

**Thema**

# Behandlungsangst bei Kindern

## *Dental fear of children*



A. Czerlinski

**Hintergrund**

Kinder sind bei Zahnarztbesuchen emotional stark belastet. Es ergibt sich ein mehr oder minder stark ausgeprägtes Erscheinungsbild von Zahnbehandlungsängsten, die fälschlicherweise immer wieder mit der Zahnarztangst gleichgesetzt werden. Bisher gibt es kein zuverlässiges Messinstrument, welches den qualitativen und quantitativen Einfluss von Atmosphäre und Zahnarztverhalten auf die Kooperationsbereitschaft des kindlichen Patienten misst. Es existieren aber eine ganze Reihe verschiedener Techniken, um Kinder zu einer Kooperation zu bewegen und einige sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden.

**Statement**

Die Prävalenz von Zahnbehandlungsängsten wird in verschiedenen Untersuchungen für Kinder mit 6 % bis zu



H. Lang

31 % angegeben. Ein Problem bei diesen Angaben stellt die Vielzahl der Erhebungsmethoden dar und die Tatsache, dass in vielen vergangenen Studien mangelnde Kooperation beim Zahnarzt mit der Zahnarztangst gleichgesetzt wurde. Darüber hinaus existieren Studien zur Ätiologie von Behandlungsängsten und zu Behandlungstechniken.

**Ätiologische Faktoren:** Als wesentliche Faktoren werden in verschiedenen Studien die vorangegangenen individuellen Erfahrungen der Kinder mit zahnärztlichen Behandlungen und der Persönlichkeitstyp des Kindes (extrovertierter vs. introvertierter Typ) aber auch das Auftreten des Behandlers genannt. Weitere Faktoren sind offensichtlich das Alter, u. E. auch der sozioökonomische Status und die allgemeine Ängstlichkeit der Kinder. Dagegen spielt – entgegen der weitverbreiteten Anschauung – die Art der aktuellen und auch der vorausgehenden zahnärztlichen Maßnahmen nur eine untergeordnete Rolle.

**Behandlungstechniken:** Es gibt eine Vielzahl von theoretischen und auch praktischen Empfehlungen zum Umgang mit Behandlungsängsten bei Kindern. Das Spektrum erstreckt sich dabei von (modernerer) kommunikativen Methoden, über (ältere) autoritäre Techniken bis hin zu eher individuellen Ansätzen, z. B. der Verwendung von Musik, Humor oder Zaubertricks.

In jüngeren Studien werden vor allem die Kommunikation mit dem Kind und stufenweises Verhaltenstraining empfohlen. Die „Tell-Show-Do“-Methode wurde im Rahmen einer Empathiestudie untersucht. Hier werden die Behandlungsschritte ausführlich erklärt und Geräte bzw. Materialien gezeigt, bevor der Zahnarzt mit der Behandlung beginnt. Das Hauptproblem stellt hierbei die Tatsache dar, dass die Methode sehr viel Zeit in Anspruch nimmt. Eine weitere Möglichkeit ist der Einsatz von Handpuppen, mit denen die Behandlungssituation nachgestellt wird, um bei dem Kind einen Gewöhnungseffekt zu erzielen. Praktisch reagieren jedoch viele Kinder nicht mit Neugierde auf die Puppen, sondern mit Argwohn. Ein wesentlicher Faktor bei allen Techniken stellt die verbale (und nonverbale) Patientenkommunikation dar. So kann es für die Beziehung zwischen Behandler und Patient von Vorteil sein, gemeinsame Interessen und Hobbys zu analysieren. Dabei wird empfohlen, z. B. mit Hilfe eines Fragebogens, möglichst viele sozio-kulturelle Aspekte über den Patienten in Erfahrung zu bringen. Diese Daten sollten archiviert werden, um mit dem Patienten beim darauf folgenden Zahnarztbesuch möglichst einfach ein Gespräch aufkommen zu lassen. Daneben werden auch weiterhin Belohnungsstrategien

empfohlen, bei der jedes positive Verhalten mit materiellen oder ideellen Belohnungen bedacht wird, negatives Verhalten jedoch nicht bestraft wird.

Herkömmliche autoritäre Techniken, z. B. die HOME-Methode (Hand over mouth exercise), die Voice-control-Technik oder ein Erzwingen der Behandlung durch physische Maßnahmen, werden vor allem in älteren Studien propagiert. Sie sind wegen der zunehmend fehlenden gesellschaftlichen Akzeptanz, vor allem aber wegen möglicher seelischer Traumata bei den Kindern, als nicht mehr zeitgemäß zu betrachten.

### Empfehlung

Die Beziehung zwischen Zahnarzt und Patient ist dynamisch. Das Kind reagiert auf das Auftreten des Behandlers, genauso wie der Zahnarzt das Verhalten des Patienten reflektiert. Sobald sich der Behandler verkrampft, ist er nur noch eingeschränkt fähig, empathisch zu agieren. Bezüglich der Bemühungen des Zahnarztes, die vorhandene Furcht vor zahnärztlichen Eingriffen einzudämmen, zeigen alle angeführten Techniken Vor- und

Nachteile. Autoritäre Techniken sollten durch modernere Konzepte ersetzt werden, bei denen die Persönlichkeit des Kindes respektiert wird. Es bleibt dem Zahnarzt überlassen, zu erkennen, welches Kind auf welche Methode positiv reagiert und diese dann individuell anzuwenden. In dieser Hinsicht ist die Verwendung eines Fragebogens, mit dem bereits vor Beginn der Behandlung geklärt wird, welche Verhaltensweisen und Objekte den Patienten ängstigen, hilfreich wie auch empfehlenswert. DZZ

### Literatur

1. Ashkenazi M, Faibish D, Sarnat H: Dental fear and knowledge of children treated by certified pediatric dentists and general practitioners. *ASDC J Dent Child* 69, 297 (2002)
2. Colares V, Richman L: Factors associated with uncooperative behavior by Brazilian preschool children in the dental office. *ASDC J Dent Child* 69, 87 (2002)
3. Kantaputra PN, Chiewcharnvalijkit K, Wairatpanich K, Malikaew P, Aramrattana A: Children's attitudes toward behavior management techniques used by dentists. *J Dent Child* 74, 4 (2007)
4. Levitas TC: HOME-hand over mouth exercise. *ASDC J Dent Child* 41, 178 (1974)
5. Murray P, Liddell A, Donohue J: A longitudinal study of the contribution of dental experience to dental anxiety in children between 9 and 12 years of age. *J Behav Med* 12, 309 (1989)
6. ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten J, Prins PJ: Behavioural and emotional problems in children referred to a centre for special dental care. *Community Dent Oral Epidemiol* 27, 181 (1999)
7. ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten J, Prins PJ: Childhood dental fear in the Netherlands: prevalence and normative data. *Community Dent Oral Epidemiol* 30, 101 (2002)
8. ten Berge M., Veerkamp JS, Hoogstraten J: The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences. *J Anxiety Disord* 16, 321 (2002)
9. van der Zijpp, ter Horst G, de Jongh A, Makkes PC: Treatment for dental anxiety. Evaluation of treatment of patients with anxiety. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 103, 213 (1996)  
A. Czerlinski, H. Lang, Rostock