

Zahnbehandlungsangst und Spritzenphobie – Entstehung, Diagnostik und Therapie

Skript zum Vortrag im Rahmen der Fortbildungsveranstaltung „Zahn und Psyche“ der Psychotherapeutenkammer Bayern, 07.02.2009

Vanessa Bisping

Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin

Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Universitätsklinikum Münster

Definition

Die Zahnbehandlungsphobie und Blut- und Injektionsphobie gehören zur Gruppe der sogenannten spezifischen Phobien. Die wichtigsten Diagnosekriterien, die eine Phobie von einer „normalen“ intensiven Furchtreaktion unterscheidet, sind im Klassifikationssystem DSM-IV der American Psychiatric Association (APA) eine ausgeprägte und anhaltende Angst, die durch das Vorhandensein oder die Erwartung eines spezifischen Objekts oder einer spezifischen Situation ausgelöst wird, in diesem Fall einer Zahnbehandlung bzw. einer Injektion. Die Person erkennt, dass ihre Angst übertrieben oder unbegründet ist, vermeidet die phobischen Situationen oder kann sie nur unter starker Angst ertragen, fühlt sich durch die Angst oder das Vermeidungsverhalten in ihrer Lebensführung eingeschränkt oder leidet erheblich darunter.

Mit der Angst einhergehende körperliche Reaktionen und Befürchtungen

Die Angst vor Zahnbehandlungen kann mit einer Spritzenphobie einhergehen, die beiden Phobien sind jedoch nicht identisch. Körperlich kann sich die Angst bei beiden Angsterkrankungen mit Herzrasen, muskulärer Anspannung, Zittern, Schwitzen, Atemnot, Beklemmungsgefühlen in der Brust, Schwindel, Übelkeit, verstärktem Würgereiz, Ohnmachtsneigung u. ä. äußern. Ein Teil der Zahnbehandlungs- und Spritzenphobiker zeigt eine erhöhte Ohnmachtsneigung. Dabei kommt es zu einem di-phasischen vegetativen Muster der Furchtreaktion: nach einer anfänglichen, kurzen Steigerung der Sympathikus-Aktivität erfolgt eine parasympathische Reaktion mit deutlichem Puls- und Blutdruckabfall, oft verbunden mit Übelkeit und Ohnmacht.

Auf kognitiver Ebene geht die Angst mit bestimmten Befürchtungen einher. Bei der Zahnbehandlungsphobie beziehen sich solche Befürchtungen häufig auf Schmerz und bestimmte potentiell schmerzauslösende Instrumente, v. a. Bohrer und Spritze, aber auch auf das Verhalten des Zahnarztes, auf mögliche körperliche Reaktionen, wie Würgen, Ersticken, Ohnmacht, allergische Reaktionen, oder auf Gefühle von Ausgeliefertsein, Kontrollverlust oder Scham. Bei der Spritzenphobie befürchten Betroffene häufig Schmerz, Blut/Verletzungen, eigene körperliche Reaktionen, wie Übelkeit oder Ohnmacht, oder empfinden es als angstausslösend, das etwas in den Körper eindringt.

Prävalenz

Etwa 11% der deutschen Bevölkerung leiden unter Zahnbehandlungsphobie (Marwinski, 2005). Dies entspricht Schätzungen in anderen westeuropäischen Ländern und den USA. In den skandinavischen Ländern kommt die Dentalphobie mit 3-5% seltener vor. Sozioökonomisch niedrigere Gesellschaftsschichten, Frauen und jüngere Menschen sind dabei stärker von Dentalphobie betroffen. Unter Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie leiden etwa 3% der Bevölkerung.

Diagnostische Kriterien und Verfahren

- Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS, Margraf, Schneider & Ehlers, 1994)
- Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID, Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997)
- Störungsspezifische Selbstbeurteilungsverfahren, z. B.
 - Dental Anxiety Scale (DAS) nach Corah (1969)
 - Dental Fear Survey (DFS) nach Kleinknecht et al. (1973)
 - Mutilation Questionnaire (MQ) nach Klorman et al. (1974)
- Anzahl der nicht eingehaltenen Arzt- oder Zahnarzttermine
- Gebisszustand, fehlende Sanierung und vermehrte Extraktionen in der Vergangenheit
- Verhaltensbeobachtungen durch Zahnarzt/Arzt und Praxisteam
- Physiologische Indikatoren (Schwitzen, Atmung...).

Entstehung und Ursachen

Beide Angsterkrankungen entwickeln sich häufig bereits in der Kindheit. Ursachen können sein:

- Eigene unangenehme und belastende Erlebnisse während zahnärztlicher, kieferorthopädischer oder anderer medizinischer Behandlungen (unerwartete und starke Schmerzen, unfreundliches, abwertendes oder aggressives Verhalten der behandelnden Ärzte, erschreckende Kreislaufreaktionen wie Übelkeit, Atemnot, Ohnmacht...)
- Übertragung der Ängste der Eltern oder wichtiger Bezugspersonen, z. B. durch Erzählungen oder Beobachtungen im Sinne von Modelllernen
- Genetische Veranlagung
- Traumatische Erfahrungen in anderen Bereichen, z. B. sexueller Missbrauch
- Andere psychische Erkrankungen, v. a. andere Ängste, Depression
- Fehlende positive Erfahrungen bei zahnmedizinischen oder medizinischen Behandlungen

Gesundheitliche und psychosoziale Folgen

- ständige Schmerzen, Zahn- und Zahnfleischerkrankungen, Zahnverlust, Mundgeruch...
- gesundheitliche Folgeerkrankungen (erhöhtes Risiko für Infektionen, kardiovaskuläre Erkrankungen...)
- zunehmender sozialer Rückzug und Isolation
- Arbeitsausfälle und Arbeitsplatzverlust
- Entwicklung anderer psychischer Erkrankungen (Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit, soziale Phobie, Depression...)

Aber auch die behandelnden Ärzte und Zahnärzte leiden unter der Angst ihrer Patienten durch:

- Entstehende Kosten in Folge häufiger Terminausfälle
- Zeitaufwendige Behandlungen
- Interaktionsverhalten des Patienten
- Eigenes Insuffizienzerleben

Behandlungsmöglichkeiten

Die Behandlung der Dental- und Spritzenphobie erfordert eine gute Zusammenarbeit von behandelnden Ärzten/Zahnärzten und Psychotherapeuten. Eine Vielzahl von hilfreichen Strategien kann die Zahnärztin einsetzen, um die Angst des Patienten zu reduzieren. Je nach psychologischem Kenntnisstand der Ärztin und Schwere der phobischen Störung reicht dies jedoch unter Umständen nicht aus, so dass eine vorbereitende und begleitende Psychotherapie erforderlich wird. Maßnahmen, die der Zahnarzt zur Angstreduktion einsetzen kann, sind:

Medikamentöse Maßnahmen:

- Allgemeinanästhesie
- Benzodiazepine
- Stickoxydul

Psychologische Maßnahmen:

- eine vertrauensvolle Beziehung zum Patienten aufbauen (Gesprächsgestaltung, Praxiseinrichtung, Zeitplanung...)
- Dem Patienten ein Gefühl von Kontrolle vermitteln (Informationsvermittlung, Verhaltenstechniken)
- Mit einfachen Behandlungsschritten beginnen, größere Eingriffe verschieben
- Bei Notfällen: Eingriffe möglichst vermeiden, Schmerzen medikamentös behandeln
- Alkohol-/Medikamentenabusus eruieren, da Probleme bei Anästhesie auftreten können
- Allergische Reaktionen: abklären, mit Hausarzt und Allergologen besprechen
- Schmerzmanagement

Psychotherapeutische Methoden

Die Psychotherapieforschung hat seit den 60er Jahren ein breites Spektrum an wirksamen Behandlungsmethoden, überwiegend mit kognitiv-behavioralem Schwerpunkt, entwickelt, u. a.:

- Psychoedukation
- Modelllernen
- Entspannungsverfahren (autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobson...)
- Konfrontative Methoden (systematische Desensibilisierung, graduierte Exposition in sensu / in vivo...)
- kognitive Methoden (z. B. kognitive Umstrukturierung, imaginative Techniken, Aufmerksamkeitsfokussierung...)

Da viele Zahnbehandlungs- und Spritzenphobiker traumatische Erlebnisse als Auslöser für ihre Angst beschreiben, werden in den letzten Jahren auch vermehrt Techniken aus der Traumatherapie eingesetzt, z. B. die Eye Movement Desensitization and Reprocessing Methode (EMDR) nach Shapiro (1995). Diese lassen sich mit den oben beschriebenen Methoden sinnvoll kombinieren (s. auch de Jongh, 2006). Eine weitere Technik ist die Hypnose, die in den letzten Jahren zunehmend von Zahnärzten zur Angstbewältigung ihrer Patienten angewendet wird.

Psychotherapie ist kurzfristig ähnlich wirksam in der Angstreduktion wie Allgemeinanästhesie und Benzodiazepine, langfristig ist sie medikamentösen Behandlungen überlegen (z. B. Thom et al, 2000). Für spezifische Phobien gilt im Allgemeinen die Expositionsbehandlung als die wirksamste Therapieform. Bei Zahnbehandlungsphobie gehört die Systematische Desensibilisierung nach Wolpe (1958) zu den am häufigsten eingesetzten Interventionen. Bei Zahnbehandlungsphobikern und/oder Spritzenphobikern mit Ohnmachtsneigung hat sich auch die graduierte Exposition vivo in Kombination mit angewandter Anspannung („*applied tension*“, Öst & Sterner, 1987) bewährt. Diese Verfahren werden i. d. R. mit kognitiven Techniken (z. B. nach Ellis, 1962; Beck, 1970, 1976) kombiniert.

Literatur

Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy – nature and relation to behaviour therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International University Press.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New Jersey: Lyle Stuart.

Klorman, R., Weerts, T. C., Hastings, J. E., Melamed, B. G. & Lang, P. J. (1974). Psychometric description of some specific-fear questionnaires. *Behavior Therapy*, 5, 401-409.

Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (1994). *DIPS – Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen* (2. Aufl.). Berlin: Springer.

Marwinski G (2005), Ätiologie und Prävalenz der Zahnbehandlungsangst. Eine repräsentative Passanten- und Praxisumfrage. Inaugural-Dissertation zur Erlangung eines Doktors der Zahnheilkunde, Universität Witten Herdecke, Fakultät für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Öst, L.-G. & Sterner, U. (1987). Applied tension: a specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 25-29.

Shapiro F, *EMDR - Grundlagen und Praxis: Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*. (1995). Übersetzung Theo Kierdorf, in Zusammenarbeit mit Hildegard Höhr. Paderborn: Junfermann, 1998.

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

Tönnies, S., Mehrstedt, M. & Eisentraut, I. Die Dental Anxiety Scale (DAS) und das Dental Fear Survey (DFS) – Zwei Messinstrumente zur Erfassung von Zahnbehandlungsängsten. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, II, 63-72.

Wittchen, H.-U., Zaudrich, M. & Fydrich, T. (1997). SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I, deutsche Version. Göttingen: Hogrefe.

Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford, CA: Stanford University Press.

Überblicksarbeiten:

Jöhren, P. & Sartory, G. (2002). Zahnbehandlungsangst – Zahnbehandlungsphobie: Ätiologie, Diagnose, Therapie. Hannover: Schlütersche.

Mehrstedt, M. (2007). Zahnbehandlungsängste. Analyse empirischer Forschungsergebnisse aus der Literatur und Untersuchungsergebnisse aus der Praxis. Asanger.

Praxisorientiert:

Milgrom, P., Weinstein, P. & Getz, T. (1995). Treating fearful dental patients: A patient management handbook. (Second Edition, revised) Seattle: University of Washington.

Verhaltenstherapeutische Grundtechniken bei Phobien:

Fliegel, S., Groeger, W. M., Künzel, R., Schulte, D., Sorgatz, H. (1998). Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Ein Übungsbuch. (4. Aufl.) Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Spezielle Anwendungen:

De Jongh, A. & ten Broeke, E., (2006). Die Anwendung von EMDR bei der Behandlung Spezifischer Phobien. In Friedhelm Lamprecht (Hrsg.), Praxisbuch EMDR, Modifizierungen für spezielle Anwendungsgebiete.

Schmierer, A., Schütz, G. (2007). Erfolgreiche Hypnose und Kommunikation in der Zahnarztpraxis. Berlin: Quintessenz Verlag.