

Zahnarztangst – Ursachen und Bewältigung

Gerd Quaty

Trotz der heute weitgehend schmerzfreien Behandlung unter Lokalanästhesie empfinden viele Menschen die Zahnbehandlung als unangenehm und bedrohlich. Ein Drittel der Patienten sucht den Zahnarzt aus Angst erst verspätet auf (Freidson und Feldmann 1958). Mehr als die Hälfte gibt an, vor dem Zahnarzt Angst zu haben (Stöcker und Klewitt 1972). Ein Drittel der Patienten geht erst zum Zahnarzt, wenn die Schmerzen unerträglich werden (Kleinknecht, Klepac und Leib 1973). 5 % der Patienten gelten als extrem ängstlich und vermeiden als deutlichste Konsequenz den Besuch beim Zahnarzt völlig (Jöhren und Markgraf-Stiksrud, 2002). Eine aktuelle Befragung in Bochum durch ein unabhängiges Institut ergab in einem semistrukturierten Interview, dass 70 % der 300 Befragten Angst vor der Zahnbehandlung empfinden (zm 2005, Nr. 12). In repräsentativen Interviews wurde ermittelt, dass sich die Gesamtbevölkerung bereits an zweiter Stelle nach der Angst vor dem öffentlichen Reden (27 %) vor der Zahnbehandlung (21 %) fürchtet, gefolgt von Höhenangst (20 %), Angst vor Tieren (12 %) und Angst vor Flugreisen (9 %).

Es gibt sie immer, die Dinge, die getan werden müssten, zu denen aber keine Zeit ist. Termindruck, familiäre Verpflichtungen, einfach keine Lust – Gründe, etwas nicht zu tun, gibt es im Überfluss. Deshalb werden gerade Termine, die weniger angenehm sind,

gerne aufgeschoben, bis es nicht mehr anders geht. Arzt- und besonders Zahnarztbesuche gehören für viele Menschen zu eben diesen Dingen, die, wenn es sich irgendwie einrichten lässt, umgangen werden. Erst, wenn es wirklich wehtut, wird ein Termin vereinbart, man geht schweren Herzens hin und nimmt sich hinterher vor, beim nächsten Mal nicht so lange zu warten. Business as usual, nur nicht für alle.

In einer Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) aus dem Jahre 1989 zeigten etwa drei Viertel der Befragten eine leichte bis mittlere Angstaussprägung, lediglich jeder Zwanzigste gab an, angstfrei zum Zahnarzt zu gehen, aber immerhin 15 % litten an großer Zahnarztangst. Ein gewisses Unwohlsein beschleicht wohl jeden beim Gedanken an einen bevorstehenden Zahnarztbesuch. Schließlich besteht immer die Gefahr, dass die Notwendigkeit einer Behandlung festgestellt oder man schlicht einer nachlässigen Zahnpflege überführt wird. So ein ungutes Gefühl ist okay – solange es sich nicht zur Angst auswächst! Das Unwohlsein darf nicht dazu führen, dass Schmerzen und Beschwerden ignoriert oder mit Medikamenten und Alkohol betäubt werden, Fehlfunktionen durch entsprechende Verhaltensänderungen kaschiert, die Nahrung auf die beschränkte Funktionsfähigkeit des Kauapparates angepasst und Festes ganz vermieden wird und das Ganze

vielleicht sogar in Akten der Selbstverstümmelung gipfelt. Spätestens dann ist Angst krankhaft und muss ihrerseits therapiert werden. Einem solchen Szenario stellt sich ungern, wer davon nicht betroffen ist, aber diejenigen, die es trifft, leben damit und brauchen Hilfe.

Die Gründe für Angst vor dem Zahnarzt sind vielfältig und meist Kombinationen aus Teilempfindungen, wie Angst vor Schmerz, Angst vor den Geräuschen, Angst vor Hilflosigkeit, Angst vor Spritzen, Angst zu ersticken, Angst vor Gesundheitsschäden, Angst, der Arzt könnte „schimpfen“, oder einfach Scham.

An welchen Zeichen können Freunde und Verwandte einer ängstlichen Natur erkennen, wann diese Hilfe erforderlich ist? Augenfällig sind Verhaltensweisen, bei denen die Betroffenen alles daransetzen, niemandem die Zähne zeigen zu müssen, indem sie direkten Blicken ausweichen, den Kopf beim Sprechen senken oder drehen, hinter vorgehaltener Hand lachen, auf kraftvolles Zubeißen in Gesellschaft verzichten, extrem warme oder kalte Speisen meiden, nichts Hartes mehr zu sich nehmen und so weiter. Eher versteckte Signale ergeben sich beispielsweise, wenn in Gesprächen das Thema Zahnarzt zur Sprache kommt. Angstgeplagte versuchen dann oft, den Gesprächsgegenstand zu wechseln, schweigen oder reagieren unangemessen scharf. In extremen Fällen führt das Stichwort

allein zu einem Schweißausbruch, zu Erbleichen oder gar zu panikartiger Flucht.

Auch für den Zahnarzt gibt es Hinweise auf das Vorhandensein einer Oralphobie (oral = den Mund betreffend, Phobie = Angst). Die Deutsche Gesellschaft für Zahnbehandlungsphobie (DGZP) nennt: Körperverkrampfung, Zittern, Brechreiz, Schwitzen, Herzrasen, Übelkeit, Kurzatmigkeit, Brustschmerzen, Erstickungsgefühl und Angst vor einem Verlust der Kontrolle.

Die Ursachen für eine extreme Zahnarztangst finden sich oft in der Kindheit der Betroffenen. Eigene schlechte Erfahrungen mit einem völlig unsensiblen bis rabiaten Zahnarzt, Oralphobien in der Verwandtschaft oder im Freundeskreis oder auch beängstigende Schilderungen anderer können Auslöser und Verstärker der eigenen Angst vor der Zahnbehandlung sein.

Angstmuster: Körpersprache / nonverbale Kommunikation

Als nonverbale Kommunikation (Verständigung ohne Worte) wird der Teil der Kommunikation bezeichnet, der sich nicht nach den konventionalisierten Regeln einer gesprochenen Sprache ausdrückt, sondern durch Mimik, Gestik oder andere nichtsprachliche Zeichen. Auch der Habitus einer Person oder einer sozialen Gruppe hat bedeutsame nichtsprachliche Komponenten.

Mimik

Als Mimik werden die sichtbaren Bewegungen der Gesichtsoberfläche bezeichnet. In den meisten Fällen entsteht ein Gesamteindruck aus einzelnen mimischen Facetten, da die einzelnen Bewegungen der Gesichtsmuskulatur in Sekundenbruchteilen ablaufen.



Abb. 1: Beispiel einer intensiven Mimik

Der Gesichtsausdruck kann zusammen mit anderen Verhaltensweisen und Handlungen, wie der Gestik, ein wichtiger Bestandteil der nonverbalen Kommunikation sein und wird auch als Miene oder Mienenspiel bezeichnet. Die Mimik beruht im Wesentlichen auf der Kontraktion der mimischen Muskulatur und wird besonders durch Augen und Mund als die beweglichsten Teile des Gesichts hervorgebracht.

Mimik besitzt in folgenden Bereichen eine besondere Bedeutung: Sie ist Ausdruck einer bestimmten Emotionalität, manchmal auch Intentionalität, und wird so zu einer grundlegenden, jedoch oft unwillkürlichen Art von Selbstkommunikation. Sie hat Ausdrucks- und Appellfunktion, ist somit erste Mitteilungsform zwischen Kind und Eltern, sie gibt Aufschluss über individuelle Eigenheiten eines Menschen aufgrund seiner personenspezifischen Bewegung (Eigendynamik). Mimik als Kommunikationsmittel ist natürlich sehr stark ausgeprägt in den Angstmomenten der Patienten. Unterschiedliche Emotionen werden durch die Mimik ausgedrückt. Mimische Kommunikation und Interaktion ist sozial bedeutsamer, als es die auffälligeren und besser dokumentierbare Sprache vermuten lässt.

Die Stirn zu runzeln bedeutet Tadel, die Unterlippe vorzuschieben und (verstärkend) die Augen zu verdrehen Ungläubigkeit bzw. Skepsis, einseitig zu feixen Spott und die Nase zu rümpfen und die Nasenlöcher zu blähen Abscheu bzw. Ekel. Jemanden anzugähnen bedeutet, ihn beleidigend zum Langweiler zu erklären, jemanden unverwandt anzustarren meint eine Zudringlichkeit oder gar Drohung und die Züge „versteinern“ zu lassen Ablehnung. In sehr traditionellen katholischen Milieus, etwa Südeuropas, vor Altären die Augen so sehr nach oben zu richten, dass man nur noch das Weiße sieht, bedeutet Anbetung

(daher die Redensart „jemanden anheimmeln“).

Bei der teilbewussten nonverbalen Kommunikation laufen bestimmte körpersprachliche Signale sozusagen teilbewusst ab.

Gestik und Habitus

Ähnlich den olfaktorischen Signalen bildet die Körpersprache ebenfalls Ausdrucksformen einer genetisch veranlagten Verhaltenssteuerung ab. Diese führen uns beispielsweise bei



Abb. 2: Unterschiedliche Emotionen werden durch die Mimik ausgedrückt

So bemerken wir in der Regel durchaus bestimmte Veränderungen unserer Mimik selbst, über weite Strecken nehmen wir diese Veränderungen jedoch nicht wahr und können diese auch nicht bewusst zur Kommunikation einsetzen. Friedrich Nietzsche hat das schon auf den Punkt gebracht: „Man lügt zwar mit dem Mund, mit dem Maul, doch durch das, was man dabei macht, sagt man doch die Wahrheit.“ Bestimmte autonome Körperfunktionen wie beispielsweise Schweißbildung, Pupillenveränderung oder Pulsschlag, die dem Gegenüber auffallen, können nicht bewusst gesteuert werden, sind jedoch zum Teil durchaus selbst wahrnehmbar.

Gefahr zu erhöhter Leistungs- und Wahrnehmungsfähigkeit (Hautwahrnehmung durch Schweißbildung, gesteigerte Leistungsfähigkeit durch Pulsveränderung, Wahrnehmungsveränderungen des Gesichtsfeldes bei Gefahr etc.)

Habitus ist ein lateinisches Wort und bedeutet „Stellung“, kann aber auch mit „Verhalten“ übersetzt werden. Das dazugehörige Verbum ist „habere“ (haben, halten). Verschiedene Wissenschaften gebrauchen den Terminus mit jeweils unterschiedlichem Sinn.

In der Biologie bezeichnet Habitus das äußere Wesen eines Organismus als intellektueller/geistiger Habitus: Er bezeichnet rein kognitive Fähigkeiten sowie Wissen, Empfindungen und

Erlebnisse, das, was den Menschen aufgrund seiner Lebensgeschichte mental ausmacht, wie auch bei einem ängstlichen Patienten. Wichtig ist der Begriff des Habitus in der Philosophie, um einen Menschen unter anderen mit seinem speziellen individuellen Habitus zu verstehen und ihn als denjenigen zu begreifen, der nicht psychisch seziert und so mechanisch erklärt werden kann.

Die von uns ganz bewusst angeeignete Fähigkeit, uns die nonverbale Kommunikation wie oben beschrieben zunutze zu machen und zu erkennen, ermöglicht es zusätzlich, die geplanten Videofilmaufnahmen richtig zu deuten, zu interpretieren und nach Auswertung in unserem experimentellen Teil zu verwenden.

Visualisierung

Nachfolgend werden Ausschnitte aus dem Interview-Filmmaterial dargestellt.

Abbildungen 3–9: Dokumentation typischer äußerer Körpersymptome (ausgedrückt durch spezielle Mimik, Gestik und Habitus)



Abb. 3: Patient A, Angstmuster: Verdecken des Gesichtsfeldes bei Gefahr

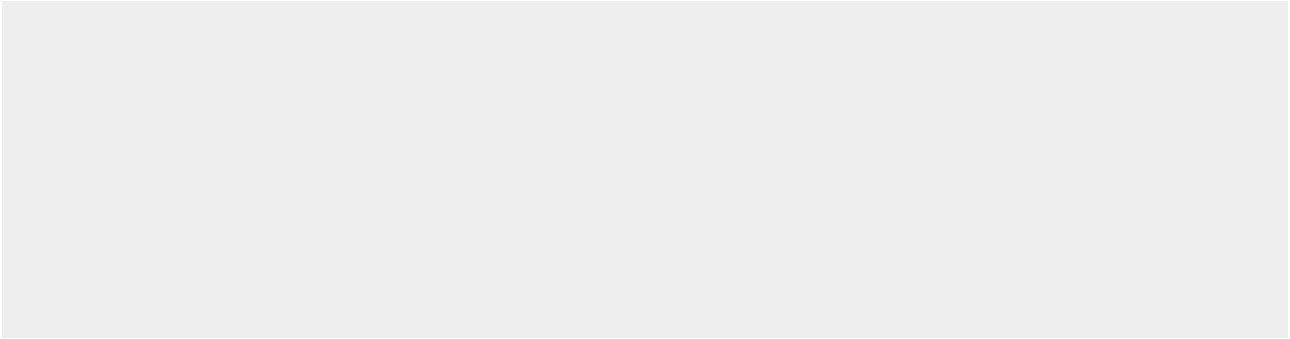


Abb. 4: Patient A, Angstmuster: Übersprungshandlungen in der Steigungssequenz mit Einzelementen, Verdecken der schmerzenden Wange, Versinken in der Hand aus Verzweiflung, infantiles, Schutz suchendes Fingersaugen oder Knabbern



Abb. 5: Patient B, Angstmuster: Schweißausbruch mit Übersprungshandlungen, Juckreiz führt zu Kratzen

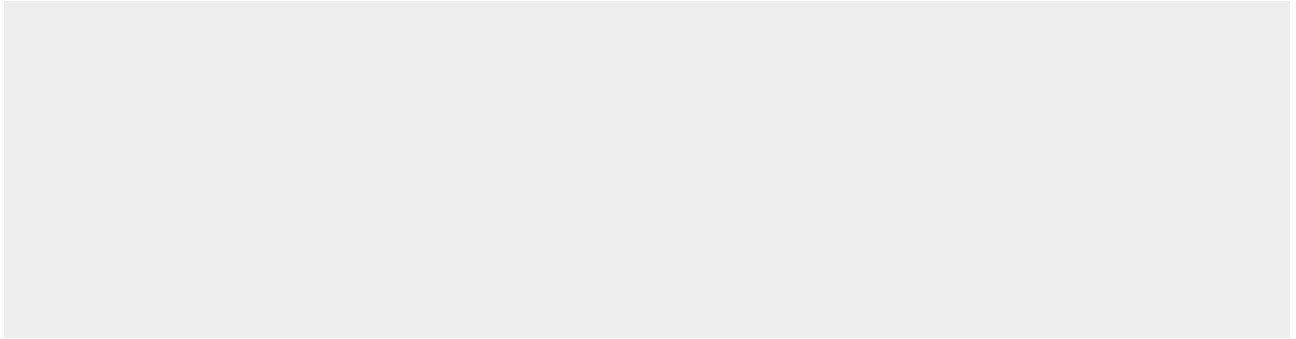


Abb. 6: Patient C, Angstmuster: Atembeschleunigung, Hypertonie der Handmuskeln, Pfötchenstellung



Abb. 7: Patient D, Angstmuster: mimische Reaktionen, völlige Resignation, „Weltuntergangsstimmung“



Abb. 8: Patient E, Angstmuster: hektische Bewegungen des ganzen Körpers, Zittern, übertragene und erlernte Angst, Mutter mit Kind

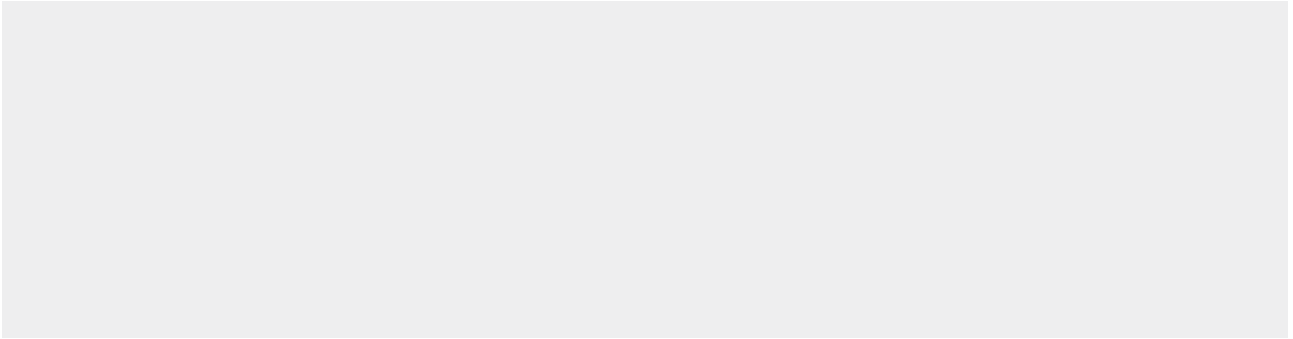


Abb. 9: Patient F, Angstmuster: Steigerungsequenz von Übersprungshandlungen, identisches Verhalten und Parallelität von Mimik, Gestik und Habitus bei Mutter und Sohn

Aus diesen Angstmustern kann ein Teil der geplanten Passungsverhältnis-Tabelle erstellt werden. Sie werden später stichwortartig, abhängig von der Häufigkeit ihres Vorkommens in einer Tabelle zusammengefasst und mit den auftretenden Symptomen verknüpft. Außerdem wird ihre Intensität bestimmt werden.

Ergebnisse und Auswertung der Patienteninterviews

In den gefilmten Interviews wiederholten sich immer wieder gewisse Verhaltensmuster der Patienten, die bei allen Patienten mal mehr oder weniger beobachtet werden konnten und immer in Kombination mit ähnlicher Mimik und Gestik in Zusammenhang standen.

Festzustellen war, dass Mimik, Gestik und Habitus des Patienten bei der Erstvorstellung (erstes Gespräch / erster Termin) fast genau der Beobachtung entsprachen, die über Videoaufnahme ca. 15 Minuten vor einer Vollnarkosebehandlung oder kurz vor einer „normalen“ Behandlung (auch mit Hypnose) gemacht werden konnte.

Der jeweilige Ursprung der Ängste der einzelnen Patienten war immer auf die Kindheit, Verwandtenbeschreibungen, das heißt „gelernte Angst“, und schlechte Erfahrungen bei Zahnbehandlungen zurückzuführen. Die Angstübertragung der Mutter auf das Kind lässt einen Lernprozess und eine Nachahmung durch das Kind erkennen.

Angst ist kein „persönliches Pech“. Kann ein Betroffener sich nicht selbst

oder mit Hilfe von Freunden und Verwandten aus seiner Lage befreien, gibt es auch die Möglichkeit, professionelle Hilfe beim Überwinden der Angst in Anspruch zu nehmen (z. B. Psychologe, spezialisierte Zahnarztpraxen, Austausch mit anderen Betroffenen, z. B. über Internetforen).

Die Angst des einen Patienten ist jedoch nicht unbedingt mit der eines anderen Patienten vergleichbar. Demzufolge sind der Schmerz und die Angst eine persönliche Erfahrung, die von einer zweiten Person weder gesehen noch gefühlt werden kann (Kent und Blinkhorn 1991). Bernstein und Kleinknecht (1979) fanden heraus, dass etwa die Hälfte der ängstlichen Patienten negatives Verhalten des Zahnarztes als Grund für ihre Angst angab. Nach Kent und Blinkhorn (1993) übt das negative Verhalten des Zahnarztes einen vom Schmerz unabhängigen Effekt aus, indem es auch in der Abwesenheit von Schmerzen Angst induziert. Butman (1968), Skokedal und Heloe (1979) befragten in einer Studie unabhängig voneinander Patienten dazu, welches Kriterium bei der Wahl ihres Zahnarztes Priorität hat. Ca. 33 % gaben an: „Ein Zahnarzt, der einem nicht weh tut, nett und verständnisvoll ist.“

Um die Problematik der Angstzustände des Patienten verstehen zu können, werden im Folgenden weitere theoretische Hintergründe der Zahnbehandlungsangst, der Schmerzintensität und der patienteneigenen Bewältigungsstrategien dargestellt.

Der Zahnarzt unterliegt bei der Behandlung ängstlicher Patienten ganz besonderen Anforderungen. Daher helfen die Quantifizierung und die qualitative Analyse der individuellen Angst vor der Zahnbehandlung unter Berücksichtigung der allgemeinen psychischen Anamnese dem Zahnarzt, Problempatienten frühzeitig herauszufiltern. Eine hierbei entstandene Angstdiagnostik ermöglicht es ihm, eine individuelle Therapieplanung und eine adäquate Behandlung durchzuführen. Die sogenannte „Desensibilisierung im Behandlungsstuhl“ durch zum Beispiel „hypnosuggestive Kommunikation“ ist ein Teil der verhaltenstherapeutischen Betreuung durch den Zahnarzt.



Dr. Dr. med. dent.

Gerd Quaty

Georgstr.16

76684 Östringen

drquaty@t-online.de