

Fokus Phobie: Krankhafte Angstphänomene in der Zahnarztpraxis Aspekte zu Intervention und Prävention (Teil 1)

Unter dem diffusen Begriff der „Problempatienten“ in der Zahnarztpraxis nehmen solche, die krankhafte Angstphänomene präsentieren, einen besonderen Platz ein. Viele Kollegen nähern sich diesen Patienten mit einer situativ-unplanmäßigen Vorgehensweise „nach Gefühl“. Strukturierte Strategien, die als Interventionsmuster abrufbar sind, wären eine Erleichterung im zahnärztlichen Alltag für Patienten und Zahnärzte. Eine nachhaltig normalisierte Einstellung gegenüber Zahnarztbesuchen sollte das Ziel sein. Folgende Überlegungen sind als Anregung gedacht, tiefer in die Thematik einzudringen. Vielleicht kann eine breitere, sachbezogene Diskussion zu Prävention und Intervention von derartigen Phobien angestoßen werden.



Wie begegnet man dem oben abgebildeten Patienten mit dringlichem Behandlungsbedarf, der sich erst in der Praxis vorstellt, wenn es gar nicht mehr zu vermeiden ging? Wird er die Behandlung zulassen und Folgebehandlungen wahrnehmen wollen?

Was nützt der Anspruch, dem aktuellen, zahnmedizinischen Standard entsprechend indizierte Kontrollmaßnahmen, Aufklärungen und Behandlungen durchführen zu wollen, wenn sie der Patient aus krankhafter Furcht davor gar nicht erst zulässt? In der Literatur^{1,22} und aus eigener Erfahrung findet sich bei einem Viertel der jugendlichen und erwachsenen Patienten eine nicht-normale Furcht vor Zahnbehandlungen. Auch diese Menschen bewusst führen zu können, sollte Anliegen jedes Zahnmediziners sein. Ein Konzept zum Umgang mit Behand-

lungsphobien in der Zahnmedizin wurde bislang nicht ausdrücklich formuliert. Am meisten findet sich dieser Aspekt in der Kinderzahnheilkunde berücksichtigt. Prävention krankhafter Angstphänomene und deren Interventionsansätze dazu gehen ineinander über. Deshalb werden sie im Folgenden nicht strikt getrennt.

Definition der krankhaften Angst sowie Zahnbehandlungsangst

Ein Gefühl unspezifischer Besorgnis vor der (zahn-)medizinischen Behandlung

kann solange als normal angesehen werden, als der Patient die Zahnarztpraxis aufsuchen und indizierte Diagnostik und Therapie zulassen kann. Liegt ein Vermeidungsverhalten mit Selbstschädigungsgefahr vor, besteht Krankheitswert. Zahnbehandlungsphobie ist im ICD 10, unter F40.2 verschlüsselt, wird als spezifische Phobie beschrieben und einer Höhen- oder Tierphobie gleichgestellt. Der Übergang in eine Panik ICD 10 F41.0 ist möglich. Dennoch findet sich bei erster Beschäftigung mit dem Phänomen unter dem Aspekt des Praxisalltages bereits Verwirrung in den Termini und Definitionen. Die Begriffe Angst, Furcht, Phobie und Panik beschreiben mentale Verfasstheiten, bei denen sich psychophysiologische Parameter verändern. Grundsätzlich werden sie personal als Gefühle erlebt, die nicht immer verbalisierbar sind. Zunächst kann angenommen werden, dass ein zuversichtliches Leben biologisch angelegt ist. Angst – nicht Phobie – ist eine evolutionäre Grundempfindung, die in einer existenziellen Gefahrensituation quasi-reflektorisch lebenserhaltende Handlungsreaktionen ermöglicht⁵. Normalen wie krankhaften Ängsten liegt ein existenzielles Bedrohungsgefühl des eigenen Lebens zugrunde¹⁰. Die nachfolgend im Gedächtnis abgespeicherte, durchlebte Angstsituation bedingt durch Antizipation ähnlicher Konstellationen eine Sorge, dass sich erneut eine solche Gefahr wiederholt – es entsteht Furcht. Dennoch muss eine ähnliche Situation wie der schon erlebten normalerweise nicht un-

ter aller Umständen vermieden werden, da neben der Furch auch eine Zuversicht zur erneuten Bewältigung besteht. Entwickeln sich hingegen durch falsche Lernleistungen irrationale Antizipationsverknüpfungen, kann sich aus der Furcht eine Phobie (φοβος griech. „Furcht“) entwickeln. Phobien finden sich sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen und können in einer Panik münden. Bei der phobischen Störung wird Angst ausschließlich durch eindeutig definierte, im allgemeinen ungefährliche Situationen/ Objekte – außerhalb der betreffenden Person – hervorgerufen. Diese Situationen werden charakteristischerweise gemieden oder voller Angst gerade noch ertragen. Angst, Furcht und Phobie sind nach innen gerichtet und werden nur im Selbst erlebt. Sie können ein erkennbares Sozialsignal, die Emotion (vgl. lat. emovere = herauswühlen) bedingen²³, das sich auch in einer Panik äußern kann. Spezifische Phobien, wie eine Zahnbehandlungsphobie, entstehen gewöhnlicherweise in der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter. Aufgrund einer noch fehlenden abstrakten Antizipationsfähigkeit gibt es echte Phobien nicht bei kleineren Kindern¹⁵. Hier dominieren solitär-situative Panikreaktionen. Das Ausmaß einer perspektivischen, tatsächlich eintretenden Behinderung hängt davon ab, wie leicht die betreffende Person die phobische Situation vermeiden kann. Die Furcht vor der Phobie kann – ungeachtet zwischenzeitlich positiver Erfahrungen – jahrzehntelang bestehen, ja in einer Panikstörung enden – wenn nicht gezielt interveniert wird.

Grundlegende Ansätze zu Interventionsmöglichkeiten

All dies lässt sich auch auf das zahnärztliche Patientenklientel extrapolieren. Phobien beim zahnärztlichen Patientenklientel führen häufig zu langanhaltender Behandlungsvermeidung. Die Betroffenen nehmen dabei gesundheitliche, kosmetische und soziale Folgen billigend in Kauf, sind aber häufig paradoxer-

weise sehr unzufrieden mit diesem Umstand.

Unter wissenschaftlichem Aspekt ist es sinnvoll, die Ätiologie sowie verschiedene Schweregrade der Zahnbehandlungsphobie, auch als Analogon zur posttraumatischen Belastungsstörung zu differenzieren¹⁹. Im klinischen Alltag ist es wichtig, therapiefähige Phobiker zu erkennen und schnell adäquat sowie praktikabel intervenieren zu können.

Schlüsselüberlegung: Was soll erreicht werden? Gibt es ein Gegenteil von krankhafter Angst und Furcht?

Hier liegt der Kern des gesamten Themas. Ein therapeutisches Ziel, also etwa die krankhafte Angst „besiegen“, führt zu kämpferischer Anspannung bei Patienten und Therapeut. Die weit verbreitete Ansicht, dass man „Mut“ zur Behandlung erzeugen müsse, ist nach Meinung des Autors ebenso falsch. Mut und „sich-Mühe-geben“ implementiert stets den billigend in Kauf genommenen Miss- oder Teilerfolg. Eine Haltung, die das Aufgeben und Verlieren von vorn herein einschließt. Da der krankhaften Zahnbehandlungsfurcht und -panik ein unnötiger, irrationaler, der Situation nicht angemessener Überlebenssicherungsreflex zugrunde liegt, der das Ergebnis einer falschen Lernleistung ist, sind therapeutische Interventionen zur Veränderung der Selbstwahrnehmung des Patienten in der Situation hilfreicher. Eine Phobie kann dabei zunächst als ein konstruktives Signal aufgefasst werden, dass eine Veränderungsnotwendigkeit signalisiert. Unter der Annahme, dass im Grunde ein phobiefreies Leben genetisch determiniert ist, erscheint eine Phobie als Blockade der normalen psychischen Verfasstheit im Neocortex. Nach Auflösung der Blockade kann sich schnell wieder die zuversichtliche, furchtfreie Grundstimmung einstellen. Das heißt, im Selbst des Patienten befindet sich immer (!) die Information zu dieser Normalverfassung. Sie ist im Rahmen einer Phobie jedoch passager subjektiv

nicht wahrnehmbar. Ziel ist das Wiedererreichen einer nachhaltig normalen Behandlungsbereitschaft. Hierzu werden üblicherweise Interventionen wie Stressimpfung, Konfrontationstherapie, Hypnose etc. empfohlen²⁹. Der Patient muss ein Mindestmaß an Zulassungswillen aufbringen.

Ziel ist, die unterbewusst vorhandene „unbesorgt-gelassene Zuversicht“ freizulegen, die eine Behandlungsbereitschaft automatisch bedingt.

Bewusstsein, Unterbewusstsein und das Unbewusste im Interventionsfokus

Normale Angst, aber auch deren krankhafte Phänomene, werden auf unterschiedlichen Ebenen des Selbst empfunden. Hier spielen Bewusstsein, Unterbewusstsein und das Unbewusste eine Rolle. Im Gegensatz zum Begriff „Bewusstsein“ sind wissenschaftliche Definition von Unterbewusstsein bzw. des Unbewussten diffus und werden seitens der psychologischen, neurobiologischen und philosophischen Wissenschaften unterschiedlich gefasst. Aus didaktischen Gründen versieht der Autor im Folgenden die beiden letzteren Begriffe mit Bedeutungsauslegungen, die vorliegenden Interventionskonzept verständlicher machen. Dabei stützt er sich auf die Topographie Freuds⁹ (1923), jedoch ohne dessen Begriff des „Vorbewussten“ zu übernehmen.

Das **Bewusstsein** wird aktuell dem präfrontalen (Neo-)Cortex zugeordnet und als zentraler Bestandteil der personal-integralen Selbstwahrnehmung angesehen. Es ist ein Produkt zahlreicher ICH-Bereiche¹⁸, die bei bestimmten Krankheitsbildern sogar separat ausfallen können. Mit diesem Bewusstsein interpretiert der Mensch die Eindrücke der Sinnesorgane und modelliert sie abstrakt zur persönlichen Wahrnehmung der Wirklichkeit und schafft sich so sein Weltbild, in dem er seine Position einnimmt.

Die hierfür nötigen Erinnerungen bestehen aus dem stattgehabten Ereignis bzw. der erlebten Tatsache und einem ange-koppelten Gefühl. Gefühle sind teilweise „versprachlichbare“ Verfasstheiten. Erst durch den Gefühlsanteil entsteht eine Ereignis-Bedeutung (vgl. Modell des „episodischen Gedächtnisses“²⁸). Je eindrucksvoller der Gefühlsanteil umso lebhafter wird sie bewusst oder unterbe-wusst gespeichert⁴.

Das **Unterbewusste** ist eine Abspeiche-rung von individuellen Erinnerungen mit deren Bedeutung, jedoch ohne per-manente rationale Reflexion. Von hier aus kann dieses Konstrukt die abstrakte Verallgemeinerung bestimmter, wieder-kehrender Situationen von der Person unbemerkt beeinflussen²⁵. Derartige Verknüpfungen bilden die Grundlage für eine rein empirische Abschätzung anstehender Prozessverläufe. Das Un-terbewusste ist dennoch partiell beim bewussten Denkprozess aktivierbar, um bestimmte, abgespeicherte Erinnerun-gen in das wache Bewusstsein hineinzu-projizieren und zu nutzen. Unter dem **Unbewussten** hingegen kann eine angeborene, vom Willen weitge-hend unabhängige, autarke Verknüp-fungsfähigkeit verschiedenster mentaler Zustände und Prozesse verstanden wer-den. Soweit man es rational überhaupt erklären kann, werden primäre Elemente des „Instinktes“ im biografischen Ver-lauf mit unterbewussten Erfahrungen kombiniert. Das Ergebnis kann sich dem Bewusstsein spontan präsentieren, was häufig als „Intuition“ erlebt wird. Integriert man in die Struktur des Unbe-wussten noch die physiologisch-bioche-mischen und informationsvermittelten Regulationen des Organismus, wird der Begriff noch weiter gesteckt.

Hierarchisch könnte man demnach das **Unbewusste** als zentralen, um-fassendsten Begriff sehen, in dem die **unterbewussten** Verknüpfungen und das **bewusste**, verstandesmäßige Den-

ken integriert sind. Ein Konzept der Intervention und auch Prophylaxe von krankhafter Zahnbehandlungsfurcht sollte alle drei Aspekte einbeziehen.

Dabei ist das Wachbewusstsein die Pforte zu den anderen beiden Ebenen. Im Unbe-wussten befinden sich nach diesem Mo-dell die angelegten „Urkompetenzen“. Im unterbewussten Episodengedächtnis kann die Sichtweise auf abgespeicherte Ereignisse durch Interventionen entspre-chend moduliert werden.

Eine neuroanatomische Zuordnung aller drei Bereiche ist komplex. Das mor-phologische Äquivalent ist das Organ-system Gehirn. Eine wichtige Rolle bei der Gefühlsinterpretation hat hier das Limbische System¹⁷, das nach neueren Erkenntnissen auch Teile des vorderen Großhirns (orbitofrontal, ventromedial und präfrontal) sowie Kleinhirnanteile umfasst und weitgehend unbewusst und unterbewusst agiert. Die Neurowis-senschaften postulieren seit einiger Zeit eine Dominanz des Gefühlsanteils über das rationale Denken^{6,13}, allerdings nur unter bestimmten Umständen, die von Entscheidungszusammenhängen abhän-gen¹¹. Die hierbei wichtigen Theorien um die Phänomene des limbischen Systems als Modell liefern einen interessanten Ansatz hinsichtlich der kognitiven Ver-stehbarkeit von Kommunikationsstrate-gien mit Phobie-Patienten.

Phobiepatienten erkennen, Behandlungsfähigkeit einschätzen

Der jugendliche und erwachsene Pho-biepatient signalisiert entweder verbal oder nonverbal seine phobische Verfasst-heit und drückt so einen Anspruch nach besonders individualisierter Wertschät-zung und Herangehensweise aus. Zur Erfassung „versteckter“ Phobiephä-nomene ist das einfühlsame, ärztliche Gespräch mit gestraffter Allgemein-Anamnese wichtig. Über das zusätzliche Erfragen persönlicher Umstände, wie Beruf und ggf. auch Hobbys, lässt sich

Unser
Service für Sie:

Ein kostenloser
Informations-
Termin

*Ihr Spezialist
für fachbezogene
Steuerberatung
seit über 80 Jahren*



**Mit 16 Niederlassungen
auch in Ihrer Nähe.
Wir freuen uns auf Ihre
Kontaktaufnahme!**

BUST Niederlassung Dresden:

Jägerstraße 6
01099 Dresden

Telefon: 0351 828 17-0

Telefax: 0351 828 17-50

E-Mail: dresden@BUST.de

www.BUST.de

Gruppe 1	Patient mit normaler Furcht	„gesunde Furcht“, keine Behandlungsvermeidung
Gruppe 2	Patient mit leicht übersteigter, krankhafter Furcht	Tendenz zur Behandlungsvermeidung kommunikativ gut zugänglich
Gruppe 3	Phobiepatient, auch mit Paniksymptomen	Behandlungsvermeidung, Handlungskontrollverlust, deutliche Selbstschädigungsfolgen, kooperativ
Gruppe 4	Patient mit bewusst demonstrierter Phobie	„kultivierte“ Behandlungsverweigerung als Ausdruck einer Persönlichkeitsbesonderheit nicht kooperativ
Gruppe 5	Psychotischer Patient	Entfremdung vom Selbst, Gefühl des Gesteuertseins von außen, meist nicht kooperativ
Gruppe 6	Erhebliche intellektuelle Beeinträchtigung	diverse Gründe, häufig absolute Kooperationsunfähigkeit

Einteilung der Patienten mit Behandlungszulassungsproblemen in Gruppen in Bezug auf Interventionsmöglichkeiten durch den Zahnarzt. Hierbei sind Phobien, aber auch Wahn-/Zwangs- und morphologische Ursachen gemeinsam dargestellt.

meistens schnell eine persönliche Ebene finden. Obwohl die Präsentationsmuster von Phobiepatienten differenzierter sind, hat sich in der Praxis des Autors die Einteilung in obenstehender Tabelle als didaktisch-hilfreich zur Entscheidungsfindung erwiesen. Ausdrücklich sei angemerkt, dass diese Zusammenfassung auch außerphobische Gründe für eine Behandlungsverweigerung/-erschwerung (etwa Wahn-/Zwangsgedanken etc.) beinhaltet. Ab Gruppe 2 beginnt eine pathologische Entwicklung. Innerhalb der Gruppen 3 und 4 findet sich ein geringer Prozentsatz von Phobie-Patienten, die den später vorgeschlagenen Interventionen nicht zugänglich sind. Ab Gruppe 5 ist eine Behandlung ohne Medikamente regelhaft nur schwer oder gar nicht möglich. Eine sehr gute Möglichkeit zur Herausfilterung von Patienten, die tatsächlich an der Lösung des Problems mitarbeiten wollen, sei beispielhaft die Strategie analog zur modifizierten „Wunderfrage“ nach Steve de Shazer⁷ (siehe Teil II dieses Artikels) genannt.

Pharmakologische Interventionen

Bei extremer Phobiesymptomatik und gleichzeitig starkem Behandlungsbedarf können Narkose- und Sedierungsverfahren initial zur perspektivischen Normalbehandlung sinnvoll, ja eine ultima ratio sein. Eine Vollnarkose bei kleinen Kindern kann eine prägende Angst-Schlüssel-Situation prophylaktisch vermeiden und phobische Entwicklungen verhindern. Immer ist dabei das grundsätzlich höhere Komplikations-Risiko bei zentral wirkenden Sedativa und Narkotika kritisch abzuwägen.

Grundsätzlich wird das irrationale Sozialphänomen Zahnbehandlungsphobie durch Sedierungs- oder Narkoseverfahren lediglich umgangen, aber nicht nachhaltig aufgelöst.

Nichtpharmakologische Therapieansätze bei Jugendlichen und Erwachsenen

Es gibt kein allgemein gültiges, universell anwendbares Interventionsmodell. Zum Beispiel sind verschiedene Aspekte im

Rahmen des „Neuro-Linguistischen Programmierens“ (NLP)² sehr interessant, aber wissenschaftlich anerkannt ist das Konglomerat der angewandten Techniken keineswegs¹². Es gibt zahlreiche, ähnliche Kommunikations-Methodenvorschläge, die aber alle letztlich fragmentarisch bleiben.

Phobien und Panikreaktionen sind Ausdrucksformen des Episodenrepertoires, bei dem im individuellen systemischen Netzwerk eine bestimmte Situation unterbewusst als schwere Bedrohung interpretiert wird. Gelingt es, die Interpretation im Unterbewussten so zu verändern, dass die unbewusst „angeborene“ Zuversicht wieder freigelegt wird, ist die Phobie verschwunden. Um in die Schaltstellen der unterbewussten Strukturen zu gelangen, muss das Wachbewusstsein umgangen werden. Das funktioniert über eine geeignete, kommunikative Interaktion zwischen Patient und Zahnarzt, wobei verbale und nonverbale Signale bewusst im Zentrum stehen. Der Therapeut muss ein Vertrauen beim Patienten erlangen, authentisch sein sowie wie strukturiert und flexibel vorgehen. Die Arbeit mit Kommunikation, einschließlich analoger Markierung bedeutungsvoller Wörter in Verbindung mit Körpersprache, kann jedoch nur dann nachhaltig gelingen, wenn sie auf einem hilfreichen, möglichst philanthropischen Weltbild basiert („medicina soror philosophiae“ – Tertullian aus „De anima“, 209 n. Chr.²⁷). Dabei kommt auch eine Wertschätzung des Patienten zum Ausdruck, die, möglichst mit viel Lob kommentiert, bei weiteren Behandlungen ihre Fortsetzung findet.

Fasst man die Zahnbehandlungsphobie als Folge einer unbewusst-falschen Selbsthypnose mit permanent kontraproduktiver Wirklichkeitsinterpretation auf, und setzt man das grundsätzliche Vorhandensein einer genetischen Zuversichtsverfasstheit voraus, wird ein überraschender Therapieansatz offenbar: Der Patient hat bereits eine hohe Phantasieleistung erbracht, um sich in

eine falsche (Dys-)Trance zu führen, die ihn annehmen lässt, er sei zu einer normalen Zahnbehandlung nicht fähig. Eine Tranceinduktion im Sinne der formalen Hypnose ist somit vielfach gar nicht notwendig, sondern es muss ein „trance-transformierender“ Weg gewiesen werden, auf dem sich der Patient aus eigener Kraft in eine richtige, also „Eu-Trance“, bewegen kann. Die moderne Psychotherapie nennt das „ressourcenorientierte Therapie“. Dem Patienten müssen hierbei seine eigenen Lösungspotenzen („Ressourcen“) aufgezeigt werden. In jedem Fall muss sich der Zahnarzt bei allen therapeutischen Handlungen offensiv selbst in einem veränderten Bewusstseinszustand befinden, die als „Zielerreichungs-Trance“ bezeichnet werden könnte. Dieser Zustand sendet dem Patienten die notwendige Information über die hohe Durchsetzungskompetenz seines Zahnarztes als „Subtext“. Denn Phobiker und Kinder können meist besser als der Normalpatient „Hellsehen“ bzw. „Gedankenlesen“. Man kann grundsätzlich Interventionen in der akuten Situation von Vorgehensweisen mit bereits konditionierten Patienten unterscheiden.

Akut-Vorgehen Phobie und Panikreaktion:

Hier kann die Methode der formal induzierten, hypnotischen Trance zur entkoppelnden Musterunterbrechung mit Erfolg genutzt werden. Aktuell hat eine Metaanalyse die hohe Wirksamkeit der Hypnose, besonders im Moment der Anwendung bestätigt³. Im Grunde ist die Tranceinduktion bei „willigen“ Angstpatienten sehr einfach. Aber abgesehen von der Tatsache, dass nicht jeder Zahnarzt gleich gut hypnotisieren lernen will bzw. kann, bleibt beim alleinigen Vertrauen auf moderne, partnerschaftliche, oder auch klassisch-autoritäre Vorgehensweisen eine langanhaltende, normale Behandlungswilligkeit in vielen Fällen offenbar aus¹⁴. Die kreative Nutzung von Trancephänomenen zur nachhaltigen Veränderung von Verhaltensmustern übersteigt oftmals die Kompetenz eines Zahnmediziners. Das erklärt sicher auch die relativ hohe Abbruchrate²². Deshalb sind suggestive Sprachmuster, ggf. mit „Konfusionselementen“ ebenfalls hoch wirksam. Dieses nicht-formale Suggestiv-Vorgehen im Sinne psychotherapeutischer Kurzzeitinterventionen (z. B. nach Milton Erick-

son⁸; 1901–1980) ist ebenso zielführend und für einen wesentlich größeren Teil der Zahnärzte leichter anwendbar. Der Patient selbst sollte die zum Einsatz kommenden Strategien im Rahmen der Akut-Intervention in der Regel nicht bewusst wahrnehmen, sonst könnte es zum Aufbau innerer Widerstände kommen.

Arbeit mit Vorab-Konditionierungstermin:

Wenn ein vorbereitender Beratungstermin vereinbart wurde können die Patienten in einer Sinn-Umdeutungstechnik (Reframing) zur Veränderung der Koppelung von antizipierten Gefühlen in Verbindung mit einer anstehenden Maßnahme aktiv unterwiesen werden. Das erfolgt meist ähnlich dem autogenen Training. Dabei ist das motivierende Element ein ganz zentraler Bestandteil. Ohne „Grund“ wird in der Regel nichts verändert. Die Basis nachhaltiger Interventionen ist immer eine systemändernde Neukontextuierung.

Fortsetzung folgt

*Dr. med. dent. Torsten Glas
niedergelassen in Leipzig*

Anzeige

Cleveres, modernes Praxismarketing

Saugünstig mit der My-Doc Virtuellen
Rezeption.

Jetzt bis zum **15.01.2019** bestellen.

 www.my-doc.net/spezial

 0351 21 30 33 62

99,-
Nettopreis



**Glück allein reicht
nicht immer aus!**

