Psychologie

P. Jöhren, P. Gängler, Witten

Zahnbehandlungsangst, Zahnbehandlungsphobie

Definitionen, Ätiologie, Diagnostik und Therapie

Teil 1: Definitionen und ätiologische Modelle

Angst vor der Zahnbehandlung ist ein in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitetes Problem. Auch wenn der überwiegende Teil der Bevölkerung regelmäßig einen Zahnarzt aufsucht, leiden je nach Autor 5–10 % unter einer so starken Angst, daß sie den Weg in die Zahnarztpraxis erst dann finden, wenn die Zahnschmerzen unerträglich geworden sind. Diese von der normalen Zahnbehandlungsangst abzugrenzende, krankhafte Angst geht mit der Vermeidung des Zahnarztbesuches einher und wird Zahnbehandlungsphobie genannt. In der zahnärztlichen Routine werden diese Phobiker häufig nicht sofort erkannt und ihre Behandlung stellt nicht nur für den Patienten, sondern auch für viele Zahnärzte ein zeitintensives und nervenaufreibendes Problem dar. In drei aufeinander folgenden Fortbildungsteilen sollen daher dem interessierten Leser nicht nur Grundlagen der Zahnbehandlungsangst und der Zahnbehandlungsphobie, sondern auch praxisrelevante diagnostische und therapeutische Verfahren vermittelt werden (Abb. 1).

Definitionen

Angst, Angststörung

Angst ist nach *Riemann* (1994) ein normaler Gefühlszustand, der wie andere Emotionen zu unserem Leben gehört. *Spielberger* (1972) differenzierte darüber hinaus zwischen einer unterschiedlich stark ausgeprägten, kurzfristigen Zustandsangst (State anxiety) und einer überdauernden Eigenschaftsangst (Trait anxiety), die als relativ stabile Persönlichkeitseigenschaft definiert ist. Letztere geht mit der Disposition einher, eine Vielzahl von Situationen als bedrohlich wahrzunehmen.

Die Zustandsangst wird dagegen als emotionaler bewußt wahrgenommener Zustand definiert, der gekennzeichnet ist durch Unruhe, Besorgtheit, Nervosität und der Furcht vor zukünftigen Ereignissen, sowie einer erhöhten Aktivität des autonomen Nervensystems. State-Angst wird als vorübergehender Zustand beschrieben, der sich in seiner Intensität über Zeit und Situation hinweg verändert.

Wird die Angst im Vergleich zur angstauslösenden Situation (Stimulus) unangemessen stark und damit pathologisch, wirkt sie leistungsbeeinträchtigend und führt so zu unangebrachten Reaktionen: Angst muß immer dann als krankhaft bezeichnet werden, wenn

- sie im Vergleich zum auslösenden Stimulus unangemessen stark ist
- sie zu häufig und zu lange auftritt
- man die Kontrolle verliert
- man Angstsituationen vermeiden muß
- man stark unter ihr leidet (Wittchen 1993)

Einfache Phobie

Wie bei der Entstehung aller anderen Angststörungen kann auch bei der einfachen Phobie, zu der auch die Zahnbehandlungsphobie gehört der Übergang von der normalen zur pathologischen Angst fließend sein. Die Diagnose muß sorgfältig gestellt werden, da bei klassischen Phobien Objekte, Tiere, oder Situationen als Stimulus fungieren, vor denen sich auch "normal Angstliche" fürchten bzw. ängstigen (Spinnen, Zahnarztbehandlung etc.). Erkrankte Personen, die mit dem phobischen Stimulus konfrontiert werden, reagieren in der Regel mit Panik.

Man unterscheidet bei der einfachen Phobie die

- Agoraphobie (Angst vor öffentlichen Plätzen)
- Spezifische Phobie (z. B. Zahnbehandlung, Spinnen etc.) und die
- Soziale Phobie (Angst vor sozialen Situationen).

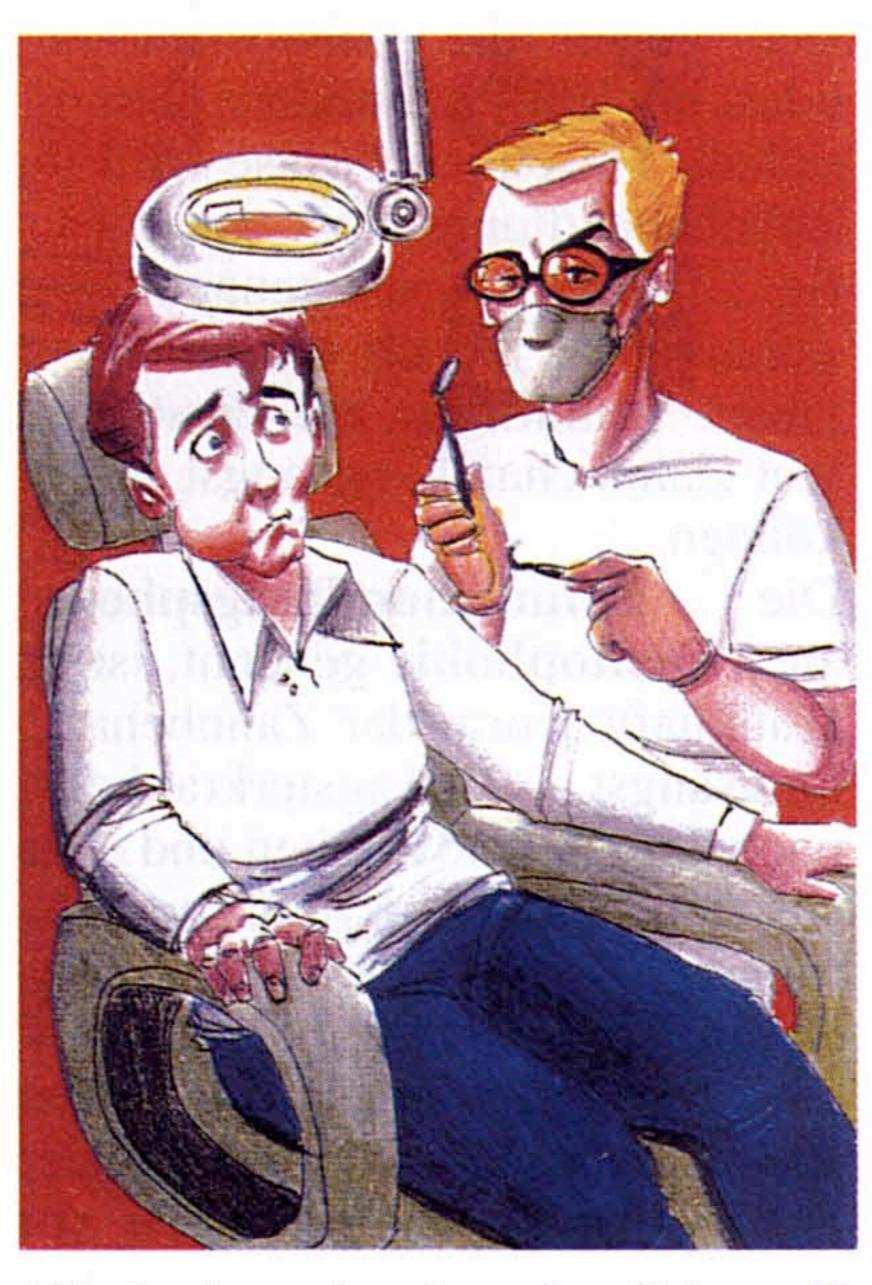


Abb. 1: Aus: "Angst vor dem Zahnarzt". Stiftung Wartentest, "Test", 3 (1999)

Nach der International Classification of disease (ICD-10, F 40.2) müssen bei der Diagnosestellung folgende Leitlinien beachtet werden:

- Die psychischen oder vegetativen Symptome müssen primäre Manifestationen der Angst sein und nicht auf anderen Symptomen wie Wahn oder Zwangsgedanken beruhen.
- Die Angst muß auf die Anwesenheit eines bestimmten phobischen Objektes oder eine spezifische Situation begrenzt sein.
- □ Die phobische Situation wird − wann immer möglich- vermieden.

Für vier mögliche Phobien gibt Öst das Entstehungsalter mit den ersten beiden Lebensdekaden an (Tab.1) an.

Entsprechend den diagnostischen Kriterien für eine Zahnbehandlungsphobie steht bei den Patienten die Angst vor der Zahnbehandlung oder einem mit ihr assoziierten Stimulus im Mittelpunkt. Die direkte Konfrontation mit der Situation löst bei den Betroffenen fast unvermeidlich eine sofortige Angstreaktion aus. Aus diesem Grund vermeidet der Patient die Zahnbehandlung und wird meistens erst durch Schmerzen oder einen besonders starken Leidensdruck zum Zahnarztbesuch genötigt. So kann z. B. eine neue Partnerschaft oder eine neue Arbeitsstelle die Ursache für das Aufsuchen eines Zahnarztes darstellen, da sich der Betroffene seiner Zähne schämt. Meistens wissen

Stiksrud 1996, Malamed 1993). Eine Untersuchung von Schabakker und Pohlmeier (1985) zeigte, daß 10-12 % der amerikanischen Bevölkerung eine so starke Angst vor der Zahnbehandlung hatten, daß sie sich nicht behandeln ließen. Weitere 12 % gaben zwar eine ähnlich starke Angst an, gingen jedoch aufgrund starker Schmerzen mit dem Wunsch, unter Narkose behandelt zu werden, zum Zahnarzt. Nur 5 % der Befragten gingen "relativ angstfrei" zur Zahnbehandlung. Lautch (1971) fand in seiner Untersuchung, daß Patienten mit einer Zahnbehandlungsphobie im Schnitt bereits 17,3 Tage vor dem Aufsuchen des Zahnarztes Schmerzen hatten. Nicht phobische Patienten gingen durchschnittlich nach drei Tagen mit Schmerzen zum Zahnarzt.

Tabelle 1: Alter bei Beginn von Phobien (Öst 1987)

	Anzahl der Patienten	Mittleres Alter Bei Beginn
Klaustrophobie Tierphobie Blutphobie Zahnarztphobie	40 50 40 60	20 7 9 12

Zahnbehandlungsangst, -phobie:

Zahnbehandlungsangst ist der Sammelbegriff für alle physiologischen Ausprägungen eines mehr oder weniger starken, aber nicht krankhaften Angstgefühles, daß sich gegen die Zahnbehandlung oder mit ihr verbundene Stimuli richtet. Fälschlicherweise wird die Zahnbehandlungsangst auch häufig "Zahnarztangst" genannt. Der Zahnarzt ist jedoch nur einer von vielen Stimuli, die zur Entstehung von Zahnbehandlungsangst führen können.

Die Zahnbehandlungsphobie, auch Dentophobie genannt, ist als krankhafte Form der Zahnbehandlungsangst (Angsterkrankung) nach dem diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-IV, American Psychatric Association, APA, 1994) eine Angsterkrankung, die zu den spezifischen Phobien zu rechnen ist. Sie ist zu unterscheiden von der normalen, nicht krankhaften Angst vor der Zahnbehandlung.

die Patienten, daß ihre Angst übertrieben und unvernünftig ist.

Der Übergang zwischen normaler Angst und der Zahnbehandlungsphobie ist fließend. Bei vielen Patienten führt der bloße Geruch in der Praxis, die Geräusche am Behandlungsstuhl, der Anblick einer Spritze, oder allein die Tatsache, sich mit einem Arzt oder Zahnarzt zu unterhalten, zu einem mehr oder weniger starken Angstgefühl. Bei einer Untersuchung von 100 Patienten in einer Notfallklinik sagten 38 %, daß sie den Zahnarzt nur unregelmäßig aufsuchten, da sie sich zu sehr davor fürchteten. Nur 12 % dieser Patienten vereinbarten daher weitere Termine (Curson 1970). Nach Segal (1986) litten 15 % der Patienten in einer zahnärztlichen Notfallsprechstunde länger als einen Monat unter den Schmerzen, bevor sie einen Zahnarzt aufsuchten. Andere Autoren geben an, daß bis zu 75 % der Gesamtbevölkerung mit einer starken bis mittleren Angst zum Zahnarzt gehen (Markgraf-

Ätiologische Modelle der Zahnbehandlungsangst und der Zahnbehandlungsphobie

Die häufigste Ursache für die Entwicklung der Zahnbehandlungsangst, -phobie stellen traumatische Erlebnisse während der Zahnbehandlung dar (*Lindsay* und *Jackson*, 1993). Seit jeher wird der Zahnarztbesuch mit Schmerzempfindung in Zusammenhang gebracht.

In einer Untersuchung von Klepac (1980) gaben 77 % der Befragten an, daß sie während der Zahnbehandlung Schmerzen verspürten. Andere Studien belegen, daß vor allem Patienten mit krankhafter Angst häufiger traumatische Erlebnisse in der Vergangenheit angeben als normalängstliche Patienten (Shaw 1975).

Auch in der Nichtfachliteratur finden sich zahlreiche Hinweise dafür, daß der Zahnarztbesuch unzertrennlich mit Schmerzen assoziiert ist. Bei Günther Grass finden sich für den Zahnarzt Bezeichnungen wie "fürsorglicher Tyrann, sanfter Sadist oder Zahnklemptner". Auch in der bildlichen Darstellung gibt es eine Vielzahl von Motiven, die Patienten während einer Zahnbehandlung mit schmerzverzerrtem Gesicht zeigen (Abb. 2).

Schmerzerwartung

Es ist nachvollziehbar, daß auch die Unsicherheit, ob während der Behandlung Schmerzen auftreten werden, zu einer Erwartungsangst unterschiedlicher Ausprägung bis hin zu einer Angsterkrankung führen kann. 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 ist. Eine abgeschlossene Behandlung ohne erlebte Schmerzen wird eher überraschend als glücklicher Zufall in Erinnerung behalten.

So haben *McNeil* et al. (1989) zeigen können, daß die Angst vor Schmerzen und das Ausmaß der Zahnbehandlungsangst, positiv korreliert sind. In ihrer Untersuchung wurde wie in den meisten Studien nicht zwischen normaler und pathologischer Angst unterschieden.

Dennoch gibt es Erwachsene und kindliche Patienten, die entweder noch nie beim Zahnarzt waren oder sich an keine traumatische Begebenheit beim Zahnarzt erinnern können und trotzdem über eine starke Angst vor der Behandlung berichten. So waren 10 % der Kinder einer Untersuchung unserer Einrichtung, die aufgrund ihres Vermeidungsverhaltens in Intubationsnarkose behandelt werden mußten, zuvor noch nie beim Zahnarzt (Jöhren 1997). Darüber hinaus gibt es auch Patienten, die zwar schon einmal Schmerzen beim Zahnarzt hatten und auch Schmerzen erwarten und trotzdem keine Angst haben (*Wardle* 1982).

Diese Ergebnisse zeigen, daß eine Schmerzerfahrung und Schmerzerwartung zwar die wichtigsten Gründe für die Entstehung einer Zahnbehandlungsphobie darstellen, sich hiermit aber nicht bei allen Patienten große Angst bis hin zu Angststörungen erklären lassen.

Ein grundlegendes Modell für den Erwerb von spezifischen Phobien stellt die klassische Konditionierung dar. Da physiologische Reaktionen durch Aktivierung des autonomen Nervensystems zu den ob-

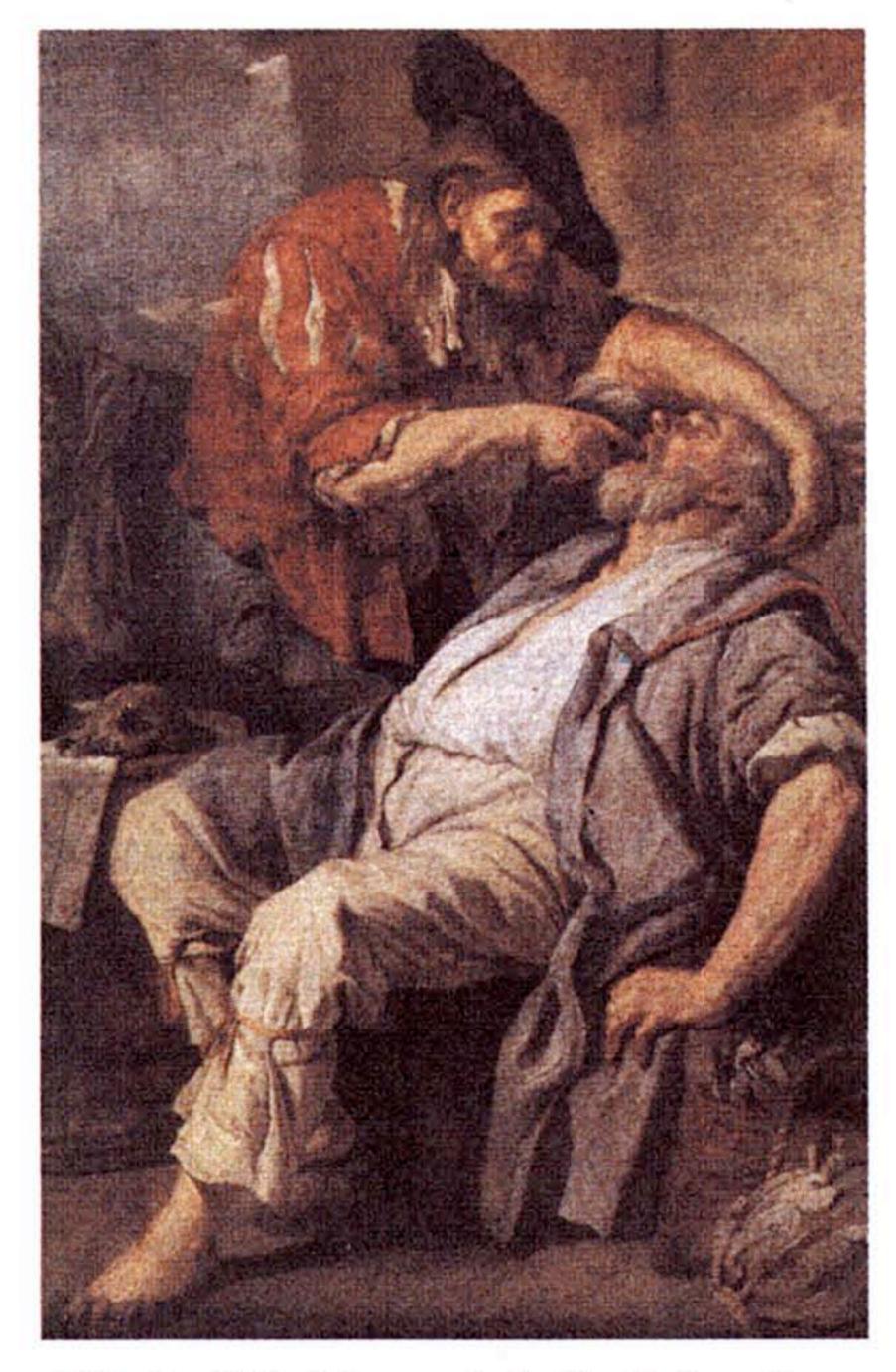


Abb. 2: Seit jeher wird die Behandlung beim Zahnarzt mit Schmerzen assoziiert. Trotz der heute möglichen schmerzfreien Behandlung unter Lokalanästhesie steht die Angst vor Schmerzen beim Zahnarzt bei vielen Patienten im Vordergrund.(Cornelis de Wael: "Der Zahnbrecher")

jektiv erkennbaren Symptomen verschiedener Angststörungen gehören, liegt der Schluß nahe, daß eine Phobie durch "klassische Konditionierung" entstehen kann.

Diese Theorie der klassischen Konditionierung geht davon aus, daß unkonditionale, neutrale Reize, die in raum-zeitlicher Nähe zu einem schmerz- bzw. angstauslösenden Reiz auftreten, selbst als konditionaler Stimulus schmerzauslösend, bzw. angstauslösend werden können. Dieses aus der Verhaltensforschung auf psychopathologische Prozesse übertragene Modell ist sicher stark vereinfacht. Dennoch

zeigt das klassische, in diesem Zusammenhang angeführte Experiment mit dem Kleinkind "little Albert" von Watson und Raynor (1920), daß dieses Modell zur Erklärung von Angststörungen herangezogen werden kann. Albert durfte über Wochen mit einer weißen Ratte spielen, zu der er eine große Zuneigung entwickelte. Im Verlaufe der Untersuchung ließen die Leiter des Experimentes ein lautes, abschreckendes Geräusch ertönen (Hammerschlag Stahl), sobald Albert mit der Ratte spielen wollte. Schon nach sechs Hammerschlägen zeigte Albert auch ohne das Geräusch Angst, sich der Ratte zu nähern und übertrug mit der Zeit eine Abneigung gegen andere weiße, pelzige Objekte, wie z.B. Watte oder einen weißen Pelzmantel.

■ Modellernen

Diese Theorie 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. In seiner Untersuchung an Schülern der amerikanischen Junior High bis zur Graduate School sollten die Befragten Gründe für ihre Einstellung zur Zahnbehandlung angeben. Bei den negativ eingestellten Schülern stellte die Wahrnehmung negativer Einstellungen von anderen Personen die häufigste Ursache dar (Tab. 2).

Eigene Untersuchungen an unkooperativen Kindern führten zu

Tabelle 2: Angaben von 487 amerikanschen Studenten über die Gründe ihrer Zahnbehandlungsangst (Kleinknecht 1973)

Gründe	% der Befragten, die diese Antworten gaben
Einfluß/Erzählungen von anderen	16,9
Schmerzvolle Erfahrungen in der Vergangenheit	13,5
Frühere Behandlungsfehler eines Zahnarztes	8,3
Spritzenangst	8,3
Rücksichtsloses Benehmen eines Zahnarztes	6,8
Abneigung gegen die Persönlichkeit des Zahnarztes	4,7
Angst vor dem Bohrer/Bohren	2,4

dem Ergebnis, daß die Eltern dieser Kinder eine stärkere Angst vor der Zahnärztlichen Behandlung angegeben hatten als eine Kontrollgruppe. Ein Teil dieser Kinder ist zuvor noch nie zahnärztlich behandelt worden. (Jöhren 1997).

Diese Ergebnisse legen den Schluß nahe, daß die Angst der Eltern und die mit ihr verbundene verbale Suggestion einen Kofaktor für die übersteigerte Angst der Kinder darstellt.

Einfluß der sozialen Schicht Nach Untersuchungen von Gülzow (1991), Wetzel (1984), und Krüger (1979), nimmt die soziale Schichtzugehörigkeit der Eltern Einfluß auf den Gebißzustand der Kinder. Inwiefern die Angst vor der Zahnbehandlung mit der sozialen Schichtzugehörigkeit korreliert, ist bisher nicht eindeutig geklärt. Es scheint jedoch einleuchtend, daß Angehörige der – im soziologischen Sinne – sozialen Unterschichten es gelegentlich schwer haben, die soziale Distanz zum Zahnarzt ohne Angst oder Verunsicherungsgefühl zu überwinden. Andererseits wendet man sich bewußt an einen Experten, der einem fachlich überlegen ist, weil man Hilfe von ihm erwartet. Auch dieser Umstand schreibt dem Zahnarzt die Position des Überlegenen zu.

In einer eigenen Untersuchung an 61 unkooperativen Kindern und ihren Eltern konnte belegt werden, daß die Angst der Eltern und der Kariesbefall des Gebisses von Eltern und Kindern mit der sozialen Schicht korreliert sind (*Jöhren* 1997). Es ist jedoch nicht nachgewiesen, daß Phobiker vermehrt aus niederen sozialen Schichten stammen.

Altersbedingte Faktoren

Das Phänomen der Behandlungsunwilligkeit mit konsekutiver Behandlungsverweigerung ist nicht immer Ausdruck einer gesteigerten Angst, sondern muß gerade bei kindlichen Patienten im Kontext des Entwickungsstadiums, in dem sich das Kind gerade befindet, gesehen werden. Die Behandlungsverweigerung kann dabei als völlig normales, reaktives Phänomen, oder auch als Ausdruck einer "kritischen Phase"(z.B. Trotzverhalten der 2–3-Jährigen, Phase der Einschulung) gewertet werden. Schröder (1974) weist daraufhin, daß bestimmte Ängste bei Kindern eine passagere und mit zunehmenden Alter abnehmende Erscheinung darstellen. Schwierig sei es dennoch, zwischen diesen alterstypischen Phänomenen und Phobien zu unterscheiden und erst die ausgiebige Beschäftigung mit dem Kind könne zur Klärung der Ursachen und damit zur Diagnosestellung beitragen.

Wetzel (1982) berichtet über seine Erfahrung mit Kleinkindern, die unter einem desolaten Milchgebiß leiden jedoch aufgrund der geistig-psychischen Entwicklung die medizinisch notwendige, häufig akut erforderliche Therapie noch nicht bewältigen können. Gerade in dieser Phase ist es behandlungserschwerend, daß die Kinder häufig schon mit Schmerzen den Zahnarzt aufsuchen. Auch wir haben die Erfahrung gemacht, daß bei diesen Kleinkindern eine Sanierung in Narkose häufig nicht zu umgehen ist, wenn es gilt, ein bleibendes Trauma zu vermeiden.

**Context Zahnbehandlung* Auch der Umstand, sich in eine unbekannte Situation zu begeben, fremde Menschen zu treffen und ein Gefühl von Unsicherheit zu empfinden führt bei vielen Patien-

ten zu mehr oder wenig stark ausgeprägter Angst. Behandlungsstuhl, Bohrer, Gerüche und zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen wirken entsprechend der Persönlichkeitsdisposition auf die Patienten unterschiedlich bedrohlich. Dieses Gefühl wird durch die Tatsache verstärkt, daß der Patient mit Beginn der Behandlung scheinbar zu absoluter Passivität verurteilt ist.

Auch Eigenschaften und Verhaltensweisen des Zahnarztes und des gesamten Praxisteams sind bei Überlegungen zur Entstehung und Vermeidung von Angstgefühlen nicht zu vernachlässigen (Abb. 3). Obwohl die angeführten Theorien Gründe für die Entstehung von Ängsten darstellen, sind die Ursachen selten monokausal und individuell sehr unterschiedlich.

Es stellt sich daher die Frage, wie man den Angstpatienten am besten untersucht und wie seine Angst diagnostiziert und therapiert wird. Diese Fragen sollen mit dem zweiten und dritten Teil dieser Fortbildungsreihe beantwortet werden.

Fortsetzung folgt.

Korrespondenzadresse:

Dr. Peter Jöhren, Universitätszahnklinik Witten-Herdecke, Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten



Abb. 3: Aus: "Balduin Bählamm – Der verhinderte Dichter" von Wilhelm Busch