

37 FE und Wissenschaft – Einsatz von FE-Elementen bei Zahnarztangst

Claas Lahmann

Hintergrund

Zahnarztangst ist ein weit verbreitetes Problem, das nicht nur die betroffenen Patienten, sondern auch den behandelnden Zahnarzt beeinträchtigt. Selbst bei schmerzhaften Erkrankungen vermeiden die Betroffenen den Zahnarztbesuch – mit fatalen Folgen: Aufgrund der fehlenden Behandlung verschlechtert sich das Krankheitsbild. Zudem ist die im weiteren Verlauf nicht mehr zu umgehende Therapie (z. B. bei ausgedehnter Karies) sehr viel unangenehmer. Hier kann sich rasch ein Teufelskreis aus ansteigender Angst und noch stärkerer Vermeidung entwickeln. Bei entsprechendem Schweregrad werden meist die Kriterien einer spezifischen Phobie nach ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) erfüllt. Die Zahnarztangst ist in derartigen Fällen als behandlungspflichtige Angststörung einzuordnen.

Die Entwicklung der Zahnarztangst steht häufig im Zusammenhang mit früheren, traumatischen Erfahrungen im Rahmen von zahnärztlichen Behandlungen. Zusätzlich stehen Angst und Schmerzerleben in enger Wechselwirkung, d. h. viele ängstliche Patienten sind nachweislich auch schmerzempfindlicher.

All diese Aspekte müssen sowohl im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung als auch bei der Therapie der Zahnarztangst berücksichtigt werden. Zu den therapeutischen Ansätzen mit nachgewiesener Wirksamkeit gehören die sorgfältige Aufklärung durch den Zahnarzt über das geplante Vorgehen (Soh 1992), der Einsatz von Psychopharmaka (Moore et al. 1988) sowie verhaltenstherapeutische Interventionen (Kvale et al. 2004), Hypnose (Forgione 1988) und Biofeedback (Elmore 1988). Die regelmäßige Anwendung von Progressiver Muskelrelaxation (Entspannungsverfahren) führte in Studien zu besseren Ergebnissen als ein verhaltenstherapeutischer Ansatz. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die Anwendung von Entspannungstechniken ein höheres Maß an Selbstwirksamkeit, also am Gefühl, selbst etwas bewirken zu können, mit sich bringt, während der bei einer Zahnarztbehandlung erlebte Verlust an Selbstkontrolle als einer der Hauptfaktoren der Zahnarztangst gesehen wird. Da die Verbesserung der Eigenwahrnehmung und Selbstregulation als wesentliche Wirkfaktoren der FE angesehen werden, haben wir eine Studie geplant, um die Effektivität einer Kurzintervention mit Elementen der FE (s. u. und s. Anhang) mit einem eher passiven Therapieansatz mittels Audioanalgesie (Musik über Kopfhörer, s. u.) und einer unbehandelten Kontrollgruppe zu

vergleichen (Lahmann et al. 2008a). Um die nötige Praktikabilität zu gewährleisten und gegebenenfalls auch eine Umsetzung in die tägliche zahnärztliche Praxis zu ermöglichen, haben wir uns nach sorgfältiger Abwägung gegen eine Verwendung einer längeren FE-Therapie über mehrere Sitzungen und für den Einsatz einer an den Grundprinzipien der FE angelehnten Kurzintervention entschieden. Letztere hat den Vorteil, dass Zahnärzte sie den Patienten vermitteln können, auch ohne eine körperpsychotherapeutische Ausbildung absolviert zu haben.

Methodik

Für die Studie wurden über einen Zeitraum von sechs Monaten Patienten einer zahnärztlichen Praxis rekrutiert, die über Zahnarztangst klagten. Es wurden nur Patienten mit leichter Karies berücksichtigt, deren Behandlung voraussichtlich in einer Sitzung abgeschlossen werden konnte. Auf diesem Weg konnten vollständige Datensätze vor und nach der Behandlung von 87 Patienten gewonnen werden.

Im Rahmen des ersten Praxistermins erfolgte die zahnärztliche Diagnostik und Aufklärung sowohl über die notwendige Zahnbehandlung als auch über die Studie. Die Patienten wurden per Zufall einer der drei Studienbedingungen „Zahnarztbehandlung mit FE-Elementen“, „Zahnarztbehandlung mit Audioanalgesie“ sowie „Zahnarztbehandlung alleine“ zugewiesen.

Beim zweiten Termin erfolgte die Zahnarztbehandlung entsprechend obiger Zuordnung. Die akute Zahnarztangst wurde unmittelbar vor und nach Abschluss der Behandlung mit der Subskala „Zustandsangst“ (STAI-S) des State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI) von Spielberger et al. (1983) erhoben. Die allgemeine Zahnarztangst wurde einmalig vor der Behandlung mit dem speziell für den Bereich der Zahnarztangst von Jöhren (1999) entwickelten Hierarchischen Angstfragebogen (HAF) gemessen. Die Patienten der FE-Gruppe erhielten vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Kurzeinweisung in Elemente der FE sowie ergänzende Erläuterungen durch den Zahnarzt. Während der Behandlung wurden die Patienten angehalten, die FE-Angebote weiter für sich zu nutzen (s. u. und s. Anhang). Bei auftretenden Schwierigkeiten wurden die Patienten vom Zahnarzt unterstützt.

Der behandelnde Zahnarzt wiederum wurde im Vorfeld der Studie über mehrere Wochen durch einen Lehrbeauftragten für FE mit den Grundzügen der Methode vertraut gemacht. Zudem wurde die FE-Arbeit des Zahnarztes während der Studie regelmäßig supervidiert.

Schwerpunkte der FE-Angebote während der Zahnbehandlung waren das Erspüren des Mundraums sowie das Fallenlassen des Unterkiefers im Ausatmen, soweit dies im Rahmen der zahnärztlichen Intervention möglich war. Die Patienten konnten durchgängig die Unterschiede zwischen Ein- und Ausat-

mung gemäß der Frage „Was tut sich, wenn ich nichts tue?“ wahrnehmen. Diese Möglichkeit zur verbesserten Selbstwahrnehmung sollte dem Gefühl des passiven Ausgeliefertseins entgegenwirken. Als „Spürhilfe“ wurden die Patienten angeregt, ihre eigenen Hände auf den Bauch zu legen. Darüber hinaus wurden die Patienten im Sinne der Fokussierung auf symptomferne, also den Bereich von Kopf und Mundhöhle ausklammernde Körperregionen, dazu angeleitet, mittels kleiner Bewegungen der Wirbelsäule, des Beckens sowie der Beine bis hin zu den Füßen ihre Sitzposition zu erspüren und zu regulieren. Während behandlungsbedingter Pausen konnten die Patienten von ihren Empfindungen berichten und wurden dadurch in ihrer Selbstwahrnehmung validiert.

Die Patienten in der Gruppe „Zahnarztbehandlung mit Audioanalgesie“ hörten während der Behandlung Musik über Kopfhörer. Sie konnten aus unterschiedlichen Stilrichtungen wählen und die Lautstärke während der Behandlung frei regeln. Zudem fragte der Zahnarzt während der Behandlung nach etwaigen Schwierigkeiten, um den unspezifischen Effekt der verbalen Zuwendung in beiden Gruppen in vergleichbarem Ausmaß zu halten. Die Gruppe „Zahnarztbehandlung alleine“ erhielt die zahnärztlich indizierte Therapie im Rahmen der üblichen Praxisbedingungen ohne spezifische Maßnahmen zur Reduktion der Zahnarztangst.

Ergebnisse

Alle Patienten zeigten vor Beginn der Behandlung deutlich erhöhte Angstwerte, die nach der Behandlung in allen drei Therapiegruppen deutlich abgefallen waren. Während der Abfall in der unbehandelten Kontrollgruppe sehr gering ausfiel und die Patienten auch nach dem Ende der Behandlung weiterhin unter deutlicher Angst litten, fiel die Angst in der FE-Gruppe und der Audioanalgesie-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant stärker ab. Die Angstreduktion in der FE-Gruppe war dabei signifikant größer als die der Audioanalgesie-Gruppe.

Im Rahmen der weiteren Auswertung wurden die Patienten, abhängig von ihrer generellen Zahnarztangst und unabhängig von der aktuellen Behandlungssituation mithilfe der Ergebnisse aus dem Hierarchischen Angstfragebogen (s. o.) in Gruppen mit geringer, mittlerer und höher Grundangst vor zahnärztlicher Behandlung eingeordnet. Es zeigte sich, dass die Verwendung der FE-Elemente in allen Gruppen, also auch bei denjenigen Patienten mit hoher Grundängstlichkeit, signifikant wirksam war. Die Audioanalgesie erzielte hingegen lediglich bei niedriger bis mittlerer Grundangst relevante Effekte. Bei hoher allgemeiner Zahnarztangst war der Effekt bei Patienten der Audioanalgesie-Gruppe nicht größer als in der unbehandelten Kontrollgruppe.