

Forschungsbericht zur wissenschaftlichen Studie über die

Wirksamkeit der Hypnose bei Patienten mit Zahnbehandlungsangst unter der besonderen Berücksichtigung der „Psychodynamischen Aspekte der Angst“

Ursula Sigmund (01/2007)

Zusammenfassung

Im ersten Teil wird über den gegenwärtigen Stand der laufenden Untersuchung über die Wirksamkeit der Hypnose bei Patienten mit Zahnbehandlungsangst berichtet, wobei sich bereits mögliche Diskussionspunkte abzeichnen. Anschließend wird im zweiten Teil der psychodynamische Aspekt der Angst im Sinne von Stavros Mentzos (2000), als möglicher Blickwinkel auf die Ätiologie der Angst, herausgearbeitet.

Bericht

Im Letzten Forschungsbericht wurde die nunmehr laufende Studie über die Wirksamkeit der Hypnose bei Patienten mit Zahnbehandlungsangst beschrieben, welche einen weiteren Schritt zur Anerkennung von Hypnose in der Zahnmedizin beitragen soll. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Angstreduktion, welche einerseits anhand des State-

Trate-Angstinventars (STAI) (Laux et al, 1981) erhoben und andererseits durch die Reduktion der physiologischen Parameter Hautleitwert (i.E.: HLW) und Pulsfrequenz operationalisiert wird.

Verschiedene Voruntersuchungen haben den Weg für das konkrete Studiendesign und die finale Untersuchungsanordnung geebnet, sodass im Dezember mit der Hauptstudie begonnen werden konnte. Die Stichprobenerhebung (N = 99) erfolgt innerhalb einer Praxis, die Probanden werden jedoch von zwei verschiedenen Zahnärzten, sowie von einer zahnmedizinischen Fachangestellten für den Bereich Prophylaxe behandelt, sodass auch die Beeinflussung durch die behandelnde Person berücksichtigt werden kann. Der Hierarchische Angstfragebogen (HAF) (Jöhren, 1999) wird einmal – gemeinsam mit anderen Fragebögen – vor Beginn der ersten Behandlung, eingesetzt, wodurch der Faktor „Ausgangs-Zahnbehand-

lungsangst“ als Kovariate erfasst werden kann.

In der oben erwähnten Voruntersuchung an 22 Neupatienten (im Zeitraum von Juli bis September 2006) ergab sich folgende Verteilung der Zahnbehandlungsangst: 5% der Neupatienten kreuzten im Anamnesebogen „keine Angst“ vor einer Zahnbehandlung an, 32% „geringe Angst“, 27% „ziemliche Angst“, 27% „starke Angst“ und 9% extreme Angst (siehe Abb.1). In die Studie werden alle ambulanten Neupatienten aufgenommen, die über eine subjektive Angst vor der Zahnbehandlung berichten (mindestens „ziemliche Angst“ – laut Voruntersuchung also etwa 60-70% der Neupatienten), sich bereit erklären, an der Studie teilzunehmen, sowie mit der ihnen durch Randomisierung zugewiesenen Methode (Live-Hypnose, Hypnose-CD, keine Hypnose) einverstanden sind. Das Mindestalter beträgt 18 Jahre. Dementsprechend wird angenommen, dass sich die Da-



Abb.1: Angstverteilung-Neupatienten (N = 22)

tenerhebung etwa über ein Jahr erstrecken wird.

Aufgrund der zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch geringen Probandenzahl von N = 9 erscheint eine Darstellung von Zwischenergebnissen noch verfrüht. Allerdings scheint sich jetzt schon ein Diskussionspunkt der laufenden Studie abzeichnen, der sich anhand der, aus der Untersuchung ausgeschlossenen Personen ergibt. Bisher wurden sechs potentielle Probanden aus verschiedenen Gründen ausgeschlossen, darunter drei, welcheangaben extreme Angst vor der Zahnbehandlung zu haben. In diesen Fällen scheint oft der standardisierte Untersuchungsablauf nicht angemessen (ausreichend) bzw. wird nach einer vorbereitenden Hypnose verlangt, sodass sich eine Selbstselektion ergibt.

Als Nachtrag zum letzten Artikel über die „Physiologie der Angst“ wird in Abb.2 die Veränderung der physiologischen Parameter im Verlauf einer professionellen Zahnreinigung an einem Einzelfall dargestellt. Der Probandin wurde dabei eine Hypnose-CD über Kopfhörer zugespielt. Die Probandin berichtet von „heftigen Erfahrungen beim Zahnarzt“ in der Kindheit und gibt weiters an, seit 10 Jahren nicht mehr in zahnärztlicher Behandlung gewesen zu sein.

Die ersten fünf Minuten zeigen die Unterhaltung mit der zahnmedizinischen Fachangestellten, der Marker

lässt den Beginn des Abspielens der CD erkennen, wonach eine fünfzehnminütige Induktion folgt. Erst danach beginnt die eigentliche Behandlung. Es zeigt sich hier sehr deutlich, wie sich der HLW und die Pulsfrequenz in der Induktionsphase reduzieren und bei Behandlungsbeginn wieder ansteigen. Die weitere Pulsfrequenz lässt jedoch eine relativ entspannte Behandlung erahnen, welche der Patientin mit subjektiv starker Zahnbehandlungsangst nach eigenen Angaben zuvor noch nie möglich gewesen sei.

Im Anschluss an die Behandlung spricht sie von Dissoziationserlebnissen und dem Erstaunen darüber „sich gleichzeitig auf zwei Ebenen

befinden zu können“, was ihr ermöglicht habe, die Behandlung auf gelassene Weise mit zu erleben.

Die Ätiologie der (Zahnbehandlungs-)angst und -phobie unter psychodynamischen Aspekten, basierend auf Mentzos (2000)

Es gibt verschiedene Vorstellungen, Theorien und Modelle, wie Angst, eine Spezifische Phobie und damit auch die Zahnbehandlungsphobie entsteht, wobei die meisten, aufgrund des fließenden Übergangs zwischen „normaler“ und pathologischer Angst, bei der ätiologischen Betrachtung nicht zwischen subklinischer und klinischer Angst unterscheiden (Jöhren & Sartory, 2002). Nachdem im letzten Artikel der

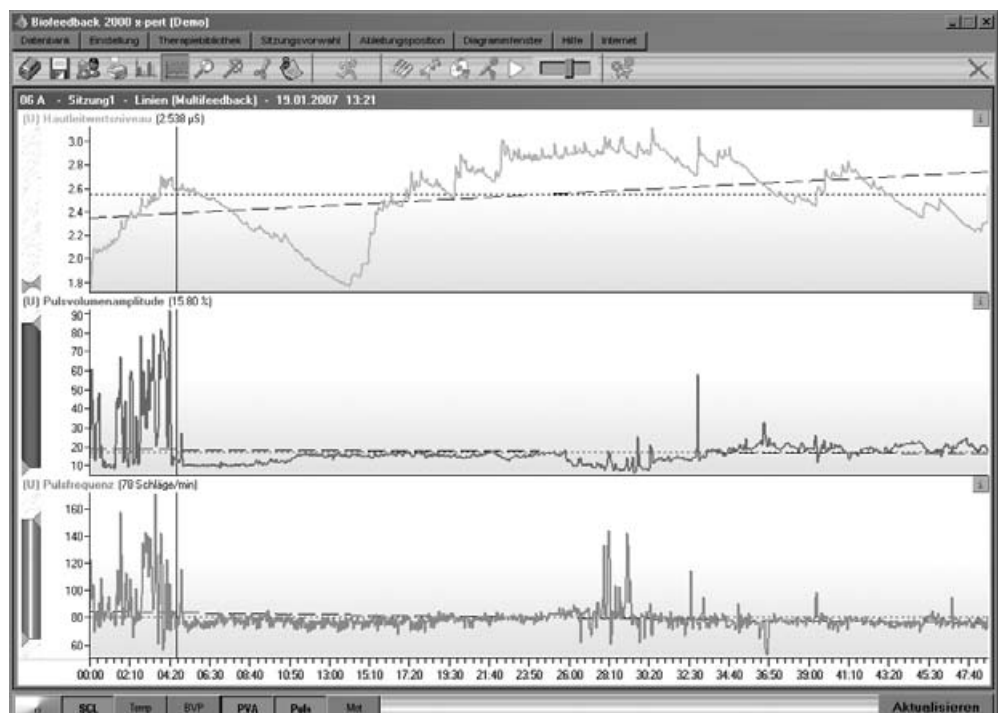


Abb. 2: Physiologische Ableitungen

physiologische Aspekt der Angst beleuchtet wurde, soll heute die Ätiologie der Zahnbehandlungsangst unter dem psychodynamischen Aspekt betrachtet werden.

So beschreibt Mentzos (2000), dass der Affekt der Angst in seiner subjektiven Qualität zwar jedem aus eigener Erfahrung bekannt ist, dass er sich jedoch, wie jeder andere Affekt, begrifflich nur schwer fassen lässt. Darüber hinaus wird zwischen Angst als gegenstandslosem Gefühlsausdruck, der diffus und ungerichtet erlebt wird, und Furcht als Reaktion auf ein spezifisches Ereignis oder ein spezifisches Objekt, also in Bezug auf eine konkrete Gefahr, unterschieden (Kent & Blinkhorn, 1993; Mentzos, 2000). Obgleich diese Unterscheidung zwischen Angst und Furcht sowohl umgangssprachlich als auch in wissenschaftlichen Abhandlungen oft völlig verloren geht (Fröhlich, 1965), ist sie nach Mentzos (2000) eine entwicklungs- geschichtlich zentrale Differenzierung. Die Angstreaktion per se ist primär noch kein pathologisches Phänomen. Die Besonderheiten der die Angst begleitenden vegetativen Erscheinungen, sowie analoge Reaktionen bei Tieren sprechen dafür, dass es sich dabei um ein biologisch verankertes, angeborenes Reaktionsmuster handelt, und dass die Fähigkeit zur Alarmbereitschaft eine Parallele zur Fähigkeit der Schmerzreaktion darstellt (Mentzos, 2000). Die Ergebnisse ethologischer Verhaltensforschung von Lorenz und Leyhausen (1968) legen nahe, dass es sich bei Angst sogar um einen Instinkt handeln könnte.

Stavros Mentzos (2000) fragt sich nun, wie es möglich sein kann, dass ein primär sinnvolles Reaktionsmuster auch sinnlos werden und inadäquat ausgelöst sowie ablaufen kann. Es kann sogar ohne sichtbaren Anlass oder erkennbaren Grund in Erscheinung treten (siehe auch Hoffmann & Hochapfel, 2004). Nach Mentzos (2000) ist nun eine der wichtigsten Entdeckungen der Psychoanalyse die Erkenntnis, dass „scheinbar grundlose Angstzustände in Wirklichkeit wohlbegründete Reaktionen auf eine konkrete und bestimmte Gefahr sind“ (S. 30), wobei diese Gefahr allerdings unbewusst bleibt.

Um dies zu erläutern führt er eine entwicklungspsychologische These an, welche besagt, dass die Reaktion auf Gefahren jeglicher Art im Laufe der Entwicklung einen Wandel, eine Reifung erfährt. Diese Entwicklung führt von der Angst zur Furcht, d.h. von der diffusen, ungerichteten zu der strukturierten Reaktionsform. Daraus folgt, dass das Auftreten diffuser, grundloser Angstzustände beim Erwachsenen im Allgemeinen als eine Regression von dem höher organisierten Modus der Furcht auf den weniger strukturierten Modus der Angstreaktion anzusehen ist (ebd.).

Bei den diffusen Ängsten des Kleinkindes, welche immer dann auftreten, wenn sehr intensive Bedürfnisse weder befriedigt noch in anderer Form bewältigt werden können, so dass es zu einer übermäßigen Erregung und zur Überflutung der Reizschwelle kommt (Redlich & Freedman, 1970), ist das noch schwache Ich nicht in der Lage die Gefahr zu

lokalisieren oder zu verbalisieren und damit die entsprechende Furcht zu entwickeln; es handelt sich jedoch nicht um eine grundlose Angst. Auch bei gesunden Erwachsenen können ähnlich diffuse, panikartige Angstzustände durch plötzlich einsetzende Ereignisse, wie etwa Naturkatastrophen, auftreten. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um eine Ich-Schwäche, sondern hier ist es die Intensität des Reizes, die zur Überflutung der Reizschwelle führt. Bei akuten hirnorganischen Psychosyndromen (z.B. auch nach der Einnahme von LSD) oder beim Delirium tremens werden ebenso grundlose, diffuse und schwer kontrollierbare Ängste erlebt. Nach einer somatogenetischen Theorie entsteht Angst durch Übererregung, Reizung oder Dysfunktion bestimmter zentraler Hirnstammgebiete und des limbischen Systems.

Selbst Sigmund Freud ist ursprünglich von einer neuroendokrinen Theorie der Angst ausgegangen, indem er in seiner ersten Angsttheorie die Angst als direkte Form von Libidostauung aufgefasst hatte; erst im Jahre 1926 hat er sie zugunsten der Signalangsttheorie fallen lassen. Die psychologische Erklärung besagt hingegen, dass die innere Wahrnehmung der fortschreitenden Desintegration, Verwirrung und Überreizung, die Antizipation eines drohenden Zusammenbruchs jeder Kontrolle des Ichs eigentlich in der Lage ist, eine adäquate Angstreaktion auf eine reale Gefahr in Gang zu setzen. Darüber hinaus ist auch hier eine hirnorganisch bedingte Ich-Schwäche anzunehmen (Mentzos, 2000).

Jene eben beschriebenen drei Formen diffuser Angst sind von den nun folgenden neurotischen Angstzuständen abzugrenzen. Bei diesen geht es darum, dass „die Verdrängung dazu führt, dass aus der konkreten Furcht eine diffuse, grundlose Angst entsteht“ (ebd., S. 32). Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass eine Furchtreaktion durch die Verdrängung ihren konkreten Inhalt verliert und sich dadurch regressiv zu einer diffusen Angstreaktion verwandelt. Dabei kann die Signaltheorie der Angst, welche besagt, dass die Verdrängung auf ein Angstsignal hin einsetzt, ihre Gültigkeit behalten, da die Verdrängung durch die Unerträglichkeit eines befürchteten Gefühlszustandes ausgelöst wird und genau diese auftauchende und wachsende „Befürchtung“ das Signal ist. Die Furcht vor einem unerträglichem und unlustvollem Gefühlszustand (seelischer Schmerz bei Trennung und Verlust, Selbstverlust, Scham und Schuldgefühle, Unsicherheitsgefühl bei aufsteigenden Triebwünschen), führt zu dem Preis der Entdifferenzierung der „Reaktion auf Gefahr“, der Entziehung des konkreten Inhaltes der Furcht, zu der Unbewusstmachung, der Verdrängung.

Aber auch der neurotische diffuse Angstzustand ist schwer zu ertragen, und so gelingt es einem einigermaßen reifen Ich bei der Wahl zwischen diesem und der unerträglichen Befürchtung den Kompromiss Phobie zu schließen. Mittels Verschiebung auf eine andere, eine angebliche Gefahr erfährt die diffuse Angst auf diese Weise eine „Pseudoobjektivierung“ (ebd.).

Dies würde bedeuten, dass auch hinter der bewussten Befürchtung und der wahrgenommenen Gefahrenquelle der Dentophobie eine unbewusste „Angst“ und eine unbewusste Gefahrenquelle steckt. Diese unbewusste Angst gilt als Anlass für die Mobilisierung aller Abwehrmechanismen. Der Vorteil der Phobie liegt allerdings darin, dass für den Betroffenen durch sie die Folge der Verdrängung, also die Regression auf den diffusen Angstzustand, rückgängig gemacht wird bzw. ausbleibt. Durch eine Vermeidung der künstlichen Quellen und Gründe seiner Befürchtungen – im Falle der Dentophobie durch eine Vermeidung des Zahnarztbesuchs – kann der Patient relativ angstfrei bleiben.

Sobald es dem Patienten jedoch andererseits gelingt hinter seiner manifesten Angst oder Phobie die versteckten, unbewusste Angst zu begreifen, wird er, Mentzos (2000) zu folge, von den Symptomen wieder frei.

Mentzos (2000) betont aber immer wieder, dass diese Angstkonkretisierung und Quasi-Objektivierung ursprünglich einen normalpsychologischen und in der Entwicklung regelmäßig vorkommenden Vorgang darstellt, der aber unter pathologischen Bedingungen in verwandelter, pathologischer Form auftritt. So vermutet er auch, dass die Entstehung furchterregender Märchen und die besondere Vorliebe der Kinder dafür damit zusammenhängt, dass diese hier Gelegenheit dazu haben, ihre diffusen Ängste zu konkretisieren und in Begleitung eines Erwachsenen „durchzustehen“.

Auch künftig werde ich über den Fortschritt der Untersuchung bzw. über weitere Aspekte der Zahnbehandlungsangst (z.B. lerntheoretische) in der DZzH berichten.

Mag. Ursula Sigmund

Klinische & Gesundheitspsychologin
Psychotherapeutische Heilpraktikerin
Praxis Dr. Schmierer
Esslingerstr. 40
70182 Stuttgart
Tel. 07 11 / 24 40 81
E-Mail sigmund@praxis-schmierer.de

LITERATUR:

- Fröhlich, W.-D (1965). Angst und Furcht. In: Handbuch d. Psychologie, Band 2 (513-569). Göttingen: Hogrefe.
- Hoffmann, G., Hochapfel G., Eckhardt-Henn, A. & Heuft, G. (2004). Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin. Mit einer Einführung in Psychodiagnostik und Psychotherapie. Compact Lehrbuch (7., vollständig überarbeitete Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Jöhren, P. (1999). Validierung eines Fragebogens zur Erkennung von Zahnbehandlungsangst. Zahnärztl Welt Ref 108, 104-114.
- Jöhren, P & Sartory, G. (2002). Zahnbehandlungsangst –Zahnbehandlungsphobie. Ätiologie – Diagnose – Therapie. Hannover: Schlütersche.
- Kent, G.G. & Blinkhorn, A.S. (1993). Psychologie in der Zahnheilkunde. München: Hanser.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1981). STAI. Das State-Trait-Angstinventar. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Leyhausen, P. & Lorenz, K (1968). Antriebe tierischen und menschlichen Verhaltens. München: Piper.
- Mentzos, S. (2000). Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven (17. Auflage). Frankfurt am Main: Geist & Psyche; Fischer.
- Redlich, F.C. & Freedman, D.X. (1970). Theorie und Praxis der Psychiatrie. Frankfurt am Main: Shurkamp.