

Maria Weigel

Der Zusammenhang zwischen
Zahnbehandlungsphobie und Blut-,
Spritzen- und Verletzungsphobie

Diplomarbeit

BEI GRIN MACHT SICH IHR WISSEN BEZAHLT



- Wir veröffentlichen Ihre Hausarbeit, Bachelor- und Masterarbeit
- Ihr eigenes eBook und Buch - weltweit in allen wichtigen Shops
- Verdienen Sie an jedem Verkauf

Jetzt bei www.GRIN.com hochladen
und kostenlos publizieren



Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Psychologisches Institut
Abteilung: Klinische Psychologie
und Psychotherapie



DIPLOMARBEIT

Der Zusammenhang zwischen Zahnbehandlungsphobie und Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie

vorgelegt von:
Maria Weigel

Mainz, April 2007

II. Danksagung

Vor allem möchte ich mich bei Frau Dr. Gaby Bleichhardt für die hilfreiche Unterstützung und ihre anregende Kritik beim Anfertigen dieser Arbeit bedanken.

Danken möchte ich auch meinen Freunden und Kommilitonen, die mir bei der Bearbeitung des Themas immer wieder anregende Tipps und Hinweise gaben.

Selbstverständlich gilt auch all jenen ein großer Dank, die mir bei der Verbreitung der Fragebögen geholfen haben und jedem Einzelnen, der sich zur Bearbeitung eines Fragebogens bereit erklärt hat.

Besonders danken möchte ich zuletzt auch meiner Mutter, die mich stets in der Umsetzung meines Vorhabens unterstützte und einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen dieser Arbeit geleistet hat.

III. Inhaltsverzeichnis

I.	Eidesstattliche Versicherung	
II.	Danksagung	
III.	Inhaltsverzeichnis	
1.	<u>EINLEITUNG.....</u>	1
2.	<u>THEORETISCHER HINTERGRUND.....</u>	3
2.1	Spezifische Phobien.....	3
2.1.1	Diagnostische Kriterien und klinische Merkmale der spezifischen Phobien.....	3
2.1.2	Epidemiologie.....	4
2.1.3	Ätiologie.....	5
2.1.4	Diagnostik und Diagnoseinstrumente.....	6
2.1.5	Behandlung.....	7
2.2	Zahnbehandlungsphobie.....	8
2.2.1	Definition sowie typische und spezifische Merkmale des Störungsbildes der Zahnbehandlungsphobie.....	9
2.2.2	Epidemiologie.....	13
2.2.3	Komorbidität	16
2.2.4	Ätiologie	16
2.2.5	Diagnostik und Diagnoseinstrumente.....	21
2.2.6	Behandlung.....	24
2.3	Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie.....	28
2.3.1	Definition sowie typische und spezifische Merkmale des Störungsbildes der Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie.....	29
2.3.2	Epidemiologie.....	30
2.3.3	Komorbidität	31
2.3.4	Ätiologie.....	31
2.3.5	Diagnostik und Diagnoseinstrument.....	33
2.3.6	Behandlung.....	34

2.4 Zahnbehandlungsphobie und Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie....	35
2.4.1 Der Zusammenhang zwischen Dentalphobie und Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie im ICD-10 und DSM-IV.....	35
2.4.2 Empirische Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Dentalphobie und Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie.....	36
3. <u>FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN.....</u>	39
3.1 Ziele der Untersuchung.....	39
3.2 Ableitung der Fragestellungen und Hypothesen der vorliegenden Studie.....	39
4. <u>METHODE.....</u>	44
4.1 Datenerhebung.....	44
4.2 Erhebungsinstrumente.....	44
4.2.1 Soziodemografische Variablen.....	44
4.2.2 Mutilation Questionnaire.....	45
4.2.3 Dental Fear Survey.....	46
4.2.4 Hierarchischer Angstfragebogen.....	47
4.2.5 Fragebogen zu angstauslösenden Situationen der Zahnbehandlungsangst.....	48
4.3 Operationalisierung der untersuchten Variablen.....	49
4.4 Eigenschaften der Stichprobe.....	50
4.5 Datenauswertung und verwendete statistische Verfahren.....	53
5. <u>ERGEBNISSE.....</u>	55
5.1 Fragestellungen 1 - 3: Prävalenzraten der Dentalphobie und der Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie sowie Komorbidität.....	55
5.2 Fragestellung 4 - 5: soziodemografische Variablen und Dentalphobie, Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie und Komorbidität.....	57
5.3 Fragestellung 6: Zusammenhang zwischen Dentalphobie und Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie.....	61

5.4 Fragestellung 7: Regelmäßigkeit der zahnmedizinischen Versorgung und Dentalphobie.....	64
5.5 Fragestellung 8: Übereinstimmung zwischen den beiden Erhebungs- instrumenten für die Dentalphobie.....	67
5.6 Fragestellung 9: Güte des Fragebogens zu angstauslösenden Situationen der Zahnbehandlungsangst (ASZBA).....	68
5.7 Fragestellungen 10 - 11: Zusammenhänge mit den berichteten Angst- ausprägungen bezüglich der angstauslösenden Situationen (ASZBA).....	71
5.8 Überblick über die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung.....	76
6. <u>DISKUSSION</u>.....	78
6.1 Zahnbehandlungsphobie.....	78
6.2 Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie.....	83
6.3 Zusammenhang zwischen Zahnbehandlungsphobie und Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie.....	84
6.4 Kritik an der vorliegenden Untersuchung.....	86
6.5 Ausblick und Implikationen für weitere Forschungsarbeiten.....	88
7. <u>ZUSAMMENFASSUNG</u>.....	91
IV. Literaturverzeichnis.....	93
V. Anhang.....	107
A: Tabellenverzeichnis.....	107
B: Abbildungsverzeichnis.....	109
C: Ergebnistabellen der Faktorenanalyse des ASZBA.....	110
D: Untersuchungsinstrumente.....	113

1. EINLEITUNG

„Zahnweh, subjektiv genommen,
ist ohne Zweifel unwillkommen ...“

Wilhelm Busch (1832 – 1908)

Der Zahnarztbesuch ist für viele Menschen mit unangenehmen Gefühlen oder sogar leichter bis starker Angst verbunden. Mit keiner anderen Art von Arztbesuch gehen durchschnittlich so viele negativen Erwartungen, Kognitionen und Emotionen einher wie mit dem Besuch beim Zahnarzt. Trotz der heute möglichen weitgehenden Schmerzfreiheit während einer zahnmedizinischen Versorgung durch den Einsatz von Lokalanästhetika sieht ein Großteil der Allgemeinbevölkerung dem Besuch beim Zahnarzt nicht angstfrei entgegen. Zahnarztbesuche werden häufig mit Schmerzen und anderen Missempfindungen in Verbindung gebracht. Etwa fünf bis zehn Prozent der Allgemeinbevölkerung (Jöhren & Sartory, 2006) vermeiden zahnmedizinische Versorgung gänzlich und ihre spätere Behandlung ist sehr zeit- und kostenaufwendig. Zahnbehandlungsphobiker leiden vor allem aufgrund von Schuld- und Schamgefühlen, die sie wegen ihrer im Laufe der Zeit zunehmend schlechter werdenden Zahngesundheit entwickeln. Diese Schuld- und Schamgefühle sowie der Wunsch, dieses Problem im Alltag zu verbergen, führen nicht selten auch zu einer sozialen Isolierung.

Ähnlichen Leidensdruck erleben auch Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobiker. Sie vermeiden mitunter lebenswichtige medizinische Prävention und Behandlung aufgrund ihrer Angst. Die Angst vor Blut, Spritzen sowie Verletzungen ist im Wesentlichen evolutionär begründet, der Schutz vor eigenen körperlichen Verletzungen und die körperliche Reaktion beim Anblick von Blut machte es den Lebewesen möglich, zu überleben und sich selbst zu schützen. Sowohl die Dentalphobie als auch die Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie gehören zur Angstgruppe der spezifischen Phobien.

Die spezifischen Phobien, welche schon viele Jahrhunderte zuvor immer wieder Erwähnung in verschiedensten Typologien der Angst (u. a. bei Hippokrates) gefunden hatten, wurden 1948 erstmals in der sechsten Version des internationalen Klassifikationssystems (ICD) der Weltgesundheitsorganisation und 1952 im Klassifikationssystem (DSM) der American Psychiatric Association (APA) als

eigenständige Kategorie einer psychischen Angststörung aufgeführt. In den folgenden Jahrzehnten kam es dann auch zur genaueren Erforschung der Dentalphobie, der Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie sowie weiterer spezifischer Phobien.

Vermehrtes wissenschaftliches Interesse an der Zahnbehandlungsangst und der Blut-, Spritzen- und Verletzungsangst zeigte sich erstmals Ende der sechziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts.

Ungeklärt bleibt jedoch bis heute die Einordnung der Dentalphobie als eigenständige Angsterkrankung, welche als selbstständige Einheit zu den spezifischen Angststörungen gehört oder als Bestandteil der Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie einzuordnen ist.

Im DSM-IV wird Zahnbehandlungsangst dem Blut-Spritzen-Verletzungstypus zugeordnet und ist somit eine Komponente dieses Typus und nicht eigenständig erwähnt. Das ICD-10 unterscheidet hingegen diese beiden Arten von spezifischen Angststörungen.

Schwerpunktmäßig beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit dem Stellenwert, welchen die Dentalphobie neben der Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie einnimmt. Es sollen zunächst beide Angststörungen getrennt betrachtet werden, um danach näher auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen diesen beiden spezifischen Phobien eingehen zu können. Um eine Abgrenzung beider Arten der spezifischen Phobien zu ermöglichen, sollen Dentalphobiker und Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobiker auch hinsichtlich ihrer Angstreaktionen in verschiedenen zahnbehandlungsspezifischen angstauslösenden Situationen betrachtet werden. Ebenso beschrieben wird, welchen Einfluss eine regelmäßige zahnmedizinischen Versorgung auf die Zahnbehandlungsangst hat. Zudem wird auch die Übereinstimmung zwischen zwei weit verbreiteten Erhebungsverfahren der Zahnbehandlungsangst kritisch diskutiert.

2. THEORETISCHER HINTERGRUND

2.1 Spezifische Phobien

Die spezifischen Phobien gehören zur Gruppe der Angststörungen und sind gekennzeichnet durch eine klinisch relevante Angstreaktion auf einen spezifischen angstausslösenden Reiz oder eine Situation. Solche angstausslösenden Reize und Situationen können unter anderem bestimmte Tiere, wie zum Beispiel Schlangen oder Spinnen (Arachnophobie) oder Umgebungsbedingungen, zum Beispiel Höhen (Akrophobie), Dunkelheit (Nyktophobie), geschlossene Räume (Klaustrophobie) oder medizinische Settings sein. Auf diese angstausslösenden Reize reagiert der Betroffene mit einer intensiven und lang anhaltenden Furchtreaktion. Mit zunehmender physiologischer Gegenwart des gefürchteten Reizes steigt auch die Intensität der Angstreaktion an. Infolge wiederholter Konfrontation mit dem angstausslösenden Stimulus werden diese Reize und Situationen zukünftig vermieden. Der Betroffene ist sich bewusst darüber, dass seine Angstreaktion irrational ist, kann aber sein Verhalten nicht willentlich kontrollieren (Hamm, 1997; Marks, 1987). Durch die Vermeidung der spezifischen angstausslösenden Situationen und Reize ist es den meisten Betroffenen möglich, den Alltag ohne Einschränkungen und ausgeprägten Leidensdruck zu bewältigen. Eine Behandlung der spezifischen Phobie wird dann zumeist als unnötig angesehen. Wenn der angstausslösende Reiz allerdings gehäuft in alltagsrelevanten Situationen auftritt (z.B. bei speziellen Berufen: Höhenangst bei einem Dachdecker, Flugangst bei einem Geschäftsreisenden), kann ein ausgeprägter Leidensdruck entstehen und eine Behandlung wird dann eher in Anspruch genommen (Angenendt, Frommenberger & Berger, 2004).

2.1.1 Diagnostische Kriterien und klinische Merkmale der spezifischen Phobien

Die beiden gegenwärtig bedeutendsten Klassifikationssysteme für psychische Störungen, das DSM-IV und das ICD-10, beschreiben die spezifischen Phobien mit einer recht hohen Übereinstimmung. Daher werden im Folgenden die Kriterien des DSM-IV als Klassifikationsgrundlage gewählt, die im Vergleich zu denen des ICD-10 etwas strikter ausfallen (siehe Abbildung 2.1). Das DSM-IV unterscheidet zudem insgesamt fünf Typen spezifischer Phobien, den *Tier-Typus* (Furcht vor Tieren, z.B. Spinnen, Schlangen, Hunde),

den *Umwelt-Typus* (u. a. Furcht vor Höhen, Stürmen, Wasser, Dunkelheit), den *Blut-, Spritzen- und Verletzungstypus* (z.B. Furcht vor dem Anblick von Blut, Verletzungen, Furcht vor Injektionen oder invasiven medizinischen Behandlungen), den *situativen Typus* (u. a. Furcht in Flugzeugen, Fahrstühlen, engen geschlossenen Räumen) und den *anderen Typus* (Furcht vor Reizen, die zum Ersticken oder Erbrechen oder zum Erwerb von Krankheiten führen können).

- A. Ausgeprägte und anhaltende Angst, die übertrieben oder unbegründet ist und die durch das Vorhandensein oder die Erwartung eines spezifischen Objekts oder einer spezifischen Situation ausgelöst wird (z.B. Fliegen, Höhen, Tiere, eine Spritze bekommen, Blut sehen).
- B. Die Konfrontation mit dem phobischen Reiz ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild einer situationsgebundenen oder -begünstigten Panikattacke annehmen kann.
- C. Die Person erkennt, dass die Angst übertrieben oder unbegründet ist.
- D. Die phobischen Situationen werden gemieden bzw. nur unter starker Angst oder starkem Unbehagen ertragen.
- E. Das Vermeidungsverhalten, die ängstliche Erwartungshaltung oder das Unbehagen in der gefürchteten Situation schränkt deutlich die normale Lebensführung der Person, ihre berufliche (oder schulische) Leistung oder soziale Aktivitäten oder Beziehungen ein, oder die Phobie verursacht erhebliches Leiden für die Person.
- F. Bei Personen unter 18 Jahren hält die Phobie über mindestens sechs Monate an.
- G. Die Angst, Panikattacken oder das phobische Vermeidungsverhalten, die mit dem spezifischen Objekt assoziiert sind, werden nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt, wie z.B. Zwangsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung oder Störung mit Trennungsangst, Soziale Phobie, Panikstörung mit Agoraphobien oder Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte.

Abbildung 2.1: Diagnostische Kriterien für das Vorliegen einer spezifischen Phobie (DSM-IV)

Spezifische Phobien treten gehäuft mit anderen Angststörungen auf. Mögliche komorbide Diagnosen sind z.B. die soziale Phobie, die Panikstörung mit und ohne Agoraphobie, aber auch die Hypochondrie. Meist sind die komorbiden Hauptdiagnosen und nicht die einzelne spezifische Phobie Anlass für eine therapeutische Behandlung (Becker, 2006).

2.1.2 Epidemiologie

Frederikson, Annas, Fischer und Wik (1996) geben eine totale Punktprävalenz für das Vorliegen einer spezifischen Phobie von 19.9% an. Die berichteten Prävalenzraten hängen sehr stark davon ab, welche Kriterien zur Diagnose und zur Einschätzung des Beeinträchtigungsgrades durch die Störung gewählt wurden. Perkonig und Wittchen (1995) analysierten mehrere Einzelstudien und berichten zusammenfassend von einer Lebenszeitprävalenz für das Auftreten einer spezifischen Phobie von 4.5 - 11.3% (Median: 8.6%). In einer Studie von Wittchen und Jacobi (2005) wurde die 12-Monats-Prävalenz des

Auftretens spezifischer Phobien in der Europäischen Union ($N = 1500\ 000$, aus 16 EU-Ländern) untersucht und bei 6.4% der Teilnehmer dieser Studie wurden Hinweise für das Vorliegen einer spezifischen Phobie objektiviert.

Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer; die spezifischen Phobien sind das psychische Störungsbild, an dem Frauen am häufigsten leiden (Becker, 2006). Spezifische Phobien treten familiär gehäuft auf; 31% der Angehörigen ersten Grades haben ebenfalls eine spezifische Phobie. Je mehr Angststörungen komorbid vorliegen, desto stärker sind auch die Beeinträchtigungen für den Betroffenen und desto schlechter sind seine Remissionschancen. Spezifische Phobien entstehen in den ersten beiden Lebensjahrzehnten, die verschiedenen Subtypen der spezifischen Phobien haben unterschiedliche Onset-Alter. Klaustrophobie entsteht so relativ spät, im Durchschnitt im 20. Lebensjahr, wohingegen Tier- und Blutphobie sich bereits im siebenten bis neunten Lebensjahr manifestieren (Öst, 1987).

2.1.3 Ätiologie

Im Folgenden sollen kurz einige grundlegende Entstehungsfaktoren und aufrechterhaltende Bedingungen der spezifischen Phobien besprochen werden. Eine genauere Betrachtung möglicher Erklärungsmodelle erfolgt auch in den Abschnitten 2.2.3 und 2.3.3.

Einen unbestrittenen wesentlichen Einfluss auf den Erwerb spezifischer Phobien haben Lernerfahrungen, die Ergebnisse von Konditionierungsprozessen sind. Die Theorie der Furchtkonditionierung basiert auf den Annahmen der *Zwei-Faktoren-Theorie*, die Aspekte des klassischen und operanten Konditionierens vereinigt (Mowrer, 1949). Dieser Erklärungsansatz geht davon aus, dass traumatische Erlebnisse eine konditionierte Angstreaktion auf einen spezifischen Reiz auslösen können. Furcht wird demnach im ersten Schritt durch klassische Konditionierung erworben und im zweiten Schritt löst die erlernte Furchtreaktion ein Vermeidungsverhalten aus, welches durch die verhinderte Furchtreaktion negativ verstärkt wird (operante Konditionierung) und aufrecht erhalten bleibt. Diese Theorie wurde vor allem durch Befunde aus Tierexperimente gestützt (Becker, 2006). Zur Erklärung der Entstehung klinisch bedeutsamer spezifischer Phobien müssen zudem andere Erklärungsaspekte berücksichtigt werden. Die Konditionierung durch die Beobachtung ängstlicher Modelle (Lernen am Vorbild) und durch die Übermittlung negativer Nachrichten und Informationen (Instruktionslernen) erscheinen als