

Einleitung

Fallbeispiel

Frau M. ist 34 Jahre alt, verheiratet und Mutter eines zwei Jahre alten Sohnes. Zum Zeitpunkt der Therapieaufnahme lebt die Familie ausschließlich vom Gehalt der Patientin, die als Kundenbetreuerin einer Bank arbeitet, da ihr Mann sich noch in der Endphase seines Studiums befindet. Seit ca. einem halben Jahr leidet Frau M. unter phasenweise auftretenden, teilweise heftigen Zahnschmerzen. In immer kürzeren Abständen nimmt sie deswegen Schmerzmedikamente in steigender Dosierung (aktuell die empfohlene Tageshöchstdosis Tramadol) ein, allerdings ließe sich dadurch zuletzt kaum noch ein schmerzlindernder Effekt erzielen. Sie berichtet ferner, dass sie seit Jahren immer wieder intermittierend unter Zahnschmerzen gelitten habe, jedoch niemals zu einem Zahnarzt gegangen sei. Grund dafür sei ihre panische Angst vor Zahnbehandlungen. Die Ursache dafür sieht Frau M. selbst in einem Erlebnis im Alter von 13 Jahren, als bei ihr erstmals ein kariöser Zahn zu füllen war und sie mit ihrer Mutter den ortsansässigen Zahnarzt aufsuchte: Obwohl sie ihn darauf aufmerksam machte, dass offensichtlich die Lokalanästhesiespritze noch nicht gewirkt habe, da sie an der entsprechenden Stelle immer noch alles fühlen könne, begann der Arzt zu bohren. „Ich konnte nichts mehr sagen, denn mein ganzer Mund war voller Instrumente, aber ich hatte fürchterliche Schmerzen“. Nicht in der Lage, sich zu äußern, schlug sie ihm den Bohrer aus der Hand. Der Zahnarzt drohte daraufhin, die Behandlung abzubrechen und Frau M. aus der Praxis hinauszwerfen, wenn sie von nun an nicht still hielte. Außerdem wies er die Helferin an, den Kopf der Patientin zu fixieren, damit sie nicht mehr herumzappele. „Die ganze Behandlung war die schiere Hölle.“ Als ihre Eltern Frau M., die sich strikt weigerte, einige Zeit später zum routinemäßigen Zahnarztbesuch zwingen wollten, flüchtete sie aus dem Wartezimmer und widersetzte sich danach all ihren Bemühungen, sie erneut zu einem Zahnarztbesuch zu bewegen. Sie vermied den Gang dorthin anschließend zehn Jahre lang. Erst ein abgebrochener Zahn verursachte letztlich so große Schmerzen, dass sie nach Wochen des Zögerns und unwirksamer Analgetikaeinnahme wieder einen Zahnarzt aufsuchen musste. Frau M. beschreibt, damals bereits im Wartezimmer Herzrasen, Schweißausbrüche und Atemnot verspürt zu haben. Beim Anblick des Zahnbehandlungsstuhls zitterte sie am ganzen Körper und war dort der festen Überzeugung, „die Behandlung auf keinen Fall auszuhalten“.

Der Zahnarzt sah sich außerstande den Eingriff vorzunehmen und schlug ihr eine Behandlung unter Vollnarkose vor. Danach vermied die Patientin Zahnbehandlungen für weitere zehn Jahre. Trotz intensiver Zahnpflege und der Anwendung verschiedener Mundwasser habe sich der Zustand ihrer Zähne in dieser Zeit kontinuierlich verschlechtert. Neben den Schmerzen, berichtet Frau M. unter Tränen, habe sie ein Gespräch mit ihrem Chef zum Aufsuchen der Therapieeinrichtung getrieben. Er gab ihr zu verstehen, dass die sichtbaren Zahnschäden und die dadurch entstehende Geruchsentwicklung den Kundenkontakt zu beeinträchtigen begännen und Frau M. in ihren repräsentativen Aufgaben einschränke. Daraufhin fürchtete sie um ihren Arbeitsplatz und den Lebensunterhalt für ihre Familie. Nach einer Internetrecherche vereinbarte sie einen Termin in einer auf Zahnbehandlungsangst spezialisierten Zahnklinik. Frau M. berichtet, bereits zwei Tage vor dem vereinbarten Termin schlecht geschlafen zu haben und sehr aufgeregt gewesen zu sein, weil sie sich große Sorgen darüber gemacht habe, was nun während des Termins auf sie zukomme. Außerdem habe sie Scham empfunden bei dem Gedanken, dass der Zahnarzt den „ruinösen Zustand meiner Zähne“ sehen könne und sie deshalb negativ beurteile. Bei der in der Klinik durchgeführten Röntgendiagnostik erwiesen sich insgesamt neun Zähne als dringend behandlungsbedürftig, von denen wahrscheinlich drei unrettbar zerstört sind. Zur Behandlung der Phobie wurde Frau M. von der Zahnklinik in die psychotherapeutische Ambulanz überwiesen.

Die Zahnbehandlungsphobie ist eine stark beeinträchtigende Störung

Zahnbehandlungen lösen bei vielen Menschen Unbehagen aus. Bei Einigen kommt es jedoch, oft aufgrund eines oder mehrerer aversiver Erlebnisse, zu so einer heftigen phobischen Angstreaktion, dass selbst die halbjährige Routineuntersuchung zu einem schier unüberwindbaren Hindernis wird. Betroffene vermeiden Zahnarztbesuche oft jahrzehntelang. Die Fallbeschreibung dieser Patientin ist in vielerlei Hinsicht prototypisch und zeigt die Vielschichtigkeit der Probleme, die im Zusammenhang mit Zahnbehandlungsphobie und dem assoziierten Vermeidungsverhalten auftreten können. Häufig kommt es zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität durch häufige und unbehandelte Zahnschmerzen oder Analgetikaabusus, oftmals der einzige Weg zur Schmerzlinderung. Schwerwiegende und dem Gesundheitssystem sowie den Betroffenen selbst oft hohe Kosten verursachende Folgen für die Zahngesundheit sind häufige Konsequenzen. Ein weiteres Problem stellen sichtbare kosmetische Defizite als Resultat der Zahnschäden dar. Die Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes wird von den Betroffenen meist als peinlich und die sozialen Beziehungen beeinträchtigend erlebt, was manchmal sogar in Rückzugsverhalten oder sozialer Hemmung münden kann. Sie kann außerdem, wie im geschilderten Fallbeispiel, zu ernstesten Einschränkungen und Schwierigkeiten bei der Erfüllung beruflicher oder sozialer Aufgaben führen. Neben den Probleme-

men für die von der Phobie Betroffenen, stellt die Behandlung dieser Patientengruppe außerdem den größten Stressfaktor in der Praxisroutine der Zahnärzte dar. Zeitdruck und die oftmals ungenügende oder gänzlich fehlende Ausbildung im Umgang mit Angstpatienten, lassen den Eingriff sowohl für den Patienten als auch für den Behandelnden zu einem kraftraubenden und nervenzehrenden Akt werden. Nicht selten bilden sich auf Seiten der Zahnärzte Ressentiments gegenüber solchen „Problempatienten“ aus, wodurch auf Patientenseite Vermeidungsverhalten und phobische Angst aufrechterhalten bzw. zusätzlich gefördert werden.

1 Beschreibung der Störung

1.1 Definition

Geschichte der Zahnbehandlung ist auch Geschichte des Schmerzes und des Kontrollverlusts

Obwohl sich die Zahnmedizin erst im 18. Jahrhundert als eigenständige Disziplin etabliert hat und somit noch ein relativ junges medizinisches Fachgebiet darstellt, kannten schon deren Gründerväter das Problem ängstlicher und dadurch schwierig zu behandelnder Patienten. Bereits damals wurden Ideen zu einer Humanisierung des Behandlungsablaufs entwickelt, die sich zunächst vor allem auf den situativen Kontext bezogen. Die Notwendigkeit solcher Bemühungen wird nachvollziehbar, wenn man sich in die Gemütslage eines Patienten der damaligen Zeit versetzt, der eine Zahnextraktion oder die Inzision eines Abszesses ohne Schmerzausschaltung zu erwarten hatte. So sprach bereits Pierre Fauchard (1678–1771) in seinem Standardwerk *Le chirurgien dentiste* (1728) seinen Kollegen die Empfehlung aus, die Patienten während der Behandlung nicht auf dem Boden sitzen zu lassen, sondern auf einem kräftigen und sauberen Stuhl, dessen Rückenlehne mit einem weichen Kopfkissen auszustatten sei, das je nach Größe des zu behandelnden Patienten verstellt werden könne. Außerdem solle der moderne Zahnarzt, anders als die „Zahnreißer“ des Mittelalters, die als einfache Ärzte nicht auf Zahnbehandlungen spezialisiert waren, nicht mehr hinter dem Patienten knien oder stehen, sondern ihm gegenüber sitzen.

Auch der Appell des französischen Renaissance-Chirurgen Ambroise Paré zu mehr Vorsicht während der Behandlung macht deutlich, welche Torturen die Patienten damals zuweilen erleiden mussten: *„Die Extraktion eines Zahnes sollte nicht mit zu großer Gewalt ausgeführt werden, da man dabei Verrenkungen des Kiefers oder Erschütterungen des Gehirns und der Augen riskiert oder sogar mit dem Zahn Stücke des Kiefers herausreißt, nicht zu reden von anderen ernsten Unglücken, die hinzukommen können, wie zum Beispiel Fieber, Abszesse, starke Blutungen oder sogar der Tod.“* Andererseits empfiehlt er weiter, um Verletzungen des Behandelnden durch wütende und um sich schlagende Patienten vorzubeugen, dass deren Arme und Beine vor Behandlungsbeginn gründlich mit Lederriemen zu fixieren und sie am besten so zu verschnüren seien, dass sie sich nicht mehr bewegen könnten. Solche Schilderungen lassen vermuten, dass es sich bei der Zahnbehandlung und dem damit assoziierten Schmerz- und Kontrollverlust erleben um ein Ereignis handelt, das schon seit jeher eine hohe Virulenz bezüglich der Entwicklung von Angst-erkrankungen in sich birgt.

Obwohl den invasiven zahnmedizinischen Therapien mit der Einführung von schmerzausschaltenden Verfahren (Äthernarkose, Lachgas, Lokalanästhesie) ab der Mitte des 19. Jahrhunderts ein Großteil ihres Schreckens genommen werden konnte, wird die Zahnbehandlung auch heute noch von vielen Patienten als unangenehme und bedrohliche Situation erlebt. Trotz allem Fortschritt in der Analgesitherapie sind auch heute Patientenberichte von unangenehmen Empfindungen bis hin zu starkem Schmerzerleben während einer Zahnbehandlung nicht selten. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass in Befragungen 60 % bis 80 % der Personen angeben, Angst vor der Zahnbehandlung zu haben. Hierbei handelt es sich jedoch keineswegs ausschließlich um Zahnbehandlungsphobiker, die den Hauptfokus dieses Bandes darstellen.

Zahnbehandlungsangst ist weit verbreitet, aber nicht gleichbedeutend mit Zahnbehandlungsphobie

Diese machen von der Personengruppe, die subjektive Zahnbehandlungsangst berichtet, letztlich nur etwa 10 % aus. Somit kennzeichnet die Bezeichnung Zahnbehandlungsangst eher einen Sammelbegriff für ein mehr oder weniger stark ausgeprägtes Gefühl der Bedrohung im Kontext einer Zahnbehandlung oder mit ihr verbundener Stimuli, das oftmals kein krankhaftes Ausmaß annimmt und meist nicht mit dauerhaftem Vermeidungsverhalten einhergeht. Neben dieser nicht pathologischen Zahnbehandlungsangst gibt es weitere psychische Störungen, die mit Angstreaktionen im Kontext der Zahnbehandlung einhergehen und von der spezifischen Phobie abzugrenzen sind (siehe Kapitel 1.4). Genese und Symptome dieser anderen Störungen stehen jedoch zumeist nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Behandlungskontext oder die Zahnbehandlung stellt nur ein Angstthema neben anderen dar.

Einige der typischen, die Zahnbehandlungsphobie kennzeichnenden Merkmale zeigt das obige Fallbeispiel. Ein Symptomkomplex ist auf kognitiver Ebene zu verorten: Die Betroffenen berichten von angstvollen Gedanken, die sich bei der Vorstellung einer Zahnbehandlung oder bei der tatsächlichen Konfrontation damit aufdrängen. Solche typischen Angstgedanken können heuristisch vor allem drei übergeordneten Themenbereichen zugeordnet werden:

1. *Katastrophisierungen und Überschätzung von Wahrscheinlichkeiten* in Bezug auf Behandlungsfehler, Schmerzausmaß, Zustand der eigenen Zähne oder verminderter Möglichkeit eigener Einflussnahme (z. B. „Der Arzt wird mir auf jeden Fall in die Wurzel bohren und ich habe unerträgliche Schmerzen“; „Ich kann überhaupt keinen Einfluss darauf nehmen, was während der Behandlung passiert“ etc.).
2. *Insuffizienzgedanken*, bei denen das eigene Verhalten und Schwächen z. B. hinsichtlich der Schmerztoleranz im Mittelpunkt stehen (z. B. „Ich kann diesen Schmerz nicht aushalten“; „Niemand wird mich vernünftig behandeln können, weil ich nicht stillhalten kann“ etc.).
3. *Scham- und Peinlichkeitsgedanken*, die entweder die Konsequenz aus der Bewertung des eigenen Verhaltens bzw. der Angstreaktion sind (z. B.

Katastrophisierungen, Ich-Insuffizienz- und Schamgedanken sind häufige kognitive Merkmale einer Zahnbehandlungsphobie

„Ich benehme mich wie ein kleines Kind“; „Ich bin ein Problempatient, der eine Zumutung für jeden Zahnarzt ist“) oder sich auf den Zustand der eigenen Zähne beziehen (z. B. „Wahrscheinlich wird der Arzt die Behandlung verweigern, wenn er den Zustand meiner Zähne sieht“; „Wenn der Zahnarzt meine Zähne sieht, hält er mich für ungepflegt und unhygienisch“).

**Symptome auf
kognitiver,
physiologischer
und Verhaltens-
ebene**

Die gewählten Beispiele angstvoller Gedanken zeigen, dass sich die Kategorien gegenseitig überlappen bzw. der gleiche Gedanke auch mehrere kognitive Furchtaspekte beinhalten kann. Ein weiterer, die Zahnbehandlungsphobie kennzeichnender Aspekt ist die Furchtreaktion auf physiologischer Ebene.

Diese besteht in der Regel aus typischen, sympathikoton-erregenden und aktionsvorbereitenden (fight/flight) Prozessen wie Pulsfrequenz- und Blutdruckanstieg (siehe hierzu auch Kapitel 2.2.2). Das von den Patienten berichtete Äquivalent auf subjektiver Erlebensebene hierzu sind z. B. Herzrasen und Hitzegefühl. In diesem Aspekt unterscheidet sich die Zahnbehandlungsphobie von den Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobien, bei denen auf die anfängliche Aktivierung in ca. einem Drittel der Fälle eine vasovagale Reaktion folgt, die mit Hypotension und Bradykardie einhergeht und in einer Ohnmacht enden kann.

**Vermeidungs-
verhalten
verursacht
somatische,
psychische und
soziale Folge-
schäden**

Weitere häufig berichtete Zeichen sympathikotoner Aktivierung sind Muskelzittern und Schwitzen. Die Heftigkeit kognitiver und physiologischer Furchtanteile führt nicht selten dazu, dass die Betroffenen aus der Behandlungssituation flüchten (z. B. aus dem Wartezimmer oder zu Beginn des Bohrens). Ein weiteres verhaltensmäßiges Kennzeichen der Zahnbehandlungsphobie ist das oftmals lang andauernde Vermeidungsverhalten. Dies kann für die Patienten mehrerlei schädliche Konsequenzen haben: Nicht nur das Risiko an Karies, Parodontose oder anderen entzündlichen Erkrankungen der Zähne und des oberen Gastrointestinaltrakts zu erkranken ist deutlich erhöht, auch die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens kardiovaskulärer Störungen steigt mit dem Rückgang der Zahngesundheit (siehe hierzu auch Kapitel 1.5.2).

Die geschilderten Symptome, oftmals einhergehend mit sichtbaren kosmetischen oder ästhetischen Defiziten, können zu einer Beeinträchtigung des Selbstbildes und der sozialen Interaktion führen (z. B. trauen sich viele Patienten nicht mehr, ungezwungen zu lächeln, oder beginnen persönliche nahe Kontakte zu vermeiden) oder die Betroffenen in der Ausfüllung ihrer beruflichen und sozialen Rollen behindern.

Die Ausführungen im Kasten fassen die definitorischen Merkmale der Zahnbehandlungsphobie zusammen.

Definition:

Die Zahnbehandlungsphobie ist eine intensive und persistierende Furchtreaktion, die zuverlässig durch die Konfrontation oder Antizipation mit zu einer Zahnbehandlung gehörigen Stimuli, wie z. B. Instrumente, Behandlungsstuhl oder Anblick des Zahnarztes ausgelöst wird. Die Furchtreaktion zeigt sich auf der kognitiven Erlebensebene in Form von Angstgedanken (z. B. Katastrophisierungen) und wird durch sympathikoton-erregende physiologische Reaktionen, wie Herzrasen und Muskelzittern, begleitet. Sie geht mit einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten einher, das die Durchführung einer Zahnbehandlung oftmals gänzlich unmöglich macht oder Betroffene die Behandlung nur unter starker Anspannung und Unbehagen ertragen können. Phobiker erkennen in der Regel, dass ihre Furchtreaktion übertrieben oder ihre Befürchtungen gänzlich unrealistisch sind. Das Ausmaß der Furchtreaktion oder die sich aus dem Vermeidungsverhalten ergebenden Probleme verursachen erheblichen Leidensdruck (z. B. durch somatische, kosmetische oder soziale Folgeprobleme) oder schränken die Betroffenen merklich in ihrer Lebensführung ein.

1.2 Diagnostische Kriterien

Die Zahnbehandlungsphobie ist eine Form der spezifischen Phobie, d. h. eine unmittelbar auftretende unangemessene Angstreaktion auf eine klar umschriebene Situation. Die diagnostischen Kriterien sind in den beiden hauptsächlich verwendeten diagnostischen Systemen, dem DSM-IV (Saß et al., 2003) und ICD-10 (Dilling et al., 1991) weitgehend deckungsgleich. Anders als bei Störungen, die erst seit kurzer Zeit wissenschaftlich systematisch untersucht werden und bei denen damit die diagnostischen Kriterien noch häufigen Änderungen unterliegen, wurden spezifische Phobien schon seit einigen Jahrzehnten intensiv beforscht, weshalb die derzeitigen Kriterien als dauerhaft angesehen werden können.

ICD-10-Kriterien der spezifischen Phobie (F40.2)

A. Entweder 1. oder 2.:

1. Deutliche Furcht vor einem bestimmten Objekt oder einer bestimmten Situation außer Agoraphobie oder Sozialer Phobie.
2. Deutliche Vermeidung solcher Objekte und Situationen außer Agoraphobie und Sozialer Phobie

B. In den gefürchteten Situationen treten Angstsymptome auf, wie sie auch bei anderen Angststörungen (z. B. Agoraphobie) definiert sind:

- *Vegetative Symptome* (z. B. Herzklopfen, Schweißausbrüche)
- *Thorax und Abdomen betreffende Symptome* (z. B. Atembeschwerden, Nausea)

- *Psychische Symptome* (z. B. Derealisation; Depersonalisation)
- *Allgemeine Symptome* (z. B. Hitzewallungen, Kribbelgefühle)

C. Es besteht die Einsicht, dass die Symptome und das Vermeidungsverhalten übertrieben und unvernünftig sind. Es besteht eine deutliche emotionale Belastung durch die Symptome oder das Vermeidungsverhalten.

D. Die Symptome sind auf die gefürchtete Situation oder Gedanken an diese beschränkt.

Spezifische Phobien können wie folgt unterteilt werden:

- Tier-Typ (z. B. Insekten, Hunde)
- Naturgewalten-Typ (z. B. Gewitter, Wasser)
- Blut-Injektion-Verletzungs-Typ
- Situativer Typ (z. B. Fahrstuhl, Tunnel, Flugzeug)
- Andere Typen

1.3 Epidemiologische Daten

Zahnbehandlungsangst ist in der Bevölkerung weit verbreitet

Die Angst vor Zahnbehandlungen ist weit verbreitet. Bei auf Fragebogendaten basierenden Untersuchungen berichten etwa 80 % aller Erwachsenen in Industrieländern Unbehagen bei bevorstehenden Zahnbehandlungsterminen. Etwa 20 % geben an, sehr ängstlich zu sein und etwa 5 % vermeiden Zahnbehandlungen gänzlich. Wie bei allen Angststörungen sind Frauen davon häufiger betroffen als Männer (De Jongh & Ter Horst, 1993).

Zahnbehandlungsangst stellt sich nach Öst (1987) bei einem mittleren Alter von 12 Jahren ein und chronifiziert im Mittel über 23 Jahre, bevor die Betroffenen eine Therapieeinrichtung aufsuchen. Zwei ältere epidemiologische Studien aus den 60er und 80er Jahren, die die Punktprävalenz von Zahnbehandlungsangst untersuchten, ermittelten Prävalenzwerte von 19,8 % (Agras et al., 1969) und 13,1 % (Fiset et al., 1989).

Wie in Kapitel 1.4 noch ausführlich diskutiert, muss das sorgenvolle und skeptische Entgegensehen des nächsten Zahnbehandlungstermins, das auch den meisten Lesern bekannt sein dürfte, von der Zahnbehandlungsphobie, definiert auf der Basis symptomatischer Kriterien (nach DSM-IV oder ICD-10) unterschieden werden. Hier liegt ein wesentliches Problemfeld in der epidemiologischen Forschung zur Zahnbehandlungsphobie, wie der Phobieforschung im Allgemeinen, auf das bereits verschiedentlich hingewiesen wurde (z. B. Kirkpatrick, 1984), da in vielen Untersuchungen die Definition und Interpretation dessen, was „Furcht“ ist, zu sehr den Befragten überlassen wurde und es somit immer wieder zu einer Konfundierung

zwischen Phobie auf der einen und subjektivem Angsterleben auf der anderen Seite kommt.

Eine auf der Recherche von Online-Datenbanken basierende Untersuchung zur Prävalenz der Zahnbehandlungsphobie (Oosterink et al., 2009a) zeigt dementsprechend Inkonsistenzen zwischen den Studien. Die darin aufgeführten Prävalenzraten reichen von 3,9 % in einer australischen Untersuchung an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von fast 4.000 Personen (Armfield et al., 2008) bis zu 10,7 % an einer ebensolchen kanadischen Stichprobe von 2.600 Personen (Liddel & Locker, 1997). Eine in der Fußgängerpassage von Bochum durchgeführte Untersuchung ermittelte ebenfalls eine Prävalenzrate von 11 % (Enkling et al., 2006). Diese fehlende Übereinstimmung ist zu einem Teil sicherlich auf Unterschiede in der Wahl der Erhebungsmethoden, den verwendeten Maßen und Kriterien zur Ermittlung der Furcht zurückzuführen, sie lässt sich aber auch als Beweis der Konfundierung von Zahnbehandlungsangst und -phobie interpretieren, wie sie bei allein auf subjektiven Eindrücken des Befragten beruhenden Angaben unvermeidbar ist. Um sich besser gegen diesen subjektiven Bias abzusichern, verwendeten einige Untersuchungen validierte Maße wie die Dental Anxiety Scale (DAS, siehe auch Kapitel 3.1). Damit sollte der Schweregrad der Zahnbehandlungsangst mit einem reliablen Maß erfasst werden. Obwohl sich mittlerweile international die DAS-Cut-off-Wert-Bestimmung der Angstintensität durchgesetzt hat, ist auch die DAS als Selbstbeurteilungsfragebogen ursprünglich nicht als Diagnoseinstrument entwickelt oder hinsichtlich ihrer Güte empirisch evaluiert worden. Immer wieder wird deshalb gefordert (z. B. Oosterink et al., 2009a), sich in der epidemiologischen Forschung auf eine internationalen Kriterien (DSM-IV oder ICD-10) entsprechende Phobiediagnostik festzulegen, wenn auch tatsächlich die Erfassung der phobischen Erkrankung und nicht die Intensität subjektiver Angst im Zentrum des Forschungsinteresses steht.

Insgesamt gibt es bislang (Stand Juli 2009) im Bereich der Zahnbehandlungsphobie drei Studien, die das Vorhandensein der Störung unter Berücksichtigung dieser Prämissen erfasst haben. In ihnen werden Punktprävalenzen von 2,3 %, 2,1 % und 3,7 % berichtet. Die Studie mit den niedrigsten berichteten Prävalenzwerten (Frederikson et al., 1996) weist allerdings den Mangel auf, dass sie weniger die Phobie vor Zahnbehandlungen als die Phobie vor dem Zahnarzt erfasst. Der Zahnarzt erwies sich jedoch in einer anderen Untersuchung (Oosterink et al., 2008) als relativ wenig furchteinflößend. Nur 0,3 % der Probanden bewerteten den Anblick des Zahnarztes als „extrem furchterregend“. Damit lag er auf Platz 66 von 67 potenziell furchtevozierenden Reizen während einer Zahnbehandlung. Die zuletzt berichtete Prävalenzangabe beruht auf der Untersuchung einer 1969 Personen umfassenden repräsentativen Stichprobe der niederländischen Bevölkerung (Oosterink et al., 2009a), bei der neben Zahnbehandlungsphobie auch noch das Vorhandensein anderer phobischer Störungen

**Valide
Erfassung
der Phobie
notwendig**

**Die Punkt-
prävalenz
phobischer
Zahnbehand-
lungsangst liegt
zwischen 2,1 %
und 3,7 %**

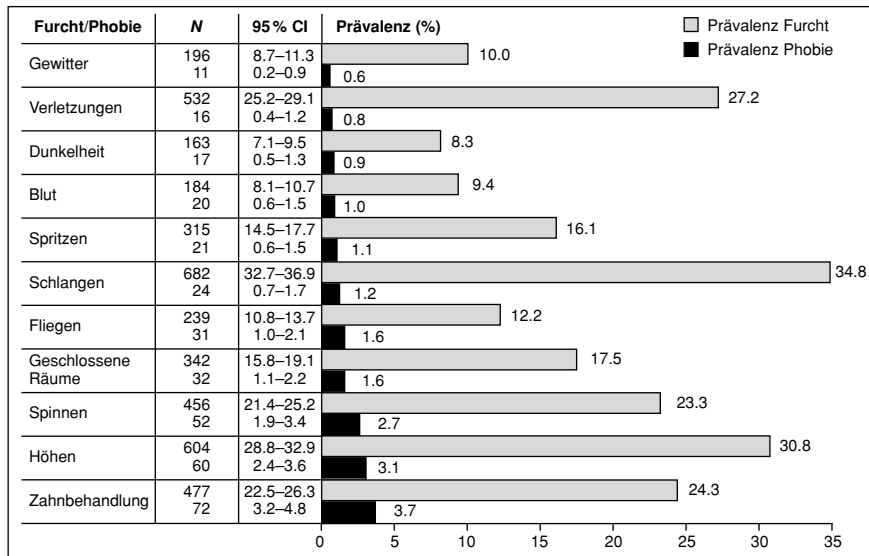


Abbildung 1: Prävalenz von Furcht und Phobie (Oosterrink et al., 2009a; CI = Confidenzintervall, N = Personenanzahl)

erfasst wurde. Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse dieser Untersuchung getrennt für die subjektive berichtete Angst und das Vorhandensein einer phobischen Störung nach DSM-IV für insgesamt 11 Phobiebereiche.

Zahnbehandlungsphobie führt zu schweren Beeinträchtigungen der Zahngesundheit

Die Vermeidung der Zahnbehandlung und der damit einhergehende beeinträchtigte Zahnstatus können schwerwiegend sein. In der Zahnklinik Bochum wurden in den letzten Jahren 388 Zahnbehandlungsphobiker in Forschungsprojekte aufgenommen (Thom & Sartory, 2000; Sartory et al., 2006, 2009; Schmid-Leuz et al., 2007; Wannemüller et al., eingereicht), wobei deren Vermeidungsgeschichte und Zahnstatus dokumentiert wurden. Insgesamt gaben die Patienten eine Dauer der Phobie von bis zu 60 Jahren an. Die letzte Zahnbehandlung erfolgte im Mittel vor 7 Jahren, wobei kürzlich durchgeführte Notbehandlungen mit eingeschlossen waren. Einige Patienten gaben an, sich noch nie einer Zahnbehandlung unterzogen zu haben. Die Erfassung des Zahnstatus mittels des DMF/T (Decayed/Missing/Filled Teeth)-Index auf der Basis der Zahnuntersuchung bzw. Röntgenuntersuchung machte die große Dringlichkeit der Zahnbehandlung bei diesen Patienten offensichtlich. Im Mittel bedurften bei Zahnbehandlungsphobikern acht Zähne der Behandlung (D – decayed) mit einem Range von 2 bis 31, während dies nach Angaben des Instituts der deutschen Zahnärzte (2006) bei einer Mundgesundheitsuntersuchung pro Person im Mittel bei nur 2,7 Zähnen in der Allgemeinbevölkerung der Fall war. Dementsprechend wiesen Zahnbehandlungsphobiker auch weniger Füllungen auf als die Allgemeinbevölkerung.