zahnärzte die Bedeutung dieses Themas hinter den therapeutischen, ökonomischen und qualitätssichernden Herausforderungen des Alltages zurücktreten lässt. Kaum ein anderer Beruf in der ambulanten Medizin wird demnach so mit Schmerzerfahrung und dem »Ausgeliefert-Sein« in Verbindung gebracht wie der des Zahnarztes. Es verwundert daher nicht, dass Patienten vor allem Information, eine schmerzfreie Behandlung und Empathie einfordern.

Allerdings haben die Patienten unterschiedliche Schmerzerwartungen: Die Angstliste wird in den meisten Untersuchungen vom Ziehen eines Zahnes angeführt, dicht gefolgt vom Zahnbeschleifen und von der Spritze. Aber auch das Legen einer Füllung wird immer wieder



Abb. Anna und Bernhard Johannes Blume: *Aus der Polaroid-Serie »gegenseitig«, 1987/88, (Abb. aus: Ich ist etwas anderes: Kunst am Ende des 20. Jahrhunderts, Ausstellungskatalog hg. v. Armin Zweite, Stiftung Kunstsammlung Nordrhein-Westfalen, Köln 2000, 183).*

Das Künstlerpaar experimentierte jahrzehntelang mit Geschichten und Gesichtern, in denen sie sich selbst inszenierten, als agierende Personen oder, wie hier, mit extrem verzerrten, oft auch verstümmelten, in jedem Fall fragmentierten und remontierten Gesichtszügen. Entscheidend ist stets der Bild wie Gesicht durchteilende Schnitt oder Riss, der die Einheit des Subjekts und seines Selbst-Bild(niss)es zerstört. Zyklopisches Auge, Schrecken, lächelnder Mund, der zum schiefen Fletschen wird, verzerrte Proportionen, Verdrehungen, Dehumanisierung. Sind dies noch Menschen? Sind es Dämonen, karnevaleske Fratzen, fröhliche Dementis der abendländischen Idolisierung des Ich? Wird hier ein ernstes Spiel mit dem »vom Pathos der Zerrissenheit geprägten Subjekt« (Jürgen Stötzer) gespielt? Spiel mit der Spaltung des Ich in der schizoiden Moderne, wie Jacques Lacan oder Gilles Deleuze/Félix Guatari sie behaupten? Spiel mit dem grotesken, wuchernden und heterogenen Körper, wie ihn Michail Bachtin schon in der Frühen Neuzeit erkannte? Oder gar eine Vorstufe zur Selfie-Kultur heute, die hier schon ihre Satire und Persiflage erfährt?

erwähnt und selbst die Zahnreinigung wird von einigen Patienten als die am meisten gefürchtete Situation beim Zahnarzt genannt. Es spielt demnach eine Rolle, bei welcher Therapie ein ängstlicher Patient schlechte Erfahrungen gemacht und was er in guter Erinnerung behalten hat. Einige Patienten mit Zahnbehandlungsphobie haben zum Beispiel beim Zahnziehen fast nur gute Erfahrungen gemacht. Der Versuch, eine Füllung legen zu lassen, wird jedoch vehement abgelehnt. Hier zeigt sich, wie wichtig es ist, in einem Gespräch mit dem Patienten seine eigene Angstliste zu erstellen.

Nicht zu vergessen ist, dass viele Patienten trotz schmerzhafter Erfahrungen keine Angst vor der Behandlung haben. Und das ist mit Sicherheit auf ein funktionierendes »Urvertrauen« zur Zahnmedizin zurückzuführen. Wenn schon die ersten Behandlungen in der Kindheit schlecht waren, werden es künftige Zahnärzte schwer haben, das Vertrauen wiederzugewinnen. Gingen die Eltern mit großer Angst und nur unregelmäßig zum Zahnarzt, so finden erste Behandlungen oft nur als Notfall statt und das betroffene Kind steht einem unbekanntem Zahnarzt gegenüber, der im Zweifel zu wenig Zeit hat, um sich entsprechend zu kümmern und Vertrauen aufzubauen.

Eine besondere Rolle bei der Entstehung der Angst auf Seiten der Kinder durch Modelllernen spielt die Mutter. In Studien konnte gezeigt werden, dass 58 % der Kinder, deren Mütter selber Angst vor der Zahnbehandlung hatten, ebenfalls Angst zeigten, jedoch nur 35 % der Kinder angstfreier Mütter (Raith/Ebenbeck 1986). Im Verlauf des Heranwachsenden nimmt vor allem der Einfluss von Freunden und Geschwistern zu (Ingersoll 1987).

Auch hier bewähren sich gruppen- und individualprophylaktische Bemühungen im Vorschulalter, aber nur, wenn die jungen Patienten auch wahrgenommen werden. Kinder, die frühzeitig an die Prophylaxe und Behandlungen beim Zahnarzt herangeführt werden, werden so auch auf eine Füllung oder einen kleinen chirurgischen Eingriff vorbereitet. Eine mögliche Karies wird eher entdeckt und durch Aufklärung und Putzübungen verhindert. Kinder können sich an den Zahnarztbesuch gewöhnen, und man hat Zeit, sich kennenzulernen. Kinder, die unregelmäßig zum Zahnarzt gehen und dann von Therapieversuchen überrascht werden, zeigen eine Zunahme ihrer Angst, fanden Murray et al. bereits 1989 in einer Drei-Jahres-Studie.

Natürlich gibt es auch Patienten, die ängstlich sind, obwohl sie noch nie schlechte Erfahrungen gemacht haben,

und solche, die Schmerzen erfahren haben, aber nicht ängstlich sind oder zumindest regelmäßig einen Zahnarzt aufsuchen. Die Schmerzerfahrung ist die Schlüsselursache für die Entstehung von Zahnbehandlungsphobie, aber es gibt auch andere Gründe: Erzählungen von dritten über eine schmerzhaft Behandlung, wie zum Beispiel das Entfernen der Weisheitszähne, wirken nicht gerade angstabbauend, und ängstliche Eltern, vor allem Mütter, sind oft ein negatives Modell. Schlechte Erfahrungen in der medizinischen Versorgung wie zum Beispiel beim Blutabnehmen, bei frühen Krankenhausaufenthalten und/oder bei erlebten Operationen können auf die Zahnmedizin übertragen werden und führen so zu einer generellen Angst gegenüber jeglichen Therapien (klassische Konditionierung). Die Erfahrung lehrt, dass nicht jeder Mensch gleich mutig und die Schmerzempfindlichkeit jeweils unterschiedlich ist. Angst kann die Schmerzempfindlichkeit erhöhen.

In unseren Studien zeigt jeder zweite Patient mit Zahnbehandlungsphobie mindestens eine weitere Angsterkrankung. Von diesen Patienten sind aber 70 % noch nie in ärztlicher Behandlung gewesen, obwohl Angststörungen mit einer Lebenszeitprävalenz zwischen 9,2 % und 24,9 % zu den häufigsten psychischen Störungen gehören (Perkonig/Wittchen 1995). Aus allgemeinärztlicher Sicht zählen rund 30 % aller Patienten zur Gruppe der Angstkranken (Müller 1991). Man muss also davon ausgehen, dass die Zahnbehandlungsphobie häufig ein Symptom einer anderen zugrundeliegenden Angststörung ist. So wird nachvollziehbar, dass ein Patient mit Agoraphobie auch den Besuch beim Zahnarzt vermeidet. Ein Patient, der unter einer sozialen Phobie leidet und fremde Menschen vermeidet, wird den Zahnarztbesuch ebenfalls solange wie möglich hinausschieben, ohne jemals schlechte Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht zu haben.

Wie behandelt man die Angst vor der Zahnbehandlung?

Frühkindliche Untersuchungen, individuell abgestimmte Prophylaxeprogramme, minimal invasive Therapiekonzepte und eine Konzentration auf die Wünsche der Patienten haben in den zurückliegenden Jahrzehnten einen Teil des zahnmedizinischen Schreckens nehmen können. Viele Zahnärzte besuchen heute Fortbildungsprogramme, bei denen auch psychologische Inhalte um Angst und Schmerz thematisiert werden. Psychologische Schulungen zu Kommunikation, Umgang mit Angstpatienten und Kindern ist heute an vielen Universitäten bereits Teil der curricularen Ausbildung. Zurzeit arbeitet die Universität

Freiburg, Abteilung für Prothetik, gemeinsam mit dem Arbeitskreis für Psychologie und Psychosomatik der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an einem Compendium zur Kommunikation, das auch Filmsequenzen rund um das Gespräch mit dem Patienten enthält. Ein allgemeiner Teil zur Kommunikation ist bereits erschienen (Wölber/Wolowski/Jöhren ZM 2014); ein Leitfaden für die Kommunikation mit ängstlichen Patienten ist in Vorbereitung. Damit sind die Rahmenbedingungen für eine dauerhafte und gute Zahnarzt-Patienten-Beziehung abgesteckt, auch wenn absolute Schmerzfürfreiheit nicht zugesagt werden kann. Das funktioniert aber nur, wenn frühe invasive Therapien möglichst weit nach hinten geschoben werden und die ersten Termine mit dem kindlichen Patienten unbelastet verlaufen können.

Leider sieht der Alltag anders aus: Ein ängstlicher Elternteil wird seinem Kind den Besuch beim Zahnarzt nicht als alltägliches Ereignis nahebringen. Er wird nicht regelmäßig mit seinem Kind zum Zahnarzt gehen, wenn er selbst den Besuch vermeidet. Zwischen schulischen Verpflichtungen, Sport und familiären Ereignissen lassen sich immer Gründe finden, den lästigen Besuch beim Zahnarzt aufzuschieben oder ganz zu vermeiden. Die Leitragenden sind die Kinder.

Angstabbau bei nicht-phobischen Patienten

Ist die Angst einmal vorhanden, braucht es viel Geduld auf beiden Seiten. Zudem gibt es für die Behandlung von Angstpatienten schlechte und bessere Tageszeiten in einer Zahnarztpraxis. Es empfiehlt sich, nach Sprechstunden für Angstpatienten zu fragen und ausreichend Zeit einzuplanen. Studien haben ergeben, dass Musik, die schon während der Wartezeit rezipiert wird, Schmerzempfinden, Angst und Puls signifikant reduziert (Pantas/Jöhren 2014). So sollte Musik nicht erst während, sondern bereits vor der Behandlung eingesetzt werden, da hier der größte Effekt auf Schmerz und Angstempfindung ermittelt werden konnte. Eine andere Studie zeigt, dass der Einfluss auf Angst und Schmerzempfindung durch Distaktionsverfahren wie Musik Zeit braucht und nicht sofort wirksam wird (Jöhren/Zimmermann 2002). Da Musikeinspielung zu jedem Zeitpunkt der Zahnbehandlung, wenn auch in unterschiedlichem Maße, zu einer Verbesserung im Angst- und Schmerzempfinden des Patienten führt, ist der Einsatz von Musik auch zu den anderen Behandlungszeitpunkten hilfreich. Wichtig scheint zu sein, dass dieses Distaktionsverfahren individuell eingesetzt wird, da sich andere Patienten durch eine generelle

Beschallung im Wartezimmer gestört fühlen (Korte 2010). Dieses Instrument kann den Praxisalltag begleiten und den Aufenthalt in der Zahnarztpraxis angst- und schmerzfreier gestalten.

Für viele Patienten gilt, dass Ablenkung von den Geschehnissen der Therapie die Angst lindern kann. Hingegen haben Bilder rund um den Beruf des Zahnarztes im Wartezimmer nichts verloren. Überhaupt sollte die Zeit im Wartezimmer nicht zu lange dauern. Wartezeiten fördern die Angst vor der anstehenden Behandlung. Schon beim ersten Kontakt sollte die eigene Angst angesprochen werden, denn wer über seinen Angst nicht spricht, hat keine Chance auf Hilfe. Der Aufbau von Vertrauen muss dabei im Vordergrund stehen. Zahnarzt und Patient sollten also eine To-do-Liste erarbeiten, die anfangs auf kürzere Termine setzt und die Wünsche und Ängste des Patienten berücksichtigt. Ein Anamnesegespräch, das den ganzen Patienten mit seinen Befindlichkeiten und Wünschen in den Mittelpunkt stellt, ist eine *Conditio sine qua non*.

Neben Schmerzfürfreiheit und Vertrauen spielt das Verhalten des Zahnarztes eine große Rolle. Patienten fordern von ihren Zahnärzten vor allem Empathie in Form von Geduld, Mitleidzeigen, Hilfsbereitschaft und Zuhören. Es ist bekannt, dass ein uninteressiertes Verhalten, mangelnde Freundlichkeit u. ä. die Angsterwartung verstärken.

Das Vereinbaren von Zeichen mit dem Zahnarzt, um die Behandlung zu unterbrechen, gibt die Kontrolle über die Therapie an den Patienten zurück. Es ist günstig, nicht nur Handzeichen zu vereinbaren, da einige Patienten die Erfahrung gemacht haben, dass ihr Zahnarzt darauf nicht reagiert. »Knackfrösche«, wie viele sie aus ihrer Kindheit

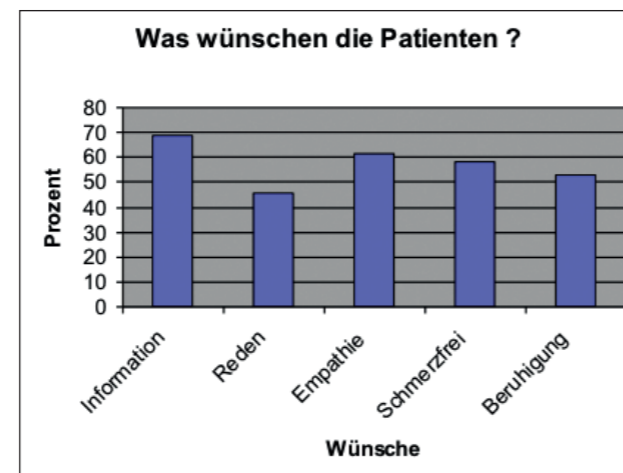


Abb. 3 Was wünschen die Patienten? (aus: Marwinski et al. 2006)

kennen, sind kostengünstig, können desinfiziert werden und haben sich als praktisch bewährt.

Das gleiche Ziel hat auch die ausführliche Information über Umfang, Dauer und ggf. Auftreten von Schmerzen bei der geplanten Therapie. Nur der informierte Patient hat das Gefühl, selbstbestimmter Teilnehmer und nicht nur eine Nummer mit einer x-beliebigen Zahnerkrankung zu sein, die es zu behandeln gilt. Aber nicht jeder Patient möchte diese ausführlichen Informationen. Auch hier sollte gemeinsam ausgelotet werden, wie viel Information notwendig ist und wie viel seitens des Patienten gewünscht wird (Abb. 3).

Auch bei Angst vor Spritzen gibt es Methoden, die den Einstichschmerz vermindern. Allerdings muss der Patient den Zahnarzt darüber informieren, dass er Angst vor der Spritze empfindet. Oberflächenanästhetika werden auf die Einstichstelle gesprüht oder mit Watte aufgebracht und reduzieren den Einstichschmerz. Das ist nicht nur bei Spritzenphobikern oder Kindern indiziert.

Und bei Phobikern?

Wenn ein Patient über Jahre den Besuch beim Zahnarzt vermieden hat, ist die Zusammenarbeit mit einem Psychologen oder Psychotherapeuten nicht zu umgehen. Die bisher geschilderten Methoden sind nicht ausreichend. Die Behandlung der Zähne ist das eine, die Behandlung der Angststörung aber das andere, und diese gehört in die Hand von Psychologen oder entsprechend ausgebildeten Ärzten. Patienten, die viele Jahre die Zahnbehandlung vermieden haben, haben in der Regel einen großen Handlungsbedarf (Tabelle 2) (Abb. 4).



Abb. 4 Patient mit Zahnbehandlungsphobie und jahrelanger Vermeidung der Zahnbehandlung.

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter	86	18,	65	37,98	11,920
Vermeidungsdauer	81	,25	38,00	8,7037	7,65344
Anzahl der behandlungsbedürftigen Zähne	77	0	28	8,65	6,206
Kaputt	77	0	20	3,26	4,459
Anzahl der Komorbiditäten	80	0	3	,89	,928
Schmerzhöhe aktuell vor Therapie	86	0	10	1,80	2,442
Schmerzerwartung bei nächster Zahnbehandlung vor Therapie	84	0	10	6,40	2,635
Schmerzen bei der letzten Zahnbehandlung vor Therapie	85	0	10	6,91	3,261
Gültige Werte (Listenweise)	69				

Tabelle 2 Zahnbehandlungsphobiker haben im Durchschnitt 3 zerstörte Zähne, 9 Zähne mussten behandelt werden und die Dauer der Vermeidung betrug im Mittel 8,7 Jahre (aus: Wannemüller et al. 2010).

Hendrik ist 34 Jahre alt und war sechs Jahre lang nicht beim Zahnarzt. Er kann sich noch gut an den letzten Zahnarztbesuch erinnern und ihm wird schlecht vor Angst, wenn er sich vorstellt, wie stark die Schmerzen damals waren. Der Schmerz war so scharf und spitz, als der Zahnarzt die Schleimhaut über der Schwellung aufgeschnitten hat, dass ihm heute noch der Schreck in den Knochen sitzt. Keine Vorwarnung, keine Erklärung. Hendrik war völlig überrumpelt. Hinzu kam, dass er am Wochenende in den Notdienst musste. Er wusste zwar, dass dieser Zahn behandelt werden sollte, aber so hatte er sich das nicht vorgestellt. Gern ist er noch nie zum Zahnarzt gegangen, und so hatte er den Termin immer weiter aufgeschoben. Und jetzt bricht wieder ein Zahn ab. Schon bei der Vorstellung, dass er einen Abszess haben könnte, schießen ihm die Tränen in die Augen. Er nimmt allen Mut zusammen und vereinbart einen Termin. Beim ersten Gespräch erzählt Hendrik uns seine Geschichte. Auf einer Visoanalogskala von 0 % bis 100 % schätzte er seine Angst bei 95 % ein. Im Hierarchischen Angstfragebogen (Jöhren et al. 1999) lag seine Angst bei 52 von 55 möglichen Punkten. Der Verdacht einer Phobie liegt nahe. Es wird Hendrik erklärt, warum die Therapie schmerzhaft ist, wenn ein Zahn entzündet ist. Das Lokalanästhetikum kann seine Wirkung nicht entfalten, wenn zu lange gewartet wird und die Entzündung fortgeschritten ist. Auch die Erläuterung über die Situation im Notdienst ist hilfreich: unbekannter Zahnarzt, unbekannter

Patient mit zu wenig Information über Verlauf der Erkrankung, häufig zu wenig Zeit für Erklärungen und damit unbekannter Verlauf der Erkrankung und unpersönliche Anamnese.

Hendrik willigt ein und lässt ein Röntgenbild von dem betroffenen Zahn machen. Es wird deutlich, dass lediglich ein Stück von einer Füllung frakturiert ist und der Zahn ohne Entzündungszeichen ist. So wird nur ein Termin für die Psychotherapie vereinbart, an die sich die Prophylaxe und dann ein Füllungstermin anschließen. Hendrik ist erleichtert. In der Psychotherapie wird auf der Erstsitzung aufgebaut und Hendrik hat die Möglichkeit, Fragen zu stellen und sich über die anstehenden Behandlungen zu informieren.

Viele Therapieformen der zugrundeliegenden Angststörung sind inzwischen gut untersucht. Diese Therapien werden durch Psychologen oder durch Ärzte/Psychotherapeuten durchgeführt und umfassen in der Form, wie sie heute von den Krankenkassen unterstützt werden, in der Regel nicht mehr als drei bis fünf Sitzungen à 60 Minuten. De Jongh et al. 1995 haben zeigen können, dass die Zahnbehandlungsphobie mit nur einer Sitzung à 90 Minuten bei 70 % der Zahnbehandlungsphobiker so wirksam ist, dass ein regelmäßiger Besuch beim Zahnarzt wieder möglich wird. Die meisten Therapien bestehen aus Informationsvermittlung, Entspannungsübungen, Kognitiven Restrukturierungen und/oder systematischer Desensibilisierung (s. u.). Die hier exemplarisch vorgestellte Therapiekonstellation besteht aus drei Sitzungen und zeigt einen Erfolg von 75 % (Thom et al. 2000) (Abb. 5).

Erste Sitzung: Informationsvermittlung, Psychoedukation

Patienten mit Zahnbehandlungsphobie haben in der Regel nur geringe Kenntnisse über psychische Störungen. Daher müssen sie zu Beginn der Behandlung Informationen über ihre Störung erhalten. Da viele Patienten die bloße Anwesenheit bei einem Psychologen als bedrohlich empfinden und daher das Mitgeteilte nur teilweise verarbeiten, kann es vorteilhaft sein, den Patienten eine schriftliche Zusammenfassung für die Lektüre zu Hause mitzugeben. Folgende Inhalte sollten berücksichtigt werden:

- Was versteht man unter einer Zahnbehandlungsphobie?
- Was ist Angst? Wie entsteht sie? Wozu dient sie?
- Wie entstehen Phobien?
- Welche Therapieformen für die Behandlung der Zahnbehandlungsphobie gibt es? Wie hoch ist die Erfolgsrate?

Bereits vor der ersten Sitzung bei dem Psychotherapeuten sollten vom behandelnden Zahnarzt Informationen zum Krankheitsbild der Zahnbehandlungsphobie vermittelt werden, damit der Patient spürt, dass seine Angst ernstgenommen wird und dass es Behandlungsmöglichkeiten gibt. Viele Patienten äußern Vorbehalte gegen eine »Psychotherapie«. Wenn kein akuter Schmerz eine sofortige zahnärztliche Therapie notwendig macht, ist Zeit gewonnen, um mit Information und Empathie das häufig verlorene Vertrauen wieder aufzubauen. Die Wünsche der Patienten werden dabei dokumentiert, damit sie bei der ersten Behandlung nicht in Vergessenheit geraten. In Gesprächen mit Phobikern wird immer wieder geäußert, dass sie sich die Kontrolle auf dem Behandlungsstuhl wünschen. In einer Studie unserer Arbeitsgruppe an 48 Patienten mit Zahnbehandlungsphobie wurde untersucht, welche Ursachen zu einem Abbruch der Therapie führen und damit das Vermeidungsverhalten unterstützen: es sind vor allem die Patienten, die ein großes Bedürfnis nach Kontrolle verspüren, aber stets nur wenig Kontrolle beim Zahnarzt erlebt haben (Sartory et al. 2006). Das entspricht der klinischen Erfahrung. Auch die Schreckreaktion ist bei phobischen Patienten erhöht, so dass es besonders wichtig ist, den Patienten mitzunehmen und auf Veränderungen der Situation – und wenn es nur das Verstellen des Behandlungsstuhles ist – vorzubereiten. In der ersten psychotherapeutischen Sitzung wird durch diagnostische Fragebögen die Verdachtsdiagnose Zahnbehandlungsphobie erhärtet und Differentialdiagnosen werden ausgeschlossen.

Tabelle 3 Überblick über Themenbereiche der Psychoedukationsphase: (aus: Sartory/Wannemüller 2010).

Information	Themen
Was ist eine Zahnbehandlungsphobie?	Sie ist gekennzeichnet durch Angst vor Zahnbehandlung und deren Vermeidung Sie kann schwerwiegende Folgen für die Gesundheit haben Phobien treten häufig auf Sie sind kein Zeichen von Schwäche
Was ist Angst?	Angst ist eine sinnvolle, normale Reaktion Die dabei auftretenden körperlichen Symptome haben eine wichtige Funktion
Wie entstehen Phobien?	Phobien sind durch unangenehme Ereignisse und/oder das Vorbild eines Elternteils erworben Sie werden durch unangebrachte Einstellungen und Vermeidung aufrechterhalten
Wie kann man die Zahnbehandlungsphobie behandeln?	Die Behandlung ist mit den aufrechterhaltenden Faktoren befasst, dazu gehören: Die schrittweise Annäherung an die phobische Situation Die Diskussion der unangebrachten Einstellungen Die Vermittlung von Strategien zur Linderung der körperlichen Symptome

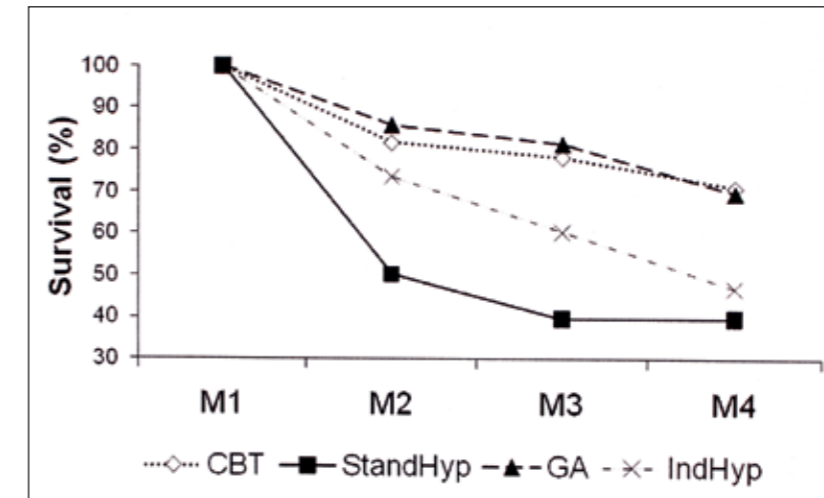


Abb. 5 Gruppenmittelwerte der DAS (Dental Anxiety Scale) und STAI State Anxiety (Zustandsangst) bei Zahnbehandlungsphobikern in drei Behandlungsbedingungen (PSYCH – kognitive Verhaltenstherapie; BDZ – Tranquillizer; CONT – keine anxiolytische Behandlung). Die Gruppen waren anfänglich vergleichbar (M1). Der zweite Messdurchgang (M2) wurde unmittelbar vor der Zahnbehandlung nach einer Sitzung kognitiver Verhaltenstherapie (PSYCH) bzw. nach Einnahme des Tranquillizers (BDZ) durchgeführt. Beide Behandlungsgruppen zeigten einen Rückgang der Angst verglichen mit der Kontrollgruppe. M3 wurde am Tag nach der Zahnbehandlung durchgeführt; die PSYCH-Gruppe zeigte einen weitergehenden Rückgang der Angst, der sich nach einer Woche (M4) und nach einem Monat (M5) ohne weitere psychologische Behandlung fortsetzte, während die BDZ-Gruppe über diese Zeit einen Rückfall erlitt (Thom/Sartory/Jöhren 2000).

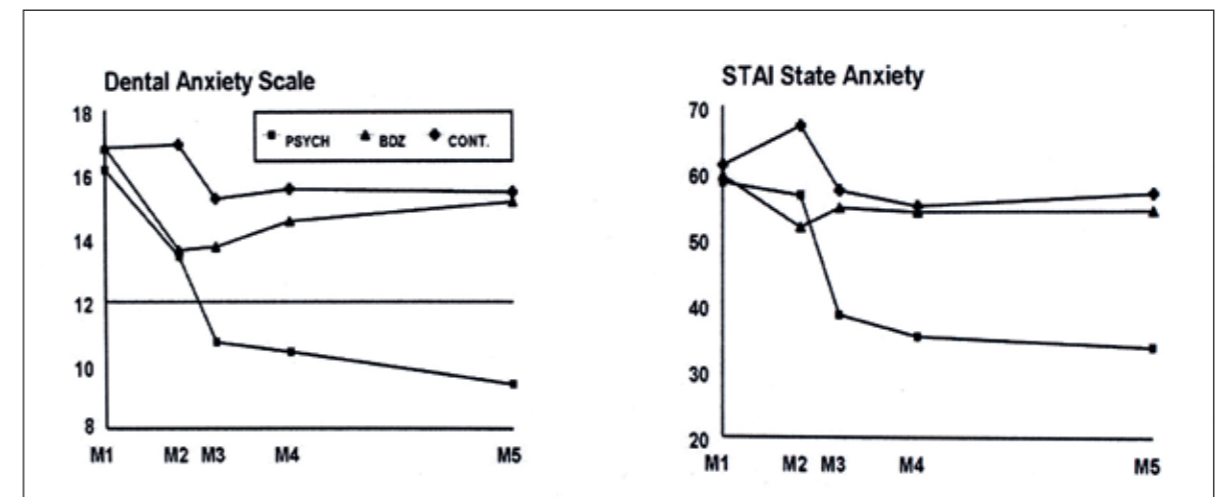


Abb. 6 Kontrollierte Studie zum Vergleich von Vollnarkose (GA), kognitiver Verhaltenstherapie (CBT), Standardisierter Hypnose mit CD (Std Hypnose) und individueller Hypnose durch geschulten Hypnotiseur (Ind Hyp). Dargestellt ist der klinische Erfolg als vollendete zahnärztliche Therapie in Prozent in Abhängigkeit vom Verfahren (aus: Wannemüller et al. 2010).

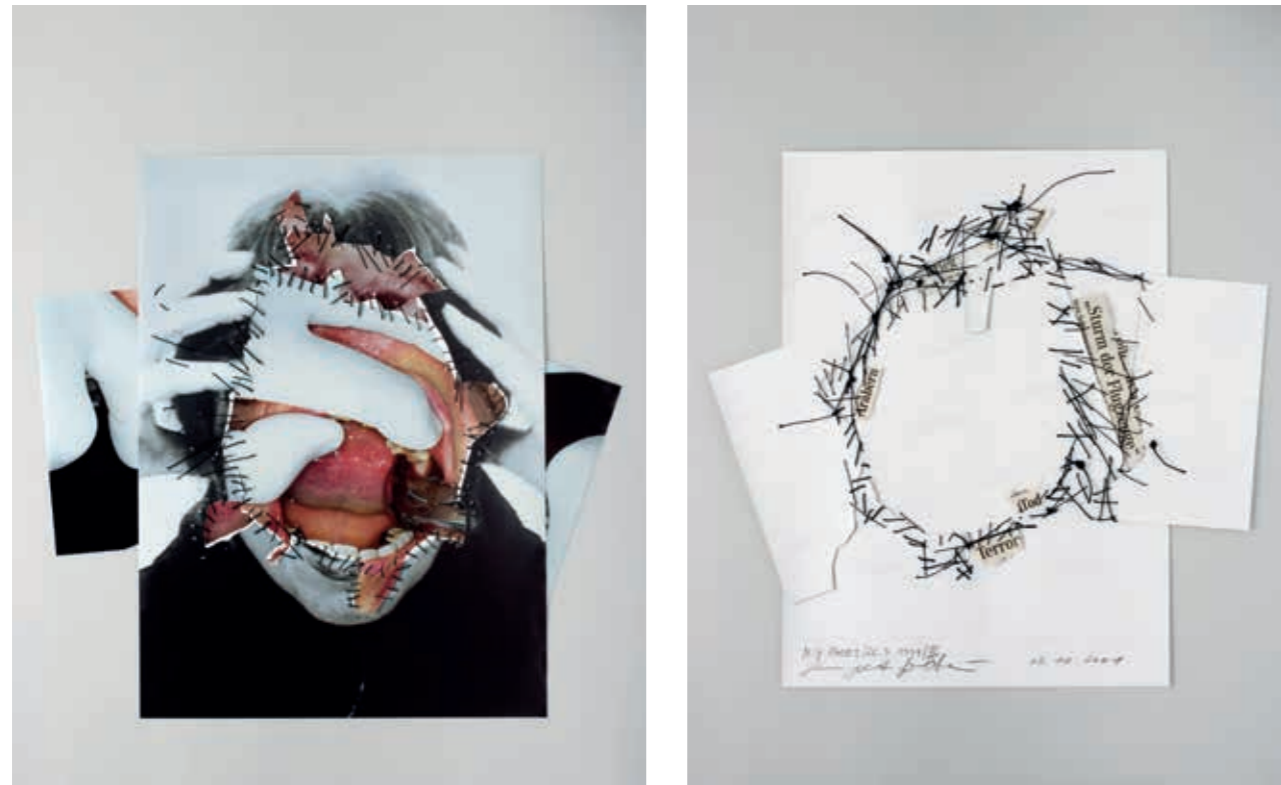


Abb. a/b Annegret Soltau: N.Y. FACES – chirurgische Operationen, 2001-2002, 51 x 51 cm, Foto: restitching, © Annegret Soltau, VG Bild-Kunst, Bonn

Annegret Soltau ist bekannt geworden dadurch, dass sie Fotografien ihres Gesichts, ihres Körpers, der Körper anderer Personen oder von Tiergesichtern zerschnitt oder zerriss – und die Fotofragmente dann, geradezu in Parodie der weiblichen Flickschneiderei, neu zusammennähte. Die dadurch neugeschaffenen Objekte nennt die Künstlerin *Fotoübernahmen*. Dabei entstehen transsexuelle Mischwesen, extrem entstellte Gesichter, Hybridwesen, unheimliche, oft auch erschreckende, Scheu und Scham auslösende Doppelkörper, nackte Körper aus mehreren Generationen gemixt, Montagen aus Verwandten und Familienmitgliedern, die aber nicht wie bei Francis Galton zu einem »Composite Portraiture« des statistischen Durchschnitts einer Familie oder Clans geführt werden. Im Gegenteil: Annegret Soltau kehrt die Risse und Wunden, die Heterogenitäten und Kontraste, das Unpassende und Ungemäße rücksichtslos hervor. Das macht den feministischen Impuls ihrer Kunst aus. Man darf an die dadaistische Künstlerin Hannah Höch und ihre Körper- und Gesichtscollagen in den 20er Jahren denken. – Auf den Rückseiten der Fotomontagen ergeben sich aus den Näh-Fäden zart gestrichelte Zeichnungen in oft abstrakter, gelegentlich figurativer Form. In der Gesichts-Serie *N.Y. FACES – chirurgische Operationen* von 2001/2 verarbeitet die Künstlerin zwei Ereignisse, die weiter nicht auseinander liegen könnten: eine selbsterlebte kieferchirurgische Operation und der 9/11-Terrorangriff auf die Twin Towers in New York. Auf den Rückseiten der Collagen montiert Annegret Soltau in die Fäden-Zeichnungen kleine Zeitungsausschnitte mit Bezug auf das New Yorker Attentat und die Konfliktherde im mittleren Osten. Die Vorderseiten zeigen den aufgerissenen Mund, der fast die Gesamtfläche des Kopfes einnimmt, mit OP-Handschuhen versehene Hände, die den Kopf halten oder eine Spritze verabreichen. Gewiss erinnert die ästhetische Technik der Vernähung auch an das Vernähen der Chirurgen. Dass das augen- und nasenlose Gesicht fast nur aufgerissener Mundraum, Zähne und Zunge ist, mag damit zusammenhängen, dass Angst und Schmerz die Patientin völlig auf den Empfindungsraum Mundhöhle reduziert – und mit jenem Ereignis von weltweiter Dimension verbindet, das die Bilder des Heilen und Ganzen traumatisch zerriss. Die Wunden liegen offen, »Angst essen Seele auf« (R. W. Fassbinder, 1974), der Mund ist Schmerz, die Häuser stürzen.

Wie erwähnt, hat fast jeder zweite Zahnbehandlungsphobiker mindestens eine weitere Störung, die zumeist unbekannt und unbehandelt ist. Zu 20 % sind die weiteren Störungen ebenfalls Angststörungen (Roy-Byrne et al. 1994). Das kompetente Aufdecken des gesamten Krankheitsbildes ist für die Behandlung der Zahnbehandlungsphobie mitentscheidend. Hier liegt die große Chance, dem Patienten nicht nur in Bezug auf seine Zähne weiterzuhelfen (Lenk et al. 2013).

Aus diesen Befunden erklärt sich die Forderung, dass bei der Diagnostik und Therapie von Phobien und psychischen Störungen Fachärzte oder Psychologen gefragt sind, weil Komorbiditäten leicht übersehen werden. Zahnärzte haben im Gegensatz zu ihren ärztlichen Kollegen keine entsprechende Ausbildung wie die psychosomatische Grundkompetenz oder die psychosomatische Grundversorgung. Zahnärzte, die eine Ausbildung in Hypnose absolviert haben, sind in der Lage, hypnotischen Elemente in ihre zahnärztliche Therapie einzubauen und damit die Angst der Patienten zu beeinflussen. Bei Angsterkrankungen sollte jedoch ein Experte hinzugezogen werden, zumal nachgewiesen werden konnte, dass die zahnärztliche Hypnose im Vergleich zur Psychotherapie (drei Sitzungen) unterlegen ist (Wannemüller et al. 2011). Darüber hinaus umfasst die erste Sitzung auch das Erlernen von Entspannungsübungen, wie beispielsweise der Muskelentspannung nach Jacobson (Progressive Muskel Relaxation), die für alle weiteren Behandlungssituationen hilfreich ist (Abb. 6).

Zweite Sitzung

Beim zweiten Termin wird der Erfolg im Erlernen der Muskelentspannung überprüft und zusätzlich wird erarbeitet, welche Vorstellungen der Patient von der Behandlung beim Zahnarzt hat, wie z. B.: »Der Zahnarzt wird mich wegen meiner zerstörten Zähne heruntermachen«, »Insgeheim wird man mich wegen meiner Angst auslachen« oder »Ich habe Angst, dass der Zahnarzt mir beim Bohren in die Zunge bohrt«.

Unter Kognitiver Restrukturierung versteht man, dass der Therapeut mit dem Phobiker diese Vorstellungen auflöst und die Gründe erarbeitet, warum es zu diesen übertriebenen Vorstellungen gekommen ist. Dem Patient wird verdeutlicht, was bei der Behandlung zu erwarten ist. Das setzt einen Austausch zwischen Zahnarzt und Therapeut voraus. Hilfreiche Gedanken werden fixiert und diese Liste wird dem Patienten übergeben, damit dieser sich den Inhalt einprägt.

Mit dem Patienten kann auch eine Angsthierarchie erarbeitet werden, um zu wissen, wovor der Patient sich am meisten fürchtet und wovor am wenigsten. So kann nicht nur die zahnärztliche Therapie besser geplant werden, sondern diese Hierarchie wird auch genutzt, um mit dem Patienten ein Angstbewältigungstraining durchzuführen. Bei diesem wird der Patient mit Zahnbehandlungssituationen konfrontiert und setzt bei entstehender Angst die erlernten Entspannungsübungen solange ein, bis die Symptome abnehmen. Er wird dadurch systematisch desensibilisiert. Diese Konfrontation kann lediglich in der Vorstellung des Patienten, also *in sensu*, oder ganz real durch Instrumente, Geräusche oder Simulation von Behandlungssettings *in vivo* ablaufen.

Tabelle 4 Psychotherapeutische Interventionen bei Zahnbehandlungsphobie (aus: Wannemueller et al. 2010).

Intervention	Eignung	Probleme	
Konfrontation	In sensu mit Entspannung	starke vegetative Reaktionen, verzögerte Habituation	verfahrenübergreifend: ausbleibende Habituation bei depressiver Verstimmung
	In sensu ohne Entspannung	zügige Habituation mangelnde Utensilien	bei in sensu: mangelnde Vorstellungskraft (nicht lebhaft)
	In vivo	Vorhandensein von Utensilien, Video, Zugang zu Zahnarztpraxis	bei in vivo: Mangel an Utensilien oder kein Zugang zu Zahnarztpraxis
Angstbewältigungs- und Stressimpfungstraining	ausgeprägte vegetative Reaktionen zusätzliche generalisierte Ängstlichkeit hoher Kontrollwunsch	erfordert Durchführung der Entspannungsübungen zwischen den Sitzungen	
Kognitive Restrukturierung	dysfunktionale Kognitionen vorrangig, individuelle immer sehr unterschiedlich erfordert häufig zahnärztliches Fachwissen	erfordert Abstraktionsvermögen Wirksamkeit bislang nicht evidenzbasiert	
Hypnose (nicht Hypnotherapie)	keine Vermeidung niedriger Kontrollwunsch ausreichende Suggestibilität	hohe Abbruchrate Behandlung findet in der Zahnbehandlungssituation statt (ungünstig bei Phobie)	

In der 3. Sitzung werden das Angsttraining und die Desensibilisierung mit dem Patienten weiter geübt und seine Fragen werden erörtert. Entspannung ohne Anspannung der Muskulatur in verschiedenen Lagen und Situationen kann geübt werden.

Die meisten Verfahren sind an Erwachsenen erforscht. Bei Kindern wird häufig das Erlernen einer angstfreien Behandlung durch Beobachten eines angstfreien Modells eingesetzt. Kinder beobachten sehr gut und sind bereit nachzuahmen, wenn sie eine unkomplizierte Behandlung beobachtet haben (Melamed et al. 1975).

Für den dauerhaften Erfolg einer Psychotherapie ist entscheidend, dass der Patient bei den zahnärztlichen Behandlungen keine schlechten Erfahrungen macht. Bereits kleinste Verstöße gegen die Abmachungen zwischen Therapeut, Zahnarzt und Patient können zu erneutem Abwehrverhalten führen. Man kann den meisten Patienten zwar den Schrecken vor der Behandlung nehmen, das Versprechen der schmerzfreien Behandlung darf dabei jedoch nicht gebrochen werden.

»Liebes Team,
es ist endlich geschafft und ich möchte mich ganz herzlich bei Ihnen für die letzten 2 Jahre bedanken. Endlich sind meine Zähne wieder schön und ich schaffe es mit viel Üben nun wieder, richtig zu lachen und meine Zähne zu zeigen. Ich kann wieder alles essen und muss nicht immer Angst haben, ich würde aus dem Mund riechen. Nie hätte ich gedacht, dass es durch die Psychotherapie und Ihre zahnärztliche Behandlungen wieder möglich sein wird, mich ganz normal zu behandeln zu lassen. Beim ersten Termin bei Ihnen war ich überzeugt davon, dass ich nichts von der Behandlung mitbekommen möchte und dass für mich nur die Vollnarkose in Frage kommt. Nachdem ich bei Ihnen nun 56 Termine hatte, ich hab sie alle gezählt, ist mir klar, dass wir das unter Narkose niemals so gut hinbekommen hätten. Ich bin so stolz auf mich und so glücklich, dass auch meine Platzangst deutlich besser geworden ist. Sie haben mir ein großes Stück Lebensqualität wiedergegeben und dafür möchte ich einfach nur Danke sagen. Der Zahnkuchen, den ich Ihnen gebacken habe, schmeckt hoffentlich allen und ich hab nun wirklich keine Angst mehr, wenn ich wieder zu Ihnen muss. Grüßen Sie bitte ganz herzlich Herrn W. von mir, der mit seiner Therapie wirklich unglaubliches vollbracht hat.« (Sandra R.)

LITERATURVERZEICHNIS

- American Psychiatric Association (APA) (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Diagnostic criteria from DSM-IV*, Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Dangott, L.; Thornton, B. C. und Page, P. (1978), *Communication and Pain*, in: J Commun 1978; 28, 30–35.
- De Jongh, A.; Muris, P.; Ter Horst, G.; Van Zuuren, F.; Schoenmakers, N. und Makkes, P. (1995), *One-session cognitive treatment of dental phobia: preparing dental phobics for treatment by restructuring negative cognitions*, in: Behav Res Ther 1995; 33, 947–954.
- Enkling, N.; Marwinski, G. und Jöhren, P. (2006), *Dental anxiety in a representative sample of residents of a large German City*, in: Clin Oral Invest 2006; 10(1), 84–91.
- Ingersoll, B. D. (1987), *Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde*, Berlin Chicago London São Paulo Tokio: Quintessenz.
- Jöhren, P. (1999), *Validierung eines Fragebogens zur Erkennung von Zahnbehandlungsangst*, in: Zahnärztl Welt Ref 108, 775–778.
- Jöhren, P. und Margraf-Stiksrud, J. (2002a), *Zahnbehandlungsangst und Zahnbehandlungsphobie bei Erwachsenen. Stellungnahme der DGZMK*, in: Deutsch Zahnärztl Z 2002; 57, 9–12.
- Jöhren, P. und Sartory, G. (2002b), *Zahnbehandlungsangst-Zahnbehandlungsphobie. Ätiologie – Diagnose – Therapie*, Hannover: Schlütersche.
- Jöhren, P. und Zimmermann, V. (2002c), *Experimentelle algesimetrische Untersuchung zum hypalgetischen Effekt von Musik und Videoablenkung*, in: ZWR 2002; 111(3), 87–94.
- Jöhren, P.; Enkling, N.; Heinen, R. und Sartory, G. (2007), *Clinical outcome of a short-term psychotherapeutic intervention for the treatment of dental phobia*, in: Quintessence Int 2007; 38, 589–596.
- Kronfeld, R. (1901), *Zahnziehen mit Musik*, in: Paris, Franz Med Blatt 1901, Österr Ung Vierteljahresschrift für Zahnärzte 17, 424–426.
- Klepac, T. K.; Dowling, J. und Hauge, G. (1980), *Reports of pain after dental treatment, electrical tooth pulp stimulation and cutaneous shock*, in: J Am Dent Assoc 100, 692–695.
- Korte, T. (2010), *Die Wartezeit in der zahnärztlichen Praxis*, Promotion an der Fakultät für Gesundheit, Departement Zahnmedizin der Universität Witten Herdecke.
- Lenk, M.; Berth, H.; Joraschky, P.; Petrowski, K.; Weidner, K. und Hannig, C. (2013), *Zahnbehandlungsangst – ein unterschätztes Symptom bei psychischen Grunderkrankungen*, in: Deutsch Ärzteblatt 2013; 110, 31–32.
- Melamed, B. G.; Weinstein, D.; Katin-Borland, M. und Hawes, R. (1975), *Reduction of fear related dental management problems with use of filmed modeling*, in: J Am Dent Assoc 1975; 90(4), 822–826.
- Milgrom, P. und Weinstein, P. (1993), *Dental fears in general practice: new guidelines for assessment and treatment*, in: Int Dent J 1993; 43, 288–293.

- Milgrom, P.; Weinstein, P.; Kleinknecht, R. und Getz, T. (1985), *Treating fearful dental patients*, Reston, VA: Reston Publishing.
- Moore, R.; Brodsgaard, I.; Birn, H., *Manifestations* (1991), *Acquisition and Diagnostic Categories of Dental Fear in a Self-Referral Population*, Behav.Res.Ther. 29 (1991), 51–60.
- Müller, A. (1991), *Angstpatienten in der Allgemeinmedizin*, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1991; 8, 447–453.
- Murray, P.; Liddell, A. und Donohue, J. (1989), *A longitudinal study of the contribution of dental experience to dental anxiety in children between 9 and 12 years of age*, in: J Behav Med 1989; 12, 309–320.
- Oosterink, F. M.; De Jongh, A. und Hoogstraten, J. (2009), *Prevalenz of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes*, in: Eur J Oral Sci 2009; 117, 135–143.
- Pantas, E.; Jöhren, P. (2014), *Eine prospektive Studie zur anxiolytischen Wirkung, mit Musik gegen die Angst*, ZM 104 (2014), 22–26.
- Perkonig, A. und Wittchen, H.-U. (1995), *Epidemiologie von Angststörungen*, in: Kaspar, S. und Möller, H. J. (Hg.), *Angst- und Panikerkrankungen*, Jena: Gustav-Fischer-Verlag, 137–156.
- Raith, E. und Ebenbeck, G. (1986), *Psychologie für die zahnärztliche Praxis*, Stuttgart New York: Thieme.
- Roy-Byrne, P. P.; Milgrom, P.; Khoon-Mei, T. und Weinstein, P. (1994), *Psychopathology and psychiatric diagnosis in subjects with dental phobia*, in: Journal of Anxiety Disorders 1994; 8, 14–21.
- Sartory, G.; Heinen, R.; Pundt, I. und Jöhren, P. (2006), *Predictors of behavioral avoidance in dental Phobia: The role of gender, dysfunctional cognitions and the need of control*, in: Anxiety, Stress and Coping 2006; 19(3), 279–291.
- Sartory, G. und Wannemüller, A. (2010), *Zahnbehandlungsphobie. Fortschritte der Psychotherapie*, Göttingen: Hogrefe.
- Thom, A.; Sartory, G. und Jöhren, P. (2000), *Comparison between one-session-psychological treatment and benzodiazepine in dental phobia*, in: J Cons Clin Psychol 2000; 68, 378–387.
- Tönnies, S.; Mehrstedt, M. und Eisentraut, I. (2002), *Die Dental Anxiety Scale (DAS) und das Dental Fear Survey (DFS) – Zwei Messinstrumente zur Erfassung von Zahnbehandlungsängsten*, in: Z Med Psychol 2002; 11, 63–72.
- Wannemüller, A.; Jöhren, A.; Haug, S.; Hatting, M.; Elssesser, K. und Sartory, G. (2011), *A Practice-Based Comparison of Brief Cognitive Behavioural Treatment, two Kinds of Hypnosis and General Anaesthesia in Dental Phobia*, in: Psychoth und Psychosom 80(3), (2011, 159–165.
- Wölber, J.P.; Wolowski, A.; Jöhren, P. (2014), *Das besondere Gespräch: Kommunikation bei Patienten mit Zahnbehandlungsangst*, in: ZM 12 (2014), 42–47.