



LEITFADEN DER BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde



BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER



LEITFADEN DER BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde



BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER



Unter einem Leitfaden soll ein wissenschaftlich begründeter und gleichzeitig praxisnaher Problem- aufriß verstanden werden, der dem berufstätigen Zahnarzt eine systematische Orientierungshilfe zu ausgewählten Dienstleistungen der Zahnarztpraxis geben möchte.

Ein Leitfaden kann dieser Orientierungsfunktion nur dann gerecht werden, wenn bei dem Gebrauch die jeweils spezifischen Voraussetzungen der Praxis und die klinischen Gegebenheiten des Patienten in angemessener Weise berücksichtigt werden.

Ein Leitfaden sollte regelmäßig auf seine Aktualität hin überprüft und fortgeschrieben werden.

Inhalt

Vorwort	05
1. Grundlagen	07
1.1 Körper und Seele: Teile eines Ganzen	07
1.2 Die psychosoziale Bedeutung der Zähne und des Mundes	07
1.3 Grundlagen der Diagnostik	09
2. Patientenführung aus psychosomatischer Sicht	13
2.1 Die Zahnarzt-Patient-Beziehung	13
2.2 Die biopsychosoziale Anamnese	13
2.3 Strategien der Patientenführung	14
2.4 Zusammenarbeit von Zahnärzten mit Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin oder Psychiatrie und Psychotherapie oder auch Psychologischen Psychotherapeuten	16
3. Psychische und psychosomatische Störungen in der Zahnarztpraxis	19
3.1 Epidemiologie	19
3.2 Zahnmedizinisch relevante Krankheitsbilder	19
3.2.1 Zahnbehandlungsangst / Zahnbehandlungsphobie	20
3.2.2 Psychogene Zahnersatzunverträglichkeit	21
3.2.3 Myoarthropathie, CMD	22
3.2.4 Stress und Parodontitis	24
3.2.5 Chronischer Gesichtsschmerz	26
3.2.6 Somatoforme Störungen	28
3.2.7 Depression	28
3.2.8 Essstörungen	28
3.2.9 Somatopsychische Erkrankungen	30
3.2.10 Körperdysmorphie Störung	30
4. Der psychosomatische Patient in der Zahnarztpraxis	33
4.1 Empfehlungen für die tägliche Praxis	33
4.2 Grenzen der zahnärztlich-psychosomatischen Behandlung	34
4.3 Krisenintervention bei Suizidgefahr	34
5. Schlussbemerkung und Literaturempfehlung	37
Anhang	38
Impressum	40

Vorwort

Dass Seele und Zähne eng zusammenhängen, ist bekannt. Nicht ohne Grund heißt es bei Stress „Zähne zusammenbeißen“. Man zeigt seinem Gegner die Zähne, beißt sich durch oder auf Granit. Manchmal verbeißt man sich in eine Sache oder nimmt etwas zähneknirschend hin. Selbst im Schlaf kauen viele an ihren Problemen weiter.

Psychische und psychosomatische Beschwerden beeinflussen das körperliche Wohlbefinden. So sind Depressionen, Alltagsstress, Ärger im Beruf, aber auch Schicksalsschläge wie Trennungen und der Tod von Angehörigen häufig verantwortlich für die Angst vor der Behandlung oder eine unbefriedigende (Zahn-)Arzt-Patient-Beziehung, ja, sie können sogar die Therapie zum Scheitern bringen. Seelenkummer manifestiert sich aber auch direkt im Mundbereich: Etwa mittels Prothesenunverträglichkeit, Zungenbrennen, Pressen und Knirschen, Zahnfehlbelastungen oder einer Überstrapazierung der Kaumuskeln, die sich durch einen verspannten Nacken bemerkbar machen.

So vielfältig die möglichen seelischen Ursachen sind, so komplex sind Diagnostik und Therapie. Manchmal ist der Zahnarzt der Erste, der die psychischen Probleme des Patienten erkennen kann. Dieser Leitfaden versucht deshalb die zahnärztliche Diagnostik und Therapie um den psychosomatischen Blickwinkel zu erweitern. Denn von den psychosomatischen Grundkennt-

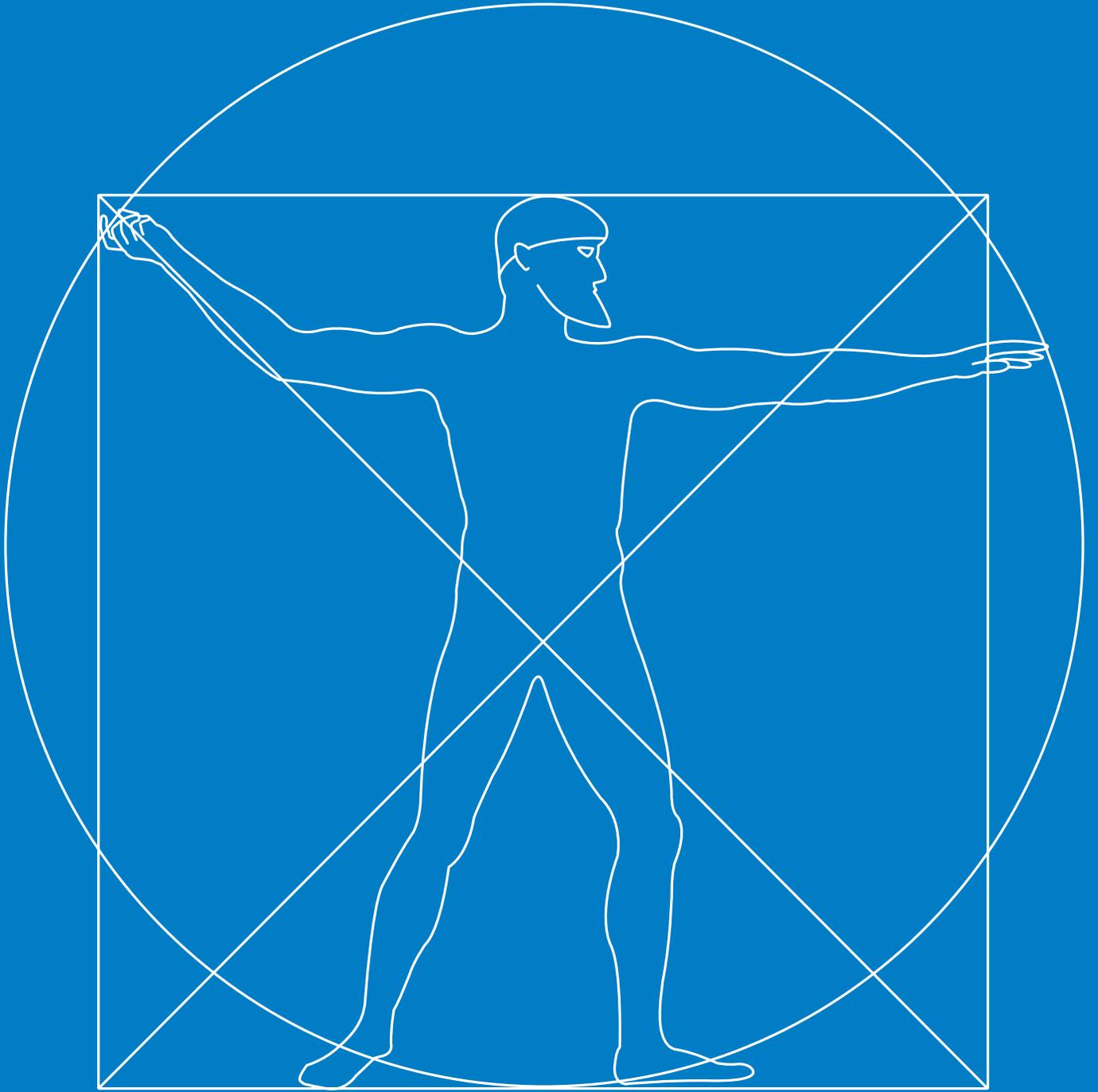
nissen des Zahnarztes profitieren sowohl der Patient wie der Behandler selbst: Zum einen wird durch sie eine stabile Patientenführung erreicht, zum anderen zeigen sie die Grenzen des eigenen ärztlichen Handelns auf. Sind die Störungen seelischer Natur, helfen rein zahnärztliche Maßnahmen dem Patienten nämlich oft nicht weiter – in der modernen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde als multidisziplinäres Gebiet ist dann eine Zusammenarbeit mit Ärzten, Psychotherapeuten oder Krankengymnasten gefragt. Die Psychosomatik gewinnt dabei einen besonderen Stellenwert, ist doch gerade der Gesichts- und Mundbereich extrem verletzlich, intim und dem seelischen Erleben nah.

Der Leitfaden versteht sich in diesem Sinne als ein erster psychosomatischer Problemaufriss in die Diagnostik, die biopsychosoziale Anamnese sowie die Patientenführung. Er stellt die wesentlichen Störungen, Krankheitsbilder und therapeutischen Ansätze dar und führt darüber hinaus in die professionsübergreifende Zusammenarbeit ein. Der Praxisbezug stand für uns an erster Stelle.

Die Autoren des Leitfadens, Mitglieder des Arbeitskreises Psychologie und Psychosomatik in der DGZMK, sind: Dr. Inge Staehle, Erlangen, PD Dr. Anne Wolowski, Münster, Prof. Dr. Stephan Doering, Münster und PD Dr. Hans-Peter Jöhren, Bochum. Der Ausschuss Präventive Zahnheilkunde der Bundeszahnärztekammer hat die Entwürfe des Leitfadens diskutiert und überarbeitet. Die redaktionelle Bearbeitung lag bei Dr. Sebastian Ziller und Dr. Wolfgang Micheelis.

Allen, die an diesem Leitfaden mitgearbeitet haben, gilt unser herzlicher Dank und den Lesern wünschen wir eine anregende Lektüre.

Dr. Dietmar Oesterreich
Vorsitzender des Ausschusses
Präventive Zahnheilkunde
Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer



1. Grundlagen

SEELE UND KÖRPER, SO MEINE ICH, REAGIEREN SYMPATHETISCH AUF EINANDER: EINE VERÄNDERUNG IN DEM ZUSTAND DER SEELE ERZEUGT EINE VERÄNDERUNG IN DER GESTALT DES KÖRPERS UND UMGEKEHRT: EINE VERÄNDERUNG IN DER GESTALT DES KÖRPERS ERZEUGT EINE VERÄNDERUNG IN DEM ZUSTAND DER SEELE.

ARISTOTELES (384-322 V. CHR.)

1.1 Körper und Seele: Teile eines Ganzen

Das Wissen der Antike um die Verbundenheit körperlicher und seelischer Prozesse ist in der Folge der Aufklärung mehr und mehr verloren gegangen. Die moderne Medizin folgt noch heute weitgehend einem „biomedizinischen Modell“, das Körper und Seele als zwei voneinander getrennte Einheiten ansieht, die getrennt voneinander untersucht und behandelt werden müssen. Der amerikanische Internist George Engel (1914-1999) setzte dem im Jahre 1977 das „Bio-psycho-soziale Modell“ entgegen, das Biologisches, Psychisches und Soziales als Teile eines Ganzen ansieht, die vielfach miteinander verflochten sind und sich gegenseitig beeinflussen. Inzwischen haben wir zahlreiche empirische Beweise für diese Wechselwirkungen, von denen nur die Wichtigsten hier erwähnt werden sollen:

- Akuter Stress führt zu einer Aktivierung des Sympathikus mit u. a. vermehrter Adrenalin-ausschüttung. Diese hat eine Reihe von körperlichen Veränderungen zur Folge, z. B. Blutdruckerhöhung, Veränderung der Durchblutung in verschiedenen Körperbereichen, Glykogenolyse und Erhöhung des Muskeltonus.

- Länger andauernder Stress führt über die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse zu einer vermehrten Cortisol-Ausschüttung. In der Folge kommt es u. a. zu einer Blutdruckerhöhung, Lipogenese, Reduktion der Geschlechtshormonspiegel und Veränderung der Blutgerinnung.
- Neben Katecholaminen und Cortisol werden unter Stress eine ganze Reihe weiterer Substanzen produziert (z. B. Zytokine, Interleukine, Interferone), die zum Teil auch suppressiv auf das Immunsystem wirken und zu verschlechterter Wundheilung und Immunabwehr führen und beispielsweise einen negativen Einfluss auf das parodontale Gewebe haben können.
- Die Zellen des Immunsystems wiederum produzieren Substanzen, die unter anderem direkt auf das Gehirn wirken und dort das sog. „Sickness behavior“ hervorrufen, ein unspezifisches „Krankheitsgefühl“, das in Teilen einer Depression ähnelt.
- Unser Gehirn ist eine „ständige Baustelle“ – durch neuronale Plastizität verändert es in Abhängigkeit von unseren täglichen Erfahrungen seine Verschaltungsmuster. So haben z. B. Violinspieler vergrößerte Areale für die Fingerbewegungen und das Hören; depressive Patienten dagegen eine verminderte Aktivität im präfrontalen Cortex und eine Aktivitätserhöhung in einigen anderen Hirnarealen.

1.2 Die psychosoziale Bedeutung der Zähne und des Mundes

Bereits bevor die Zähne durchbrechen spielt die Mundregion in der psychischen Entwicklung eine wichtige Rolle. Mit dem Begriff der oralen Phase für das erste Lebensjahr bezog sich Sig-

mund Freud auf die Tatsache, dass der Mundraum in diesem Alter im Zentrum der Wahrnehmung und Kommunikation steht. Atmen, Tasten, Schlucken, Saugen, Lächeln, Kauen, Lallen, Singen und Lachen sind der Beginn unserer Kontaktaufnahme mit der Umwelt. Man spürt und „begreift“, wie sich etwas anfühlt, ob es einem schmeckt, ob man es zerbeißen und zerkleinern und dann schlucken kann, oder ob man es wieder ausspucken möchte. Mit einem Lächeln gewinnt der Säugling die Eltern für sich, später behauptet sich das Kind mit einem gesprochenen Nein und zeigt so immer mehr seine selbstbestimmte, mündige Entschlossenheit.

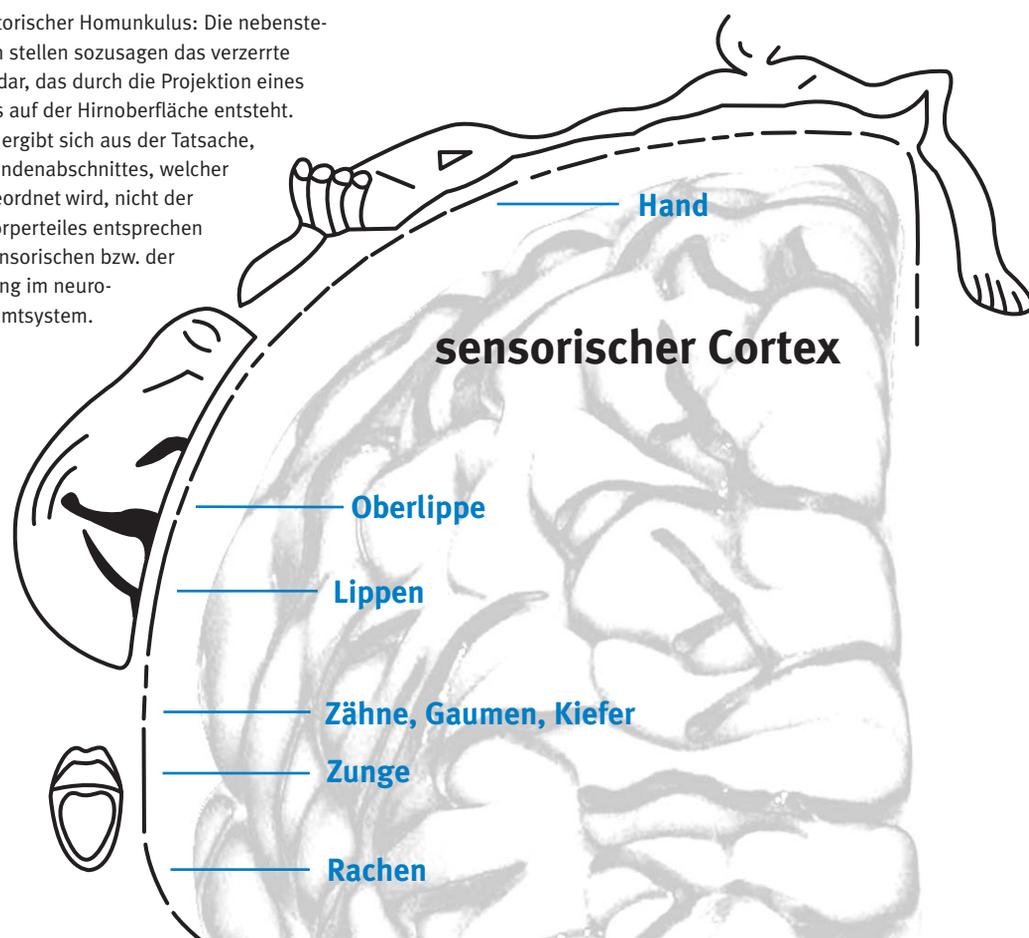
Frühe negative Erfahrungen können an orale Empfindungen gekoppelt bleiben. Da sie in einer vorsprachlichen Zeit stattfinden, in der Erfahrungen und Erinnerungen noch nicht in Wor-

ten bzw. in Sprache abgespeichert werden können, fällt es schwer, sie zu benennen. Deshalb können Patienten Störungen und Defizite aus dieser Zeit und die daran gekoppelten Beschwerden oft nur unzutreffend in Worten kleiden. Dies macht die Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Beschwerden im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich oft so schwierig.

Alltagssprachliche Formulierungen verraten uns, wie prägend und lebenslang bedeutsam diese oralen Erfahrungen bleiben: der hat Biss, ich habe an etwas zu kauen, sie will nicht mehr alles schlucken, ich pfeife auf die anderen, er knirscht vor Wut mit den Zähnen, ihr ist das Lachen vergangen.

Später im Leben gelten gerade stehende, weiße, lückenlose Zahnreihen und wohlgeformte Lip-

Sensorischer und motorischer Homunkulus: Die nebenstehenden Darstellungen stellen sozusagen das verzerrte Bild eines Menschen dar, das durch die Projektion eines menschlichen Körpers auf der Hirnoberfläche entsteht. Die Verzerrung selbst ergibt sich aus der Tatsache, dass die Größe des Rindenabschnittes, welcher einem Körperteil zugeordnet wird, nicht der Größe eben dieses Körperteiles entsprechen muss, sondern der sensorischen bzw. der motorischen Bedeutung im neurophysiologischen Gesamtsystem.



pen als ein Zeichen für Attraktivität und sind für das allgemeine Wohlbefinden wichtig. Ein verwaehrlostes und unvollständiges Gebiss mit schief stehenden, unförmigen Zähnen ist ein Symbol für Alter, sozial niedrige Schichtzugehörigkeit, mangelnde Hygiene und gesellschaftlichen Misserfolg.

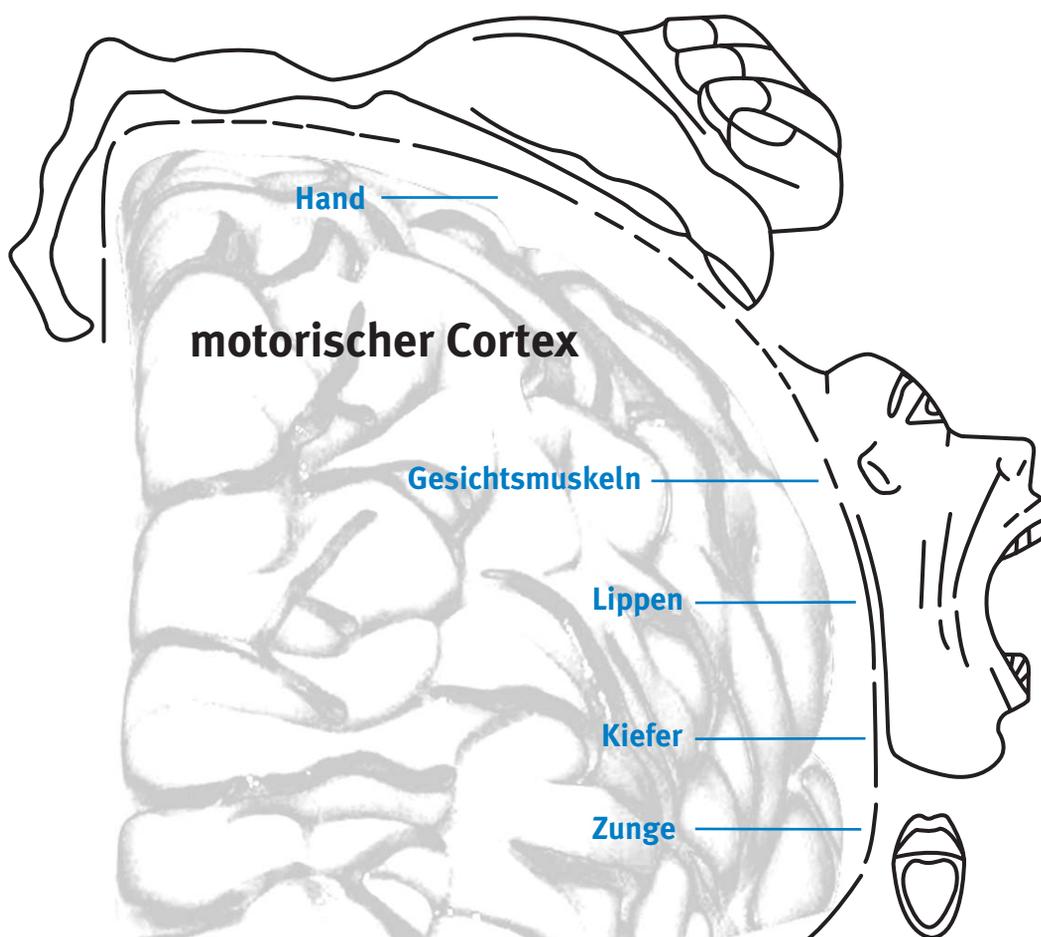
Ein weiterer bedeutsamer Aspekt der Mundregion zeigt, wie die Körperregionen auf dem sensorischen und motorischen Kortex repräsentiert sind. Dabei fällt die überproportionale Größe von Zunge, Zähnen und Lippen auf, die der neuralen Innervationsdichte dieser Bereiche entspricht: Keine Körperregion ist empfindlicher für Sinnesreize und motorisch komplexer gesteuert.

Nicht zuletzt stellt die Mundregion auch eine der intimsten Zonen des menschlichen Körpers

dar. Kaum jemand lässt sich von jemand anderem gern freiwillig in den Mund schauen oder gar fassen, Erotik wird über den Mund ausgedrückt (Schmollmund, Kussmund) und in der Sexualität spielt der Mund beim Austausch von Zärtlichkeit und Leidenschaft eine zentrale Rolle.

1.3 Grundlagen der Diagnostik

Patienten, die eine zahnärztliche Praxis aufsuchen, erwarten in der Regel eine somatische Behandlung oder Präventionsmaßnahme. In Abhängigkeit von den vorgetragenen Beschwerden folgt entsprechend unserer traditionellen Ausbildung die zahnmedizinische Basisdiagnostik. Mit ihr soll erfasst werden, welche zusätzliche Diagnostik durchgeführt werden muss (siehe auch Neubeschreibung einer präventionsorien-



Quelle: in Anlehnung an Penfield, 1956

Psychosomatik

Diagnostik



tierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde unter www.bzaek.de/nb/PDF/Praeambel.pdf). Sie umfasst immer die klinische Inspektion der gesamten Mundhöhle mit allen Schleimhäuten und Zähnen, die Vitalitätsprobe der Zähne, ggf. röntgenologische Untersuchung, die Erfassung der Mundhygiene und des Entzündungsgrades der Gingiva mit einer konsekutiven Bewertung des individuellen Erkrankungsrisikos. In Abhängigkeit von den vorgetragenen Beschwerden umfasst sie extraoral die Untersuchung der Sensibilität an allen Nervenaustrittspunkten, die Untersuchung der Kiefergelenke und die Palpation der perioralen Muskulatur.

Mit diesem klinischen, basisdiagnostischen Aufwand allein werden jedoch psychosoziale Belastungen und psychosomatische Erkrankungen viel zu spät erkannt, was zu fatalen Folgen für den Erfolg einer zahnärztlichen Behandlung führen kann. Daher ist es von zentraler Bedeutung, Hinweise für das Vorliegen einer psychosomatischen Erkrankung frühzeitig zu erkennen. Folgende Checkliste soll helfen, psychosomatische Beschwerden eher zu identifizieren und diese von somatischen Beschwerden abzugrenzen:

- Diskrepanz zwischen Beschreibung der Beschwerden und anatomischen Gegebenheiten
- Diskrepanz zwischen Chronologie der Beschwerden und aus klinischer Erfahrung bekannten Verläufen
- Eher als dumpf beschriebener Schmerz
- Doctor hopping, Koryphäen-Killer
- Symptomdarstellung: affektiv, diffus, bildhaft, vergleichend, anklagend, quälend
- Non-Compliance
- Herabgesetzte Entscheidungsfähigkeit z. B. bezüglich Behandlungsvorschlägen
- Herabgesetzte Fähigkeit und herabgesetzte Bereitschaft der Übernahme von Eigenverantwortung
- Ex non juvantibus (normalerweise hilfreiche Behandlung führt nicht zum Erfolg)
- Ungewöhnliche emotionale Beteiligung des Patienten am Krankheitsgeschehen („Diskrepanz von Befund und Befinden“)

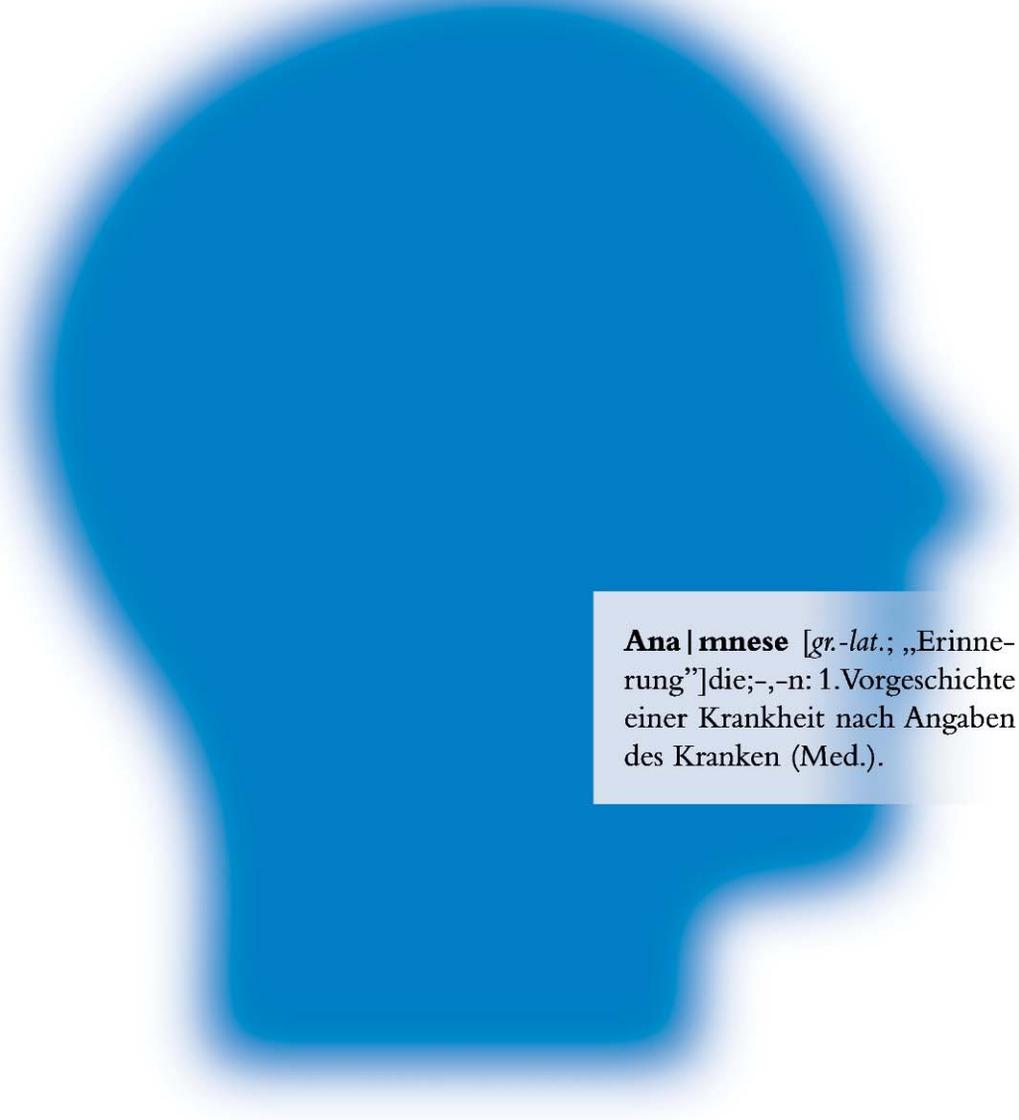
- Appellatives, forderndes und anklammern-des Interaktionsverhalten
- Koinzidenz von lebensgeschichtlich bedeutsamem Ereignis und Beginn der Beschwerden
- Vorliegen weiterer psychischer und psychosomatischer Erkrankungen
- Aktuelles Vorliegen eines Live-Events
- Entstehen von Aggression und Ungeduld im Praxisteam

Eine falsch positive oder auch falsch negative psychosomatische Diagnose auf der Basis des Kriteriums „Diskrepanz von Befund und Befinden“ lässt sich nur vermeiden, wenn eine zuverlässige, umfassende und schnelle somatische Diagnostik bzw. Ausschlussdiagnostik geleistet wird. Ziel dieser Maßnahme muss die für den Psychosomatiker wichtige Aussage sein, wie hoch der somatische Anteil an den geklagten Beschwerden ist – oder besser noch, dass somatische Ursachen ausgeschlossen bzw. durch Behandlung beseitigt werden können. Dies kann gerade bei Patienten mit diffuser, teils untypischer Symptomatik große Schwierigkeiten bereiten. Diese kann man jedoch mit Hilfe von Checklisten reduzieren, die sich jeder Behandler zur Systematisierung der Befunderhebung für die Routinediagnostik und Qualitätsbeurteilung zusammenstellen sollte.

Nun kann eine psychosomatische Störung auch als unerwartetes Phänomen nach einer zahnärztlichen Behandlungsmaßnahme auftreten. Ratlosigkeit, gegenseitiges Unverständnis, zunehmende Wut und Aggression auf beiden Seiten führen dann oft zu unschönen, bisweilen sogar juristischen Auseinandersetzungen. Auch wenn der Zahnarzt dem Patienten „nur“ die objektiv nach allen Regeln der Kunst geleistete Versorgung und nicht dessen subjektive Zufriedenheit schuldet, wird in diesem Zusammenhang immer die Frage gestellt, ob die psychosomatische Störung vorhersehbar war und somit entsprechende Maßnahmen hätten veranlasst werden müssen.

Psychosomatik

Anamnese



Ana|mnese [*gr.-lat.*; „Erinnerung“]die;-,-n: 1. Vorgeschichte einer Krankheit nach Angaben des Kranken (Med.).

2. Patientenführung aus psychosomatischer Sicht

2.1 Die Zahnarzt-Patient-Beziehung

Am Beginn dieses Abschnitts soll mit einem weit verbreiteten Vorurteil aufgeräumt werden, (zahn-)ärztliche Patientenführung könne man entweder oder man könne sie nicht. Dies ist ganz sicher nicht der Fall. Vielmehr gilt: Patientenführung kann man lernen – man muss es aber auch. Wir wissen heute, dass jeder Therapieerfolg nicht allein von der handwerklich-technischen Qualität der Behandlung, sondern auch von der Qualität der sozialen Beziehung zwischen Behandler und Patient abhängt. Die therapeutische Beziehung stellt in vielen Fällen sogar den wichtigsten Wirkfaktor der gesamten Behandlung dar. Eine gute und tragfähige Zahnarzt-Patient-Beziehung verbessert die Diagnostik: Je mehr Vertrauen der Patient hat, umso mehr wird er sich dem Zahnarzt öffnen und ihm wichtige Informationen anvertrauen.

Als zentrale Faktoren für eine gute therapeutische Beziehung hat der Psychologe und Psychotherapeut Carl Rogers (1902-1987) beschrieben:

- **Empathie** – den Patienten von „innen her“ zu verstehen; sich in die persönliche Welt, die individuelle Wirklichkeit, den inneren Bezugsrahmen des Patienten einfühlen. Gefühle des Patienten werden für einen Moment so wahrgenommen als ob man selbst an dessen Stelle wäre.
- **Wertschätzung** – respektvoller Umgang mit der Person des anderen im Sinne wertungsfreier Aufgeschlossenheit für den Patienten; den Menschen mit seinen Stärken und Schwächen anerkennen, ihn sehen wie er ist, mit seinen persönlichen Eigenarten, seinem sozioökonomischen Hintergrund und mit seinen Möglichkeiten, sein Leben zu bewältigen.

- **Echtheit** – die tatsächliche Meinung und Gefühle des (Zahn-)Arztes sollen mit dem übereinstimmen, wie er sich verhält und was er sprachlich ausdrückt.
„Man muss nicht alles sagen was wahr ist, aber alles was man sagt, muss wahr sein.“

Damit diese Wirkfaktoren zum Tragen kommen können, ist es nötig, sich Zeit für die Kommunikation mit dem Patienten zu nehmen. Nur so ist ein Verstehen des Patienten möglich, und nur so kann der Patient die Erfahrung machen, dass der (Zahn-)Arzt empathisch, wertschätzend und echt ist. Typische derartige Gesprächssituationen sind das Anamnesegespräch, die Aufklärung über die Diagnose und die Behandlungsplanung.

2.2 Die biopsychosoziale Anamnese

Das biopsychosoziale Anamnesegespräch sollte bei Bedarf und dann möglichst außerhalb des Behandlungszimmers in einem eigenen Raum stattfinden. Dabei sollten Zahnarzt und Patient nicht von einem Tisch getrennt sein, sondern möglichst in einem Winkel von 90-120° auf gleicher Augenhöhe auf zwei bequemen Stühlen sitzen. Eine vollständige „biopsychosoziale Anamnese“ umfasst in Anlehnung an Adler und Hemmeler (1992) die folgenden Schritte, welche als Orientierung dienen können:

1. *Vorstellung und Begrüßung*
2. *Gestalten einer günstigen Situation*
Ruhiger Raum, keine Zeugen, keine Störungen, angenehme Atmosphäre.
3. *Landkarte der Beschwerden*
Durch eine offene Frage (z. B. „Was führt Sie zu mir?“) wird der Patient aufgefordert, frei

seine Beschwerden und Probleme zu schildern. In diesem Schritt wird noch nicht durch Fragen strukturiert oder fokussiert.

4. *Jetziges Leiden*

Die Beschwerden werden jetzt nacheinander im Detail exploriert. Dabei sind zum Beispiel bei einer Schmerzsymptomatik folgende Fragen zu klären:

- a. Zeitliches Auftreten
- b. Qualität
- c. Intensität
- d. Lokalisation und Ausstrahlung
- e. Begleitzeichen
- f. Intensivierende und lindernde Faktoren
- g. Umstände beim ersten Auftreten

5. *Frühere Erkrankungen / Persönliche Anamnese*

6. *Familienanamnese*

7. *Soziale Anamnese*

Hier soll ein Eindruck von der aktuellen Lebenssituation des Patienten mit den Bereichen Ausbildung / Beruf, Partnerschaft / Familie, Freizeit / soziales Umfeld geschaffen werden.

8. *Psychische Entwicklung*

Grob orientierend sollen hier biografische Stationen abgefragt werden, wobei es ebenso wie im vorigen Punkt darum geht, potenziell krankheitsauslösende Belastungsfaktoren wie psychische Traumatisierungen, Verlusterlebnisse und prägende Lebensereignisse zu erfassen.

In diesem Zusammenhang kann es auch sehr hilfreich sein, dem Patienten den Kurzfragebogen zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität (OHIP-G 14) zum Selbstauffüllen vorzulegen (s. Anhang). Dies kostet nur 2-3 Minuten Zeit und kann als Grundlage für die Abklärung weiterer subjektiver Problempunkte verwendet werden, die im vorausgegangenen Gespräch eventuell noch nicht thematisiert wurden.

Hier schließt sich üblicherweise die zahnärztliche Untersuchung an. Nach Abschluss von Anamnese- und Befunderhebung soll der Patient über Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten informiert und das weitere Vorgehen im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) mit ihm abgestimmt

werden. Dabei ist es wichtig, auf die Reaktionen des Patienten einzugehen und offene Fragen zu klären, damit ein tragfähiger Konsens über das weitere Vorgehen erreicht werden kann.

Eine derart umfassende Anamnese beansprucht Zeit, die aber bei späteren Patientenkontakten leicht wieder „eingespart“ wird, da man den Patienten kennt, vieles nicht mehr fragen muss und leichter und schneller auf ihn eingehen kann.

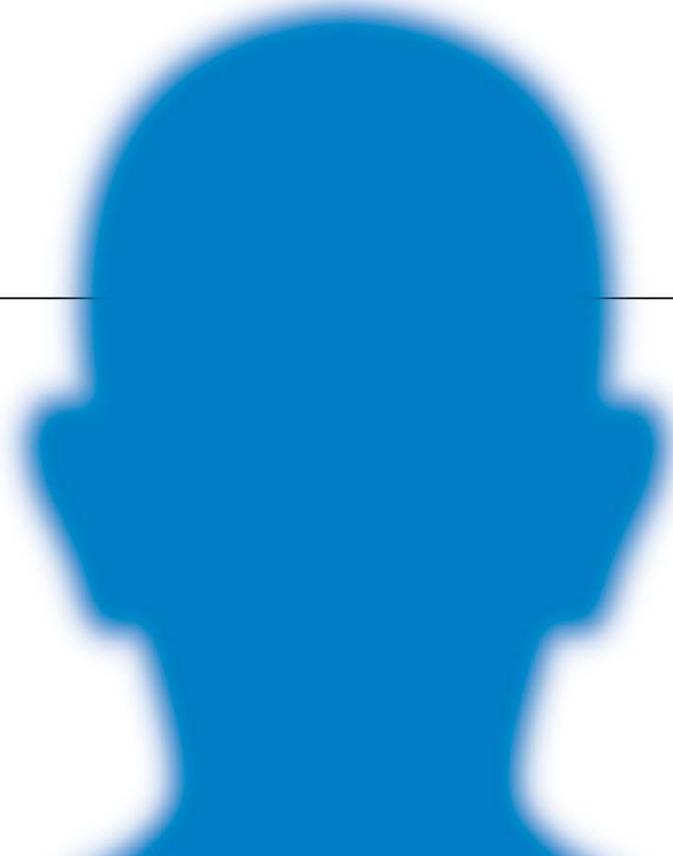
2.3 Strategien der Patientenführung

Es ist wichtig, den Patienten in einfühlsamer Weise über die Natur seiner Erkrankung aufzuklären. Man muss ihn von seinem „somatischen Standort abholen“ und ihm zunächst aufzeigen, dass das Denken, Fühlen und Handeln einen entscheidenden Einfluss auf das eigene körperliche Befinden hat. Wenn beispielsweise Patienten anhand ihrer Parafunktionen oder oralen Muskelverspannungen darüber aufgeklärt werden, dass sie vielleicht die Zähne zusammenbeißen, weil sie eine ihrer Meinung nach schwierige Situation durchstehen müssen, können sie begreifen, dass ihre Beschwerden ein Warnsignal sind, welches einen Denk- und Lernprozess anregen kann, dem sie sich ohne die Beschwerden nicht unterziehen würden. In diesem Zusammenhang tragen typische geflügelte Worte aus dem Volksmund zum besseren Verständnis bei.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass hier die Instruktion des gesamten zahnärztlichen Teams notwendig ist. Nicht selten sind Patienten allein mit einer Zahnärztlichen Fachangestellten, z. B. während der Wartezeit, und erfragen auch hier Hintergrundinformationen zu ihrem Krankheitsbild. Widersprüchliche Informationen innerhalb einer Praxis verunsichern den Patienten und unterstützen ihn in seinem Misstrauen, wenn es im Kern um ein psychosomatisches Krankheitsbild geht.

Psychosomatik

Patientenführung



Dem Patienten sollten psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten (z. B. das Erlernen von Entspannungsverfahren, supportive Therapie zur Krankheitsbewältigung, längerfristige aufdeckende bzw. verhaltensmodifizierende Therapie) aufgezeigt werden. Motivation zur Psychotherapie setzt im Idealfall die Bereitschaft des Patienten voraus, sich oder etwas in seinem Leben verändern zu wollen. Aber auch Patienten, die diese Motivation (noch) nicht mitbringen, können erreicht werden, wenn man einfühlsam ihr Leiden an den Beschwerden anspricht und eine professionelle Unterstützung bei der Bewältigung des Leidens anbietet:

„Es hat sich gezeigt, dass Ihnen im Moment kein Arzt die Schmerzen vollständig nehmen kann, unter denen Sie so zu leiden haben. Unter diesen Umständen müssen wir sehen, was wir tun können, damit Sie mit den Schmerzen so gut es geht leben können. Dabei könnte eine Psychotherapie hilfreich sein, in der Sie sich neue Wege der Schmerzbewältigung erarbeiten können.“

Eine solche oder ähnliche Intervention ermöglicht es, auch Patienten mit einem überwiegend somatisch orientierten Krankheitsmodell für eine (zunächst supportive) Psychotherapie zu motivieren.

2.4 Zusammenarbeit von Zahnärzten mit Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin oder Psychiatrie und Psychotherapie oder auch Psychologischen Psychotherapeuten

Sind die Grenzen der zahnärztlich-psychosomatischen Behandlung erreicht, sollte eine Überweisung zu einem Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie oder einem Psychologischen Psychotherapeuten erfolgen. Für viele andere Fachärzte ist damit „die Sache erledigt“ – der Kollege „übernimmt den Fall“. Nicht so beim Zahnarzt: Hier bleibt

der Patient meist weiter in zahnärztlicher Behandlung. Daher ist eine Kooperation zwischen Zahnarzt und „Psycho-Kollegen“ von besonderer Bedeutung. Es ist jedem Zahnarzt zu empfehlen, mit einigen Fachkollegen eine Kooperation mit wechselseitiger Zuweisung aufzubauen. Dazu gehört auch die gemeinsame Diagnostik und Behandlung von psychosomatischen Patienten und insbesondere Angstpatienten, bei denen die Psychotherapie oft einen Besuch in der Zahnarztpraxis mit einschließt. Da die Fachkollegen nicht in der Lage sind, zahnmedizinische Ursachen körperlicher Beschwerden auszuschließen, sollte vor der Überweisung eine gründliche Ausschlussdiagnostik durchgeführt und die Kollegen über die Befunde informiert werden.

Berufsbilder und -bezeichnungen im Bereich von Psychosomatik, Psychotherapie und Psychiatrie sind für Außenstehende verwirrend, daher sollen hier stichwortartig die wichtigsten Berufsgruppen genannt werden:

- **Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie** (früher FA für Psychotherapeutische Medizin):
Arzt mit Weiterbildung in den Bereichen Psychosomatik und Psychotherapie mit umfangreicher psychotherapeutischer Qualifikation. Kann sowohl längere Psychotherapien als auch psychopharmakologische Behandlung anbieten. Schwerpunkt: Psychosomatische Erkrankungen und psychische Erkrankungen (z. B. Depression, Angst, Persönlichkeitsstörungen).
- **Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie:**
Arzt mit Weiterbildung in den Bereichen Psychiatrie und Psychotherapie. Bietet eher kürzere Psychotherapien und im Wesentlichen biologische (pharmakologische) Behandlungsmaßnahmen an. Schwerpunkt: Schwere psychische Erkrankungen (z. B. Schizophrenien, schwere Depressionen, Manien, Suchterkrankungen).
- **Psychologischer Psychotherapeut:**
Psychologe mit umfangreicher Psychotherapieausbildung und Approbation. Kann je

nach Schwerpunkt (psychodynamisch oder verhaltenstherapeutisch) längere Psychotherapien anbieten aber keine Medikamente verschreiben. Schwerpunkt: Psychische Erkrankungen, die psychotherapeutisch behandelbar sind.

- **Zusatzbezeichnung „Psychotherapie – fachgebunden“:**

Diese kann jeder Facharzt (nicht jedoch ein Zahnarzt) durch eine Weiterbildung erwerben und bei psychosomatischen Patienten seines Faches (z. B. Gynäkologie, Dermatologie etc.) anwenden. Fokussierte psychotherapeutische Kompetenz, bietet eher kürzere Psychotherapien an.

In Deutschland anerkannte Verfahren sind: Psychoanalyse, Tiefenpsychologisch-Fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Diese werden bei entsprechender KV-Zulassung und gegebener Indikation von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Psychosomatik

Krankheitsbilder



Somatoforme Störungen

Chronischer
Gesichtsschmerz

Stress und Parodontitis

Myoarthropathie, CMD

Psychogene Zahnersatz-
unverträglichkeit

Zahnbehandlungsphobie

Zahnbehandlungsangst

Depression

Essstörungen

Somato-psychische
Erkrankungen

Körperdysmorphie
Störung

3. Psychische und psychosomatische Störungen in der Zahnarztpraxis

3.1 Epidemiologie

Rund ein Viertel der Bevölkerung in Deutschland leidet zu einem gegebenen Zeitpunkt ihres Lebens unter einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Da im Unterschied zu Facharztpraxen der Zahnarzt die „Allgemeinbevölkerung“ behandelt, kann man davon ausgehen, dass in der Zahnarztpraxis mindestens 20 %

aller Patienten Beschwerden haben, bei deren Auslösung und Verlauf psychosoziale Faktoren eine relevante Rolle spielen (Komorbidität), oder: dass 20 % der Patienten, die mit Beschwerden in eine Zahnarztpraxis kommen, psychisch beeinträchtigt sind. Diese Zahlen belegen, wie omnipräsent psychosomatische Krankheitsbilder auch in der zahnärztlichen Praxis sind.

3.2 Zahnmedizinisch relevante Krankheitsbilder

Im Folgenden sind beispielhaft für die zahnärztliche Tätigkeit einige relevante Bereiche* aufgeführt, die besondere psychosomatische Relevanz haben:

Allgemeine Probleme	Bewältigung von Angst, Schmerz und Stress
Zahnerhaltung und Parodontologie	Psychische Bewältigung von Zahnerkrankungen bzw. parodontaler Erkrankungen; Einfluss psychischer Faktoren, Stress und Compliance, Prävention, Patientenverhalten
Kieferorthopädie und -chirurgie	Bewältigung angeborener und erworbener Kiefermissbildungen und -anomalien
Prothetik	Bewältigung von Zahnverlust und -ersatz, Prothesenunverträglichkeit
Spezifische Symptome	Übersteigter Würgereflex, Zungenbrennen, Schluckbeschwerden, Geschmacksstörungen, Zahnschäden bei Bulimie usw. Parafunktionen z. B. Bruxismus und deren Folgen (z. B. Myoarthropathien, orofaziale Schmerzen) Kiefergelenkserkrankungen

* Quelle: Modifiziert nach B. Strauss, 1996. Aus Platzgründen werden hier nur die für die zahnärztliche Praxis relevanten Phänomene und Störungsbilder abgehandelt.

3.2.1 Zahnbehandlungsangst / Zahnbehandlungsphobie

Epidemiologie: 60–80 % der Allgemeinbevölkerung geben ein angespanntes Gefühl vor dem Zahnarztbesuch an. Bis zu 20 % zeigen ein Angstempfinden und 5 % vermeiden den Besuch beim Zahnarzt völlig. Sie leiden nach der ICD-10 (F40.2) unter einer Angsterkrankung, der Zahnbehandlungsphobie.

Beschwerdebild: Zahnbehandlungsangst ist der Sammelbegriff für alle psychologischen und physiologischen Ausprägungen eines mehr oder weniger starken, aber nicht krankhaften Gefühls, das bei einer vermeintlichen oder tatsächlichen Bedrohung im Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung oder mit ihr verbundenen Stimuli auftritt. Von dieser ist die krankhafte Zahnbehandlungsphobie abzugrenzen, die als spezifische Phobie zur diagnostischen Gruppe der einfachen Phobien zählt. Neben einem hohen Angstausmaß unterscheidet vor allem die Vermeidung eines regelmäßigen Zahnarztbesuches Patienten mit einer Angsterkrankung von normal ängstlichen Patienten. Als Angst auslösende Stimuli können alle Objekte oder Situationen, die mit der Zahnbehandlung assoziiert sind, fungieren.

Ätiologie: Zahnbehandlungsangst entsteht meist durch das Zusammenwirken mehrerer Faktoren: Die häufigste Ursache stellen traumatische Erlebnisse während der Zahnbehandlung meist schon in der früheren Kindheit dar. Die Unsicherheit, ob während der Behandlung Schmerzen auftreten werden, kann darüber hinaus zu einer Erwartungsangst unterschiedlicher Ausprägung führen. Auch neutrale Reize (z. B. weißer Kittel, Behandlungsstuhl), die in räumlicher Nähe zu einem Schmerz auslösenden Reiz auftreten (z. B. eine Injektion), können über klassische Konditionierung selbst als konditionaler Stimulus Angst auslösend werden. Die Theorie des Modell-Lernens postuliert, dass nicht die Zahnbehandlung selbst, sondern Erzählungen aus dem sozialen Umfeld zu unterschiedlich stark ausgeprägter Zahnbehandlungsangst führen können. Vor allem die Familie ist

entscheidend bei der Entwicklung der Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung beteiligt. An der Entstehung von Zahnbehandlungsangst können darüber hinaus

- der drohende Verlust der Selbstkontrolle und das damit verbundene Gefühl, ausgeliefert zu sein,
- unbekannte und unvorhersehbare Abläufe bei der Zahnbehandlung und
- die biologische Disposition der betroffenen Person, mit Angst zu reagieren, beteiligt sein.

Diagnostik: Eine vollständige Angstdiagnostik realisiert sich durch Beobachtung aller drei Ausdrucksebenen der Angst (Physiologie, Verhalten und psychische Prozesse). Selbstbeurteilungsverfahren (Fragebögen) stellen in Ergänzung zum zahnärztlichen Gespräch eine brauchbare Erfassungsmethode der Angst erwachsener Patienten vor und während der zahnärztlichen Behandlung dar. Die in der Zahnmedizin international am häufigsten eingesetzte Angstskala stellt die englische Dental Anxiety Scale nach Corah dar. Sie besteht aus nur vier Fragen, mit denen der Patient gebeten wird, sich in Situationen zu versetzen und anzugeben, wie ängstlich er sich bei der Vorstellung der Situation fühlt. Der Hierarchische Angstfragebogen (HAF) nach Jöhren (s. Anhang) besteht aus 11 Fragen und unterteilt die Patienten ebenfalls in drei Gruppen: niedrig ängstlich (bis 30 Punkte), mittelmäßig ängstlich (von 31 bis 38 Punkte), hoch ängstlich (>38 Punkte).

Therapie: Die zahnärztliche Therapie von krankhaft ängstlichen Patienten muss von der Forderung bestimmt sein, diese Patienten nach den gleichen zahnärztlichen, therapeutischen Grundsätzen zu behandeln, wie nichtängstliche Patienten. Ergänzend dazu ist die kausale anxiolytische Therapie, deren Ziel es ist, den Patienten zur Aufgabe seines Vermeidungsverhaltens zu bewegen und ihm einen Einstieg in eine dauerhafte zahnärztliche Betreuung zu ermöglichen.

Da nicht alle Methoden dazu gleichermaßen geeignet sind, bietet sich folgende Einteilung an:

- Primär anxiolytische Verfahren
 - medikamentös: Prämedikation, Sedierung
 - nicht medikamentös: Psychotherapeutische Interventionen
- Primär Schmerz reduzierende Verfahren
 - medikamentös: Lokalanästhesie, Narkose
 - nicht medikamentös: Audioanalgesie, Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS), Akupunktur

Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass nur nichtmedikamentöse, primär anxiolytische Verfahren in der Lage sind, die dem Vermeidungsverhalten zu Grunde liegende Zahnbehandlungsangst ursächlich zu therapieren und langfristig abzubauen. Psychotherapeutische Behandlungen stellen damit die Methode der ersten Wahl dar. Folgende Verfahren wurden in der Zahnmedizin bereits klinisch kontrolliert untersucht und zeigten sich erfolgreich: Modell-Lernen, die systematische Desensibilisierung mit Video oder Konfrontation in vivo, reine Entspannungsverfahren, kognitive Verfahren bis hin zu kombinierten Therapieformen. Diese können durch die mitbehandelnden Psychotherapeuten auf eine bis drei Sitzungen begrenzt werden. Ihr Erfolg liegt mittelfristig bei einer Heilung von 70 % der betroffenen Phobiker, wenn sie sich einer solchen psychotherapeutischen Intervention unterziehen.

Behandlungen unter Analgosedierung, Narkose oder mit Prämedikation erlauben zwar eine zahnärztliche Therapie der betroffenen Patienten, jedoch keine Verminderung der Zahnbehandlungsangst oder Heilung der Angsterkrankung. Diese Verfahren sollten daher nur in Ausnahmefällen erfolgen (fehlende Kooperation bei anderen Verfahren, ausgedehnte Eingriffe oder Unverträglichkeit einer Lokalanästhesie).

3.2.2 Psychogene Zahnersatz-unverträglichkeit

Beschwerdebild: Die psychogene Zahnersatz-unverträglichkeit ist der psychischen Erkran-

kung der somatoformen Störungen zuzuordnen (ICD-10: F45.4). Die Erkrankung ist von einer hohen Chronifizierungstendenz gekennzeichnet. Der Begriff der Zahnersatzunverträglichkeit ist missverständlich, weil es sich bei diesem Krankheitsbild nicht um eine Materialunverträglichkeit handelt, auch wenn viele Patienten von diesem Gedanken geradezu besessen zu sein scheinen. Diffuse, weit ausstrahlende Schmerzen, Mundschleimhautbrennen, Geschmacksirritationen, elektrische Phänomene, Schluckbeschwerden, veränderte Speichelmenge und -qualität, oft vergesellschaftet mit weiteren – gleichfalls organisch nicht erklärbaren – körperlichen Symptomen, veranlassen die Patienten und seine Angehörigen zu unermüdlicher Einkerzung somatischer Therapiemaßnahmen, wie z. B. Änderung an oder Neuanfertigung von Prothesen.

Ätiologie: Neben den in Kapitel 3.2.5. abgehandelten ätiologischen Faktoren werden in der Literatur weitere spezifische Einflüsse diskutiert: Adaptationsschwierigkeiten und nicht genügende Information über den Zahnersatz, infolgedessen negative Beurteilung des Zahnersatzes durch den Patienten, gestörte Zahnarzt-Patient-Beziehung, fehlende Unterstützung durch das soziale Umfeld. Eine vorbestehende dysfunktionale Beziehungsgestaltung belastet die Zahnarzt-Patient-Beziehung und damit den Therapieerfolg oft zusätzlich.

Diagnostik: Auch bei diesen Patienten ist im Vorfeld der psychosomatischen Abklärung eine gründliche, somatisch-zahnärztliche Untersuchung (Röntgenbefunde, Funktionsanalyse) unerlässlich. Brennende Sensationen, streng lokalisiert im Bereich der Zungenspitze und allenfalls auf eine Zungenseite ausgedehnt, können durch eine Lagekorrektur des Unterkiefers nach ventral behandelt werden. Nach Experteneinschätzung führt dies bei etwa 20 % der Patienten mit Mundschleimhautbrennen zur Beschwerdeminderung.

Beschreiben Patienten mit partiellen Prothesen deren Wirkungsweise mit der Mechanik einer „Schraubzwinge“ oder mit den Worten „das

sprengt mir den Kiefer auseinander“, sollte man die Verwindungssteifheit transversaler Verbindungselemente überprüfen. Ist diese nicht gewährleistet, wird insbesondere bei Prothesen mit Freiendsätteln unter Kaudruckbelastung das transversale Verbindungselement elastisch deformiert, was im Bereich des Alveolarfortsatzes und der Pfeilerzähne zu massiven Beschwerden führt. In solchen wie in anderen Fällen bei Versorgung mit herausnehmbarem Zahnersatz gibt die Prothesenkarenz unter diagnostischem Aspekt zuverlässige Hinweise.

Systemische Ursachen mit lokaler Symptomatik müssen gleichfalls ausgeschlossen werden. In diesem Zusammenhang muss an Infektionen durch Viren, Bakterien und Pilze gedacht werden. Für weitere, in der Literatur angegebene systemische Ursachen wie hormonelle Störungen, Blutkrankheiten, Vitaminmangelsyndrome, Medikamentennebenwirkungen u. a. konnte bislang in keinem Fall ein eindeutiger Kausalzusammenhang zwischen der oralen Symptomatik und den systemisch somatischen Erkrankungen nachgewiesen werden.

Therapie: Grundsätzlich gilt, dass bis zur fachärztlichen Abklärung der psychosomatischen Störung und während einer Psychotherapie – ungeachtet des oft hohen Leidensdrucks und der im Vordergrund stehenden extremen Beschwerden – nur eindeutig indizierte Maßnahmen bei objektiven, deutlich erkennbaren Befunden durchgeführt werden dürfen (z. B. Pulpitisbehandlung, Druckstellenbeseitigung o. ä.) bzw. möglichst nur reversible Behandlungsmaßnahmen (Schientherapie, Langzeitprovisorien usw.). Gleichzeitig sollte der Patient (so früh wie möglich, aber nur auf der Basis einer tragfähigen Zahnarzt-Patient-Beziehung) auf die Möglichkeit anderer medizinischer, vor allem aber psychosozialer Ursachen hingewiesen werden und im Einverständnis mit dem Patienten eine interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung angestrebt werden. Irreversible Behandlungsmaßnahmen (Beschleifen von Zähnen, Implantate, kostenintensiver und aufwändiger Zahnersatz) sollten im Interesse des Patienten und zur Vermeidung einer weiteren Chronifizierung

abgelehnt werden. Ebenso trägt eine einseitige (rein zahnärztliche und zahntechnische) Beurteilung des Zahnersatzes durch Zahnärzte und Gutachter dazu bei, dass bei dem Patienten der Eindruck unterstützt wird, man müsse nur den Zahnersatz in Ordnung bringen, dann würden die Beschwerden besser werden.

Begleitende physiotherapeutische Maßnahmen können in der Anfangsphase symptomatische Erleichterung bringen, aber ohne die aktive Mitarbeit des Patienten zur Ursachenbeseitigung ist langfristig kein Erfolg zu erzielen. Die Ursachen der psychogenen Prothesenunverträglichkeit liegen vorrangig im psychosozialen Bereich und sollten davon ausgehend interdisziplinär mit Psychotherapeuten oder Psychiatern therapiert werden.

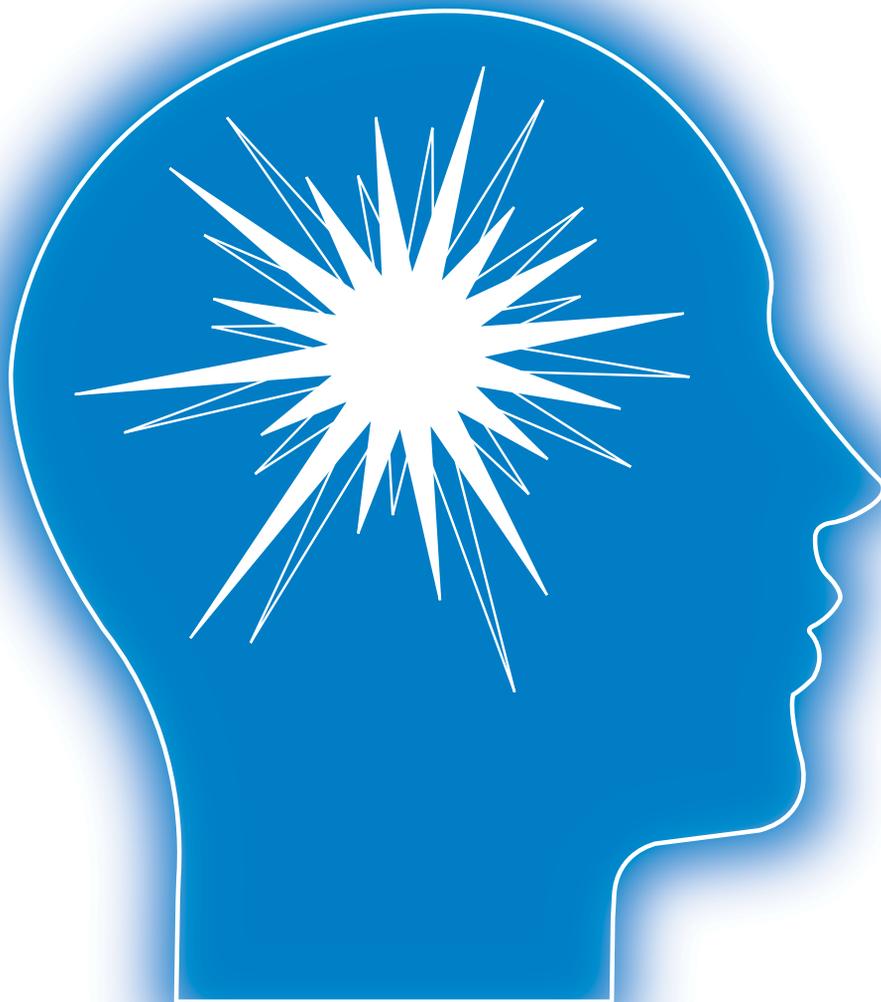
3.2.3 Myoarthropathie, CMD

Epidemiologie: Betroffen sind 8-15 % der Frauen und 3-10 % der Männer. Es besteht eine deutliche Häufung bei den 35-45-Jährigen.

Beschwerdebild: Die Bezeichnung Myoarthropathie des Kausystems ist ein Sammelbegriff für orofaziale funktionelle Störungen und / oder muskulo-skelettale Schmerzen. Schmerzen im Kiefergelenk und der Kaumuskulatur haben den größten Anteil an der Gesamtprävalenz der mit diesem Krankheitsbild assoziierten Schmerzen. Die Beweglichkeit des Unterkiefers kann eingeschränkt sein oder Schmerz verstärkend wirken. Es können – in der Regel schmerzfreie aber eben doch störende – Kiefergelenkgeräusche festgestellt werden. Orale Parafunktionen wie Knirschen und Pressen mit den Zähnen können zu Muskelverspannungen und / oder Zahnhartsubstanzverlusten führen und gelten als Risikofaktoren für das Entstehen des Krankheitsbildes der Myoarthropathie. Als Folge starker Schmerzen und einer auffälligen Chronifizierungstendenz ist das Risiko erhöht, klinisch bedeutsame psychische Störungen zu entwickeln (z. B. Depression).

Psychosomatik

Stress



Ätiologie: Die genaue Pathogenese der Myoarthropathie ist bis heute nicht eindeutig geklärt. Es besteht jedoch Einigkeit darüber, dass es sich um ein Geschehen mit multifaktorieller Genese handelt. So musste insbesondere die lange Zeit gültige monokausal-mechanistische Theorie, dass jede Okklusionsstörung eine schmerzhafte Funktionsstörung zur Folge hat, zugunsten der Annahme verlassen werden, dass neben lokalen (okklusalen) auch organisch-systemische Ursachen und psychosoziale Stressfaktoren als prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren in beliebiger Kombination und pathologischer Intensität diskutiert werden müssen. Die epidemiologischen Daten weisen auf eine alters- und geschlechtsabhängige Einflussnahme hin. Beispiele für krankheitsauslösende soziale Stressfaktoren, die in der Literatur genannt werden, sind Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, familiäre Probleme, Verantwortlichkeit für kranke Angehörige und finanzielle Probleme. Insbesondere den aus Alltagssituationen resultierenden Anforderungen der 35-45-Jährigen wird als Dauerstressoren eine wesentliche Bedeutung beigemessen. Im Sinne von „Zähne zusammenbeißen und durch“ wird diese psychische Anspannung muskulär abgeleitet, wobei der viel diskutierte Zusammenhang zwischen Bruxismus und Myoarthropathie im Sinne eines circulus vitiosus (Muskelanspannung → Schmerz → reflektorische Spannungserhöhung → verstärkter Schmerz) bis heute experimentell nicht belegt ist.

Diagnostik: Im Rahmen des Anamnesegesprächs sind gezielt Schmerzanamnese und allgemeine körperliche Symptome bzw. Krankheiten zu erfassen. Ergeben sich aufgrund der somatischen Untersuchung Hinweise auf Okklusionsstörungen oder orale Parafunktionen, kann unter diagnostischen Aspekten und auch späteren therapeutischen Konsequenzen eine instrumentelle Funktionsanalyse durchgeführt werden.

Therapie: Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs sollte versucht werden, ungünstige Gewohnheiten direkt zu beeinflussen. Aus zahnärztlicher Sicht sind dann zunächst reversible Maßnahmen indiziert, denen gegebenenfalls invasive

(prothetische) Rekonstruktionen folgen, wenn die Primärtherapie im Sinne der Schmerzfreiheit und Funktionsnormalisierung erfolgreich war. Die Therapie eines Kiefergelenkknackens wird bei Schmerzfreiheit eher abgelehnt. Es konnte nachgewiesen werden, dass mit einer reinen Schienenbehandlung eine schnellere aber weniger nachhaltige Schmerzreduktion als mit psychologischen Verfahren (Entspannungsverfahren, Schmerzbewältigungsstrategien, gezielte Übungen zur Körperwahrnehmung) erzielt werden kann. Die Anwendung beider Therapien kombiniert die jeweils positiven Effekte und ist somit empfehlenswert. Eine solche interdisziplinäre Vorgehensweise wird der Multikausalität des Krankheitsbildes gerecht.

3.2.4 Stress und Parodontitis

Epidmiologie: Unter den Erwachsenen der deutschen Bevölkerung leiden rund 15-20 % unter einer so starken Erkrankung des Zahnhalteapparates, dass die Erhaltung vereinzelter Zähne fraglich ist. Eine noch größere Zahl zeigen leichte Schäden am Parodontium.

Ätiologie: Bekannt ist, dass der Hauptgrund für diese Erkrankung plaqueassoziierte Bakterien sind, die je nach genetischer Disposition, allgemeiner Gesundheitssituation (Diabetes, Veränderungen des Immunsystems) und Nikotinabusus zu einer individuell sehr unterschiedlichen Reaktion des Wirtes führen können. Weniger bekannt ist, dass auch Verhaltensstress einen Einfluss auf das Parodontium haben kann. Nicht nur die verstärkte Auslenkung der Zähne beim Knirschen führt bei parodontal wenig resistenten Zähnen zu einem verstärkten Abbau des Knochens, sondern auch die unter Stressbedingungen schlechtere Mundhygiene sorgt für eine vermehrte plaqueassoziierte Gingivitis und ggf. Parodontitis. Darüber hinaus führt der unter Stress nachgewiesene Anstieg des Immunparameters Interleukin 1β zu einer verstärkten Destruktion des Knochens. Dieser Anstieg ist außerdem mit der Menge an vorhandener Plaque assoziiert.

Psychosomatik

Gesichtsschmerz



Therapie: Wenn ein Anhaltspunkt anamnestisch dafür gegeben ist, dass Stress ein Cofaktor für die vorliegende parodontale Erkrankung darstellen könnte, ist es wie bei jeder anderen stress-induzierten Erkrankung sinnvoll, den Patienten über mögliche Zusammenhänge zu informieren und auf Entspannungsverfahren wie die Progressive Muskelentspannung nach Jakobson oder – falls indiziert – Psychotherapie hinzuweisen.

3.2.5 Chronischer Gesichtsschmerz

Beschwerdebild: Chronische Schmerzen im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich stellen eines der komplexesten Probleme in der Zahnarztpraxis dar. Von chronischem Schmerz spricht man, wenn die Schmerzdauer sechs Monate übersteigt. Je nach Ätiologie unterscheiden sich die Schmerzen hinsichtlich Lokalisation, Qualität, Intensität und insbesondere der psychischen Leidensqualität des Betroffenen.

Ätiologie: Bei der Entstehung chronischer Gesichtsschmerzen spielen somatische und psychosoziale Faktoren eine Rolle, wobei diese in unterschiedlichem Ausmaß vorliegen können. Nach Egle und Nickel (2003, siehe Abb. 1) lassen sich fünf Krankheitsentitäten mit unterschiedlicher Ätiologie unterscheiden:

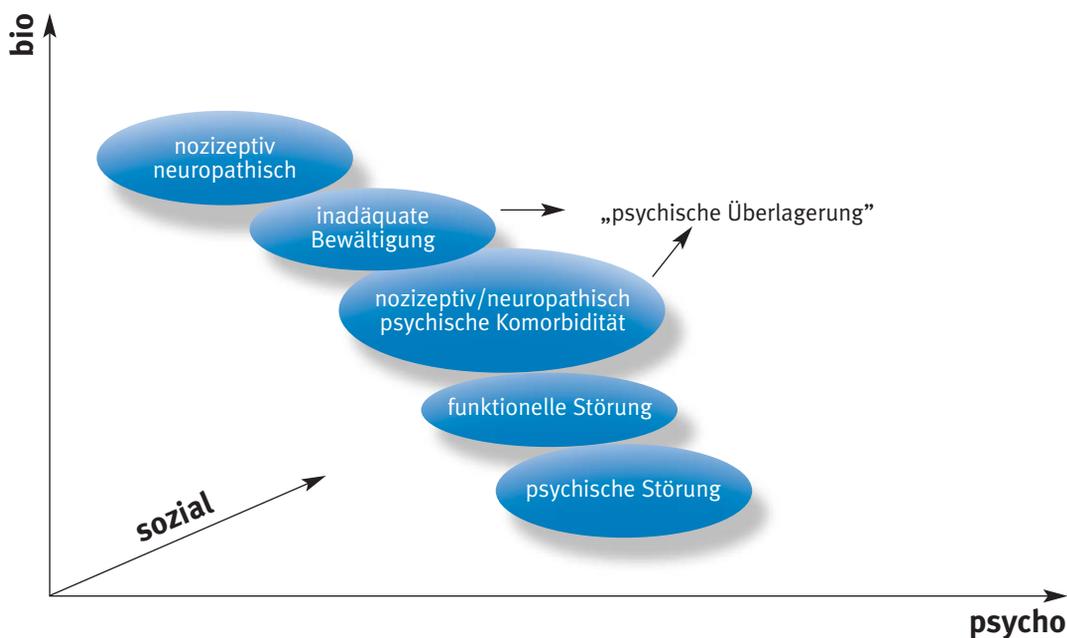
1. Eine körperliche Schädigung im Sinne eines nozizeptiven oder neuropathischen Inputs.
2. Eine nozizeptive bzw. neuropathische Ursache mit maladaptiver Schmerzbewältigung.
3. Eine nozizeptive bzw. neuropathische Ursache bei gleichzeitig bestehender psychischer Erkrankung (Komorbidität, z. B. Depression).
4. Eine funktionelle (psychophysiologische) Schmerzstörung (z. B. CMD).
5. Eine psychische Störung im engeren Sinne (z. B. somatoforme Schmerzstörung).

Bei den Gruppen 2. bis 5. sind psychosoziale Faktoren krankheitsauslösend und verlaufsbe-

stimmend. Sowohl Probleme der Krankheitsbewältigung als auch komorbide Störungen können primär organisch verursachte Schmerzen massiv beeinflussen und zu einer Chronifizierung beitragen. Bei den funktionellen Schmerzstörungen stehen organische und psychosoziale Faktoren schon in der Krankheitsentstehung nebeneinander, wie zum Beispiel bei der CMD. In der 5. Gruppe spielen organische Faktoren nur eine untergeordnete Rolle, wobei am Beginn eines Schmerzgeschehens nicht selten eine schmerzhafteste Zahnbehandlung, eine Verletzung oder ein neuer Zahnersatz stehen kann. Die initial organisch verursachte Schmerzsymptomatik bleibt dann nach Ausheilung der Läsion bestehen. Diese Form des chronischen Schmerzes ohne erklärenden organischen Befund wird von neurologischer Seite als atypischer Gesichtsschmerz (ICD-10: G50.1) und von psychosomatischer Seite als somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) bezeichnet, es dürfte sich aber um dasselbe Krankheitsbild handeln.

Diagnostik: Aus der Komplexität der Ätiologie heraus wird deutlich, dass die Diagnostik bei chronischen Schmerzen immer die psychosoziale Ebene einbezieht – eine biopsychosoziale Anamneseerhebung ist hier von besonderer Bedeutung. Dabei muss die affektiv-kognitive Komponente des Schmerzes und der Schmerzbewältigung erfasst werden, es muss auf eine komorbide psychische Symptomatik geachtet werden (Depression!) und es müssen potenzielle psychosoziale Belastungsfaktoren in der aktuellen Lebenssituation und der Vorgeschichte des Patienten erhoben werden. Wie in Kapitel 1.3. ausgeführt, muss parallel eine differenzierte zahnmedizinische Befunderhebung erfolgen, die z. B. die Palpation der Nervenaustrittspunkte, der Kiefergelenke und der perioralen Muskulatur umfassen muss.

Im Gegensatz zu der unter 1.3. aufgeführten Checkliste für das Vorliegen einer psychosomatischen Störung sprechen folgende Hinweise eher für das Vorliegen ätiologisch relevanter somatischer Faktoren:



Diagnostische Subgruppen bei chronischem Schmerz (nach Egle und Nickel, 2003)

- Deutliche Hinweise auf Parafunktionen wie Schlißfacetten und / oder Abrasionen und / oder keilförmige Defekte. Beides scheint als Cofaktor für die Chronifizierung zu dienen.
- Impressionen der Zähne an Zunge und / oder Wangen.
- Weichteilfehlfunktionen und Habits anderer Art (Kaugummikauen, Nägelbeißen, falsches Schlucken und Sprechen).
- Abgesunkene Vertikaldimension; Auftreten von sogenannten Faulecken (Mb. Perleche).
- Muskelhartspann, Myogelosen im Bereich der perioralen Muskulatur, Schmerzen während der Kaufunktion.
- Ausstrahlende Schmerzen im Bereich der Kiefergelenke, die teilweise provozierbar sein können.

Eine interdisziplinäre Diagnostik ist bei chronischen Schmerzen in den meisten Fällen indiziert. Dabei werden am häufigsten die folgenden Disziplinen einbezogen:

Neurologie: Diagnostik eindeutig definierter und durch den klinischen Befund klar abgrenzbarer nervlicher Veränderungen, z. B. Trigeminus-, Glossopharyngeus- und Vagusneuralgie (Paratrigeminales Syndrom), Gradenigo-Syn-

drom, Tolosa-Hunt-Syndrom, Arteriitis temporalis.

Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde: Seitens der HNO muss ausgeschlossen werden, ob der mit 37 % im Rahmen einer craniomandibulären Dysfunktion auftretende Ohrenschermer (Otalgie) primär auf eine Ohrenerkrankung (z. B. Otitis media) zurückzuführen ist.

Orthopädie: Muskuläre Beschwerden der perioralen Muskulatur können auch bei Vorliegen von pathologischen Veränderungen im Bereich der Schultergürtelpartie und der Wirbelsäule, hier insbesondere der Halswirbelsäule verursacht werden.

Psychosomatik: Besteht der Verdacht auf eine relevante Beteiligung psychosozialer Faktoren am Schmerzgeschehen, ist eine psychosomatisch-psychotherapeutische Diagnostik und Beratung zur ätiologischen Klärung und Einleitung einer Psychotherapie indiziert.

Therapie: Ursachenbeseitigung im stomatognathen System und / oder interdisziplinäre Behandlung in Kooperation mit den angrenzenden Fachgebieten. Liegen psychische Symptomatik / Stö-

rung oder relevante psychosoziale Belastungsfaktoren vor, ist eine Psychotherapie indiziert.

3.2.6 Somatoforme Störungen

Beschwerdebild: Charakteristisch ist laut ICD-10 „die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind.“ Unter Umständen sind körperliche Befunde zu erheben, diese erklären jedoch nicht „die Art und das Ausmaß der Symptome oder das Leiden und die innere Beteiligung des Patienten.“ Als Folge des oft verfestigten somatischen Krankheitsmodells der Patienten betreiben viele von ihnen ein Doctor hopping, in der Hoffnung, dass der wahre (körperliche) Grund der Beschwerden doch noch gefunden und behandelt werden könnte.

Ätiologie: Am Beginn der Erkrankung kann eine organisch begründbare akute Schädigung stehen (z. B. Zahnextraktion), es finden sich aber auch belastende Lebensereignisse oder psychosoziale Schwierigkeiten und Konflikte als Auslöser. Psychosoziale Faktoren (Persönlichkeit und Lebenssituation) sind wesentlich bei der Aufrechterhaltung und Chronifizierung der Beschwerden beteiligt.

Diagnostik: Charakteristisch ist die Diskrepanz von Befund und Befinden. Eine gründliche organmedizinische Diagnostik ist durchzuführen. Dennoch ist es bei negativem Untersuchungsbefund häufig auf Anhieb nicht möglich, die ätiologisch relevanten psychosozialen Faktoren zu identifizieren.

Therapie: Aus zahnmedizinischer Sicht ist es in erster Linie wichtig, keine invasive Behandlung ohne eine eindeutige Indikation durchzuführen, da dies häufig zu einer Befundverschlechterung und Chronifizierung führt.

3.2.7 Depression

Beschwerdebild: Die typischen Symptome einer Depression sind nach ICD-10 gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs, Ermüdbarkeit, Aktivitätseinschränkung, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, in Gedanken oder real erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen, Schlafstörungen, verminderter Appetit, Libidoverlust. Aus zahnärztlicher Sicht ist es von Bedeutung zu wissen, dass psychosomatische Beschwerden im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich durch eine Depression ausgelöst oder aufrechterhalten werden können (z. B. Gesichtsschmerz, Burning Mouth Syndrome).

Ätiologie: Die Ursachen der Depression sind vielfältig, dabei mischen sich genetische Faktoren mit biografischen Einflüssen und aktuellen Lebensereignissen je nach Depressionsform in unterschiedlicher Weise.

Diagnostik: Meist teilt sich die Depression des Patienten bereits nonverbal mit, die gedrückte Stimmung wird spürbar. Im zahnärztlichen Gespräch sollten dann die oben genannten Symptome abgefragt werden, wobei die Exploration der Suizidalität von weitreichender Bedeutung ist.

Therapie: Die Behandlung der Depression erfolgt psychiatrisch und psychotherapeutisch; je nach Depressionsform steht dabei die Psychotherapie oder die medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva oder Phasenprophylaktika (z. B. Lithium, Carbamazepin) im Vordergrund. Bei schweren Depressionen bzw. akuter Suizidalität ist eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung indiziert.

3.2.8 Essstörungen

Beschwerdebild: Von zahnärztlicher Relevanz sind aus der Gruppe der Essstörungen die An-

Psychosomatik

Depression



orexia nervosa und die Bulimia nervosa, da es hier zum einen durch häufiges Erbrechen und zum anderen durch Mangelernährung zu einer Zahnschädigung (vor allem Erosionen) kommen kann.

Die Anorexia nervosa (ICD-10: F50.0) zeichnet sich durch ein stark vermindertes Körpergewicht aus. Der Gewichtsverlust wird durch Nahrungseinschränkung, selbst induziertes Erbrechen oder Abführen, übertriebene körperliche Aktivitäten und Gebrauch von Appetitzüglern, Laxantien und / oder Diuretika herbeigeführt. Es besteht eine Körperschemastörung, d. h. die Betroffenen erleben sich trotz Untergewichtes als zu dick. Häufig besteht eine Amenorrhoe bzw. eine verzögerte Pubertätsentwicklung bei Jugendlichen.

Bei der Bulimia nervosa (ICD-10: F50.2) besteht eine ähnliche Symptomatik wie bei der Anorexie, allerdings kommt es regelmäßig zu Essattacken, bei denen in kurzer Zeit große Mengen meist hochkalorischer Nahrung aufgenommen werden, die anschließend häufig wieder erbrochen wird. Das Gewicht der Betroffenen ist meist normal oder leicht unterhalb der Norm.

Ätiologie: Man geht von einer genetischen Disposition von unterschiedlichem Ausmaß aus, darüber hinaus spielen psychosoziale Faktoren eine bedeutende Rolle. Der Erkrankungsbeginn liegt meist in der Jugend bzw. Adoleszenz, wobei Konflikte in der Herkunftsfamilie, aber auch soziale Einflüsse („Schlankheitsideal“) ätiologisch relevant sind.

Diagnostik: Der Verdacht auf das Vorliegen einer Essstörung ergibt sich für den Zahnarzt üblicherweise aus der charakteristischen erosiven Schädigung der Zahnschmelze und / oder dem massiven Untergewicht des Patienten. Im Verdachtsfall soll behutsam die Symptomatik exploriert werden.

Therapie: Vor allem anorektische Patienten zeigen oft eine schlechte Krankheitseinsicht und wehren sich gegen eine Behandlung. Aufklärung und Diagnosevermittlung brauchen daher Geduld und Fingerspitzengefühl. Die Behand-

lung ist primär psychotherapeutisch und zusätzlich ggf. psychopharmakologisch. In schwereren Fällen und vor allem bei extremem Gewichtsverlust ist eine stationäre Behandlung indiziert.

3.2.9 Somatopsychische Erkrankungen

Beschwerdebild: Ein nicht zu unterschätzender Teil von schwer körperlich kranken Patienten (z. B. Tumorpatienten) zeigt Probleme bei der Krankheitsbewältigung (ICD-10: F54). Das Beschwerdebild kann sich in unterschiedlicher Weise darstellen: Art und Schwere der Erkrankung können verleugnet werden, eine adäquate Behandlung kann vermieden werden, es kann ein sozialer Rückzug erfolgen, Resignation und Hoffnungslosigkeit können auftreten und es können depressive Anpassungsstörungen auftreten. Wichtig ist, in diesem Zusammenhang zweierlei zu erkennen:

1. die psychische Symptomatik ist eine Folge der somatischen Erkrankung und
2. durch die Bewältigungsstörung (Copingproblematik) kommt es zu einer Beeinträchtigung der ärztlichen Behandlung.

Therapie: Die Therapie reicht je nach Schwere der Bewältigungsstörung von stützenden (zahn-)ärztlichen Gesprächen über Kurzpsychotherapien bis hin zu längeren Psychotherapien, u. U. mit begleitender antidepressiver Medikation.

3.2.10 Körperdysmorphe Störung

Beschwerdebild: Bei dieser Störung besteht eine übermäßige Beschäftigung mit einem objektiv nicht vorhandenen Mangel in der körperlichen Erscheinung, besonders bezogen auf das Gesicht (z. B. Zähne, Lippen, Mund, Falten, Hautflecken, Form der Nase, Augenbrauen). Die Patienten erleben sich selbst als unattraktiv, entstellt oder hässlich. Die Betroffenen sind oft stundenlang damit beschäftigt, ihre „Entstellung“ vor dem Spiegel zu überprüfen und isolieren sich sozial nicht selten in extremer Weise,

wobei sie soziale Beziehungen und ihren Arbeitsplatz verlieren. Der früher gebräuchliche Begriff „Dysmorphophobie“ ist inhaltlich nicht korrekt, da die Patienten ihre Angst vor dem Entstelltsein nicht als unsinnig oder übertrieben erleben, sondern von der Realität des körperlichen Mangels bis hin zur Wahnhaftigkeit überzeugt sind. In der ICD-10 wird diese Erkrankung der hypochondrischen Störung (F45.2) zugeordnet.

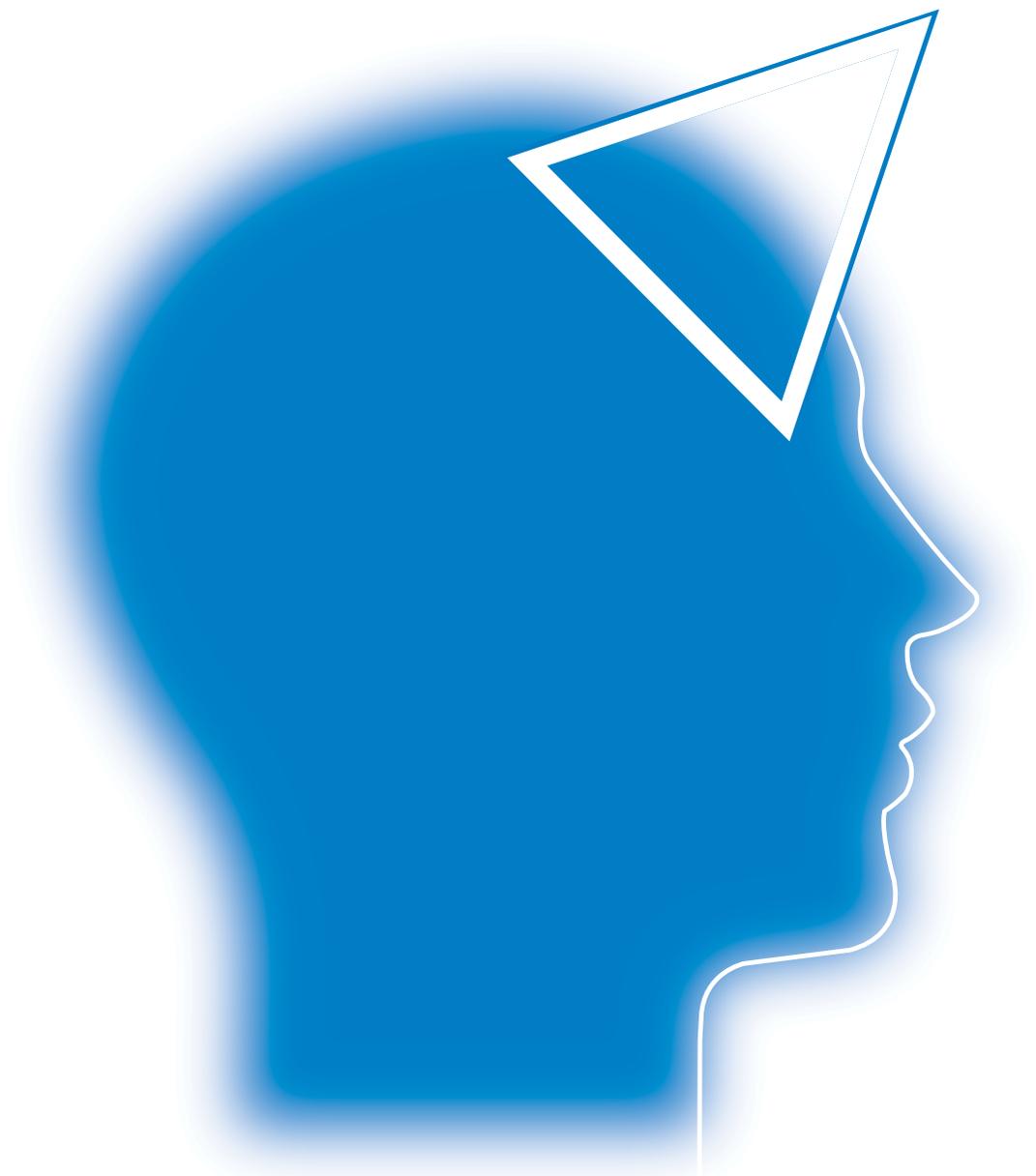
Diagnostik: In der zahnärztlichen Praxis fallen diese Patienten auf, wenn sie sich intensiv für bestimmte Veränderungen ihres Gebisses oder Gesichtes einsetzen. An die Wünsche nach besonders weißen Zähnen, die Drehung eines vermeintlich schief stehenden Zahnes, Lippen- oder Nasenkorrekturen oder Facelifting sind Bedürfnisse nach perfekter Attraktivität, beglückender Partnerschaft und / oder beruflichem Erfolg gekoppelt. Da diese Bedürfnisse durch die Korrekturen nicht erfüllt werden können, werden die Eingriffe als Misserfolg oder Pfusch bewertet. Dabei ist es nicht immer leicht, die Grenze zwischen berechtigten und unberechtigten, zwischen Machbarem und unerfüllbaren Verbesserungswünschen zu ziehen.

Ätiologie: Oft tritt die Störung im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen wie Depression, wahnhafte Störung, Schizophrenie, soziale Phobie oder Zwangsstörung auf. Sie kann aber auch isoliert bestehen, dann spielen Körperbildstörungen, Selbstunsicherheit, Verlust des Kontaktes zu sich selbst, Minderwertigkeitsgefühle und gegen sich selbst gerichtete Aggressionen eine ursächliche Rolle.

Therapie: Eine invasive zahnmedizinische Behandlung ohne medizinische Indikation führt bei diesen Patienten nicht zum Erfolg und ist kontraindiziert. Meist ist eine kombinierte psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung notwendig, wobei dem Zahnarzt die anspruchsvolle Aufgabe zufällt, den Patienten über seine Erkrankung behutsam aufzuklären und zu einer adäquaten Therapie zu motivieren.

Psychosomatik

Empfehlungen



4. Der psychosomatische Patient in der Zahnarztpraxis

4.1 Empfehlungen für die tägliche Praxis

Aus den bisherigen Ausführungen wird ersichtlich, dass psychisch und psychosomatisch kranke Patienten besondere Anforderungen an den Zahnarzt stellen. Oft ist er weniger in seiner zahnmedizinischen Kompetenz, sondern vielmehr als biopsychosozialer Diagnostiker, als Beziehungspartner für den Patienten und als Kooperationspartner in einem Netzwerk aus Zahnärzten, Ärzten und Psychotherapeuten gefordert. Natürlich ist es für den Zahnarzt unerlässlich, Grundlagen der Psychosomatik und der zahnärztlichen Gesprächsführung (wie sie in diesem Leitfaden zusammengefasst sind) zu kennen. Darüber hinaus sollten einige wichtige Grundregeln beachtet werden, um Fehldiagnosen, Fehlbehandlungen, Unzufriedenheit bei Patient und Zahnarzt sowie im Extremfall juristische Auseinandersetzungen zu vermeiden.

- **Zeit nehmen.** Ein erfahrener Zahnarzt erkennt viele psychosomatisch kranke Patienten auf den ersten Blick. Versucht er allerdings, dies dem Patienten sofort in Form einer Überweisung zum Psychiater oder Psychotherapeuten mitzuteilen, wird er Schiffbruch erleiden. Es ist daher unumgänglich, mit dem Patienten ein längeres biopsychosoziales Anamnesegespräch zu führen und dabei eine tragfähige Zahnarzt-Patient-Beziehung aufzubauen.
- **Information und Aufklärung.** Es ist wichtig, psychosomatische Patienten über die Art und – soweit möglich – Entstehung ihrer Erkrankung aufzuklären. Die Information, dass das Krankheitsbild bekannt ist, auch andere Menschen darunter leiden und dass es eine Behandlungsmöglichkeit dafür gibt, ist für

die meisten Patienten enorm entlastend. Vorsicht ist geboten bei der Äußerung von Verdachtsdiagnosen wie z. B. Materialunverträglichkeit / Allergie / Vergiftung; diese sind selten und daher unwahrscheinlich. Einmal geäußert, klammert sich ein Patient daran und fordert immer weitere (unnötige) diagnostische Schritte und Behandlungen.

- **Behutsame Überweisung.** Eine „Psychodiagnose“ von einem Zahnarzt zu erhalten und zu einem Psychiater oder Psychotherapeuten überwiesen zu werden, ist für viele Patienten unerwartet und zunächst oft erschreckend und belastend. Das Gelingen der Überweisung setzt eine tragfähige Zahnarzt-Patient-Beziehung und eine gründliche Aufklärung voraus. Gegebenenfalls kann es für den Patienten leichter sein, zu einer „mental- oder psychologischen Unterstützung bei der Stressbewältigung“ als zu einer Psychotherapie oder zum Psychiater überwiesen zu werden.
- **Gründliche organmedizinische Diagnostik.** Nicht selten erhalten psychosomatische Patienten keine ausreichende somatische Diagnostik, weil schon alles klar erscheint. Auf diese Weise können relevante Befunde übersehen werden – ein Patient kann „Läuse und Flöhe“ haben! Deshalb sollte man bei diesen Patienten besonders darauf achten, keine sonst üblichen diagnostischen Prozeduren zu unterlassen.
- **Nicht überdiagnostizieren.** Sind alle notwendigen diagnostischen Schritte absolviert, sollte man sich nicht vom Patienten zur Wiederholung drängen lassen. Diese kosten unnötig Geld und fixieren beim Patienten ein somatisches Krankheitsverständnis („Wenn der Doktor mich untersucht, muss er ja auch denken, dass da noch etwas ist“).

- **Zahnmedizinische Behandlung nur bei eindeutiger Indikation.** Eine nicht indizierte invasive Behandlung führt bei psychosomatischen Patienten oft zu iatrogenen Schädigungen. Nicht selten ist es schwer, sich dem Behandlungswunsch des Patienten zu widersetzen. Gibt man allerdings dennoch nach und extrahiert einen gesunden Zahn oder ersetzt eine intakte Prothese, führt dies fast regelhaft zu Misserfolg, trägt zur Chronifizierung der Störung bei, hinterlässt unzufriedene Patienten und zieht u. U. juristische Konsequenzen nach sich. Nicht nur aus diesem Grund sollte bei diesen Patienten eine detaillierte Dokumentation von Befund, Diagnose, Therapieplanung, Aufklärung des Patienten, Behandlung und deren Ergebnis erfolgen.
- **Kooperation.** Psychosomatisch erkrankte Patienten müssen in der Regel interdisziplinär behandelt werden. Jeder Zahnarzt sollte psychotherapeutische Kooperationspartner haben, die er persönlich kennt und mit denen er ein gemeinsames Behandlungskonzept für den Patienten entwickeln kann. Dies nützt dem Patienten und dem Zahnarzt, denn der Patient wird ja jenseits seiner psychosomatischen Störung auch in Zukunft zahnmedizinische Behandlung benötigen und daher wiederkommen.

4.2 Grenzen der zahnärztlich-psychosomatischen Behandlung

Psychosomatische Störungen können nicht durch eine zahnärztliche Behandlung (allein) geheilt werden. Durch das zahnärztliche Gespräch und ein diagnostisch-psychosomatisches Know-how sollten sie jedoch vom Zahnarzt erkannt werden. Psychosoziale Belastungen und Probleme der Krankheitsbewältigung sowie leichte und vorübergehende psychopathologische Symptome (z. B. eine reaktive Depression nach Trennung vom Partner) können aber durchaus vom Zahnarzt aufgefangen werden. Hierzu reicht oft ein (oder mehrere) vertieftes, Anteilnehmendes Gespräch oder – bei entsprechender

Kompetenz – eine allgemeine psychotherapeutische Interventionen analog zur ärztlichen psychosomatischen Grundversorgung. Darüber hinaus besitzen einige Zahnärzte bereits spezielle psychosomatisch-psychotherapeutische Qualifikationen, z. B. für die Behandlung der Zahnbehandlungsphobie oder Entspannungsverfahren. Die Grenzen liegen jedoch dort, wo der Patient aufgrund einer psychischen oder psychosomatischen Störung eine Fachpsychotherapie benötigt. Sobald eine vertiefte Diagnostik oder spezifische psychotherapeutische Kompetenz vonnöten ist, sollte der Zahnarzt den Patienten zum entsprechenden Facharzt oder Psychotherapeuten überweisen.

4.3 Krisenintervention bei Suizidgefahr

Einen Sonderfall für die interdisziplinäre Kooperation stellt die akute Suizidalität in der Zahnarztpraxis dar. Suizidalität wird im Anamnesegespräch oder bei späteren Patientenkontakten im Wesentlichen auf zwei Arten deutlich:

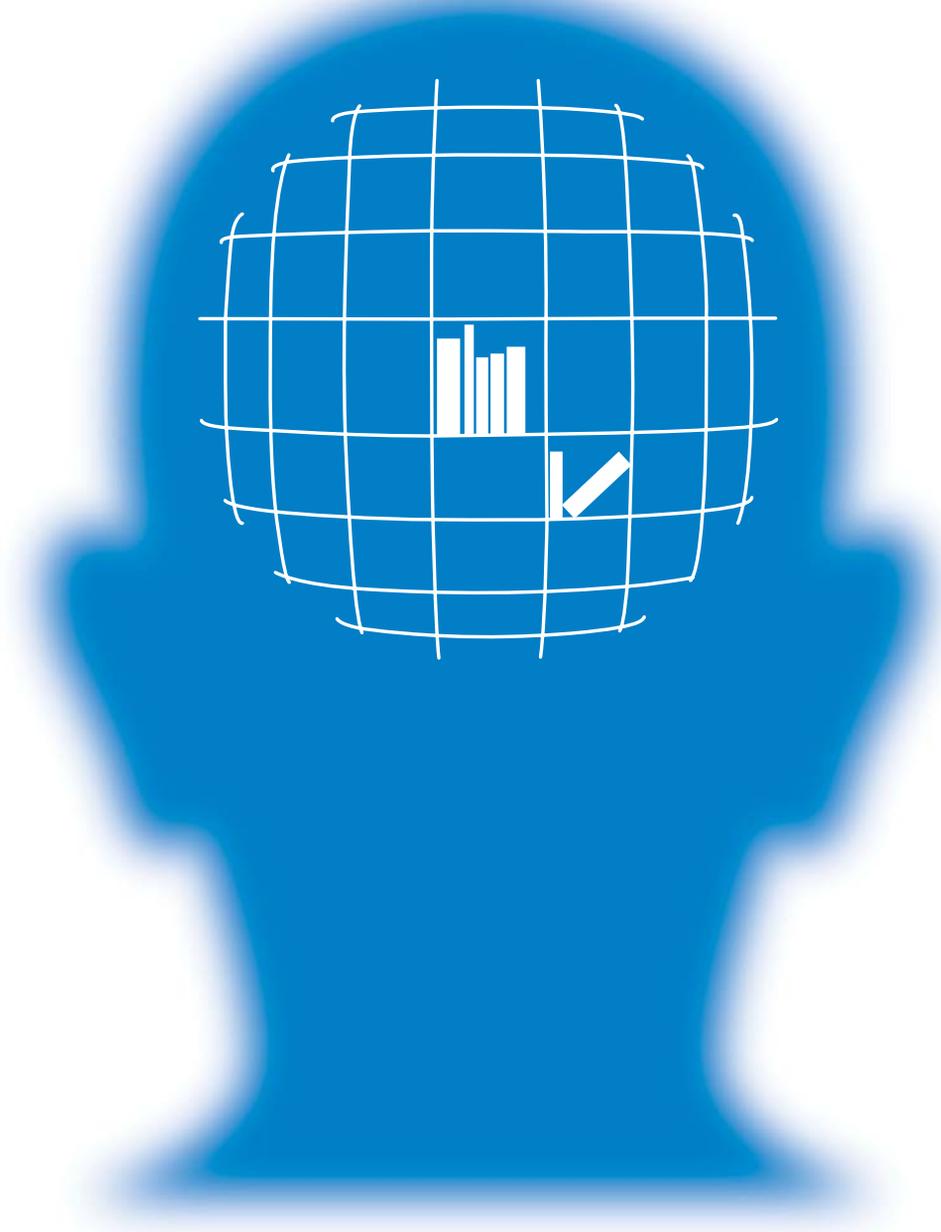
1. Der Patient gibt direkte Hinweise auf Suizidgedanken oder –pläne. Diese können u. U. verschlüsselt sein oder in einem Nebensatz verborgen. Zum Beispiel:
„Die Schmerzen sind so schlimm, da habe ich manchmal gar keine Lust mehr.“
„Im Moment habe ich allen Lebenswillen verloren.“
„Manchmal habe ich gar keine Hoffnung mehr.“
2. Der Patient zeigt Symptome einer Depression, wirkt beispielsweise traurig, bedrückt und freudlos, geht nicht mehr unter Menschen, berichtet von Konzentrationsstörungen, Antriebsminderung und Durchschlafstörungen.

In beiden Fällen muss die Suizidalität angesprochen werden. Die Annahme, man könnte einen Menschen durch das Thematisieren von Suizidalität erst auf den Gedanken bringen, sich selbst etwas anzutun, ist erwiesenermaßen falsch. Im Gegenteil, die Möglichkeit, sich zu

offenbaren, bringt vielen Patienten eine Erleichterung, außerdem ist die Diagnose der Suizidalität die Voraussetzung für die möglicherweise lebensrettende Behandlung.

Psychosomatik

Literatur



5. Schlussbemerkung und Literaturempfehlung

Die Beschäftigung mit der im Leitfaden dargestellten Thematik kann natürlich nicht garantieren, dass psychosomatische Beschwerden immer rechtzeitig erkannt werden. Dieser Leitfaden versteht sich als eine erste Einführung in psychosomatische Grundlagen und eine Reihe von Krankheitsbildern, die bis heute im zahnmedizinischen Studium gar nicht oder nicht ausreichend vermittelt werden. Letztlich sollte eine fundierte Ausbildung in diesem Bereich bereits im Studium beginnen, und auch postgraduiert psychologische Kompetenz und Grundkenntnisse der Psychosomatik beinhalten. In der Praxis sind vor allem die diagnostischen, aber auch die kommunikativen Fähigkeiten des gesamten zahnärztlichen Teams gefordert. Kommunikative Fähigkeit nicht zuletzt deshalb, weil Patienten nur ungern den für sie nahe liegenden und bequemen kausalen Zusammenhang zwischen den wahrgenommenen Beschwerden und der angenommenen somatischen Ursache zu Gunsten einer für sie nicht spontan nachvollziehbaren psychosomatischen Ursache aufgeben.

Der Leser wird nach der Beschäftigung mit dem Leitfaden ggf. den Wunsch haben, weiter in die Thematik einzusteigen. Aus diesem Grund soll durch eine begrenzte Literaturempfehlung die Möglichkeit gegeben werden, sich mit der einen oder anderen Thematik intensiver auseinanderzusetzen:

Dahmer H, Dahmer J (2003):

Gesprächsführung – Eine praktische Anleitung
Stuttgart: Thieme Verlag

Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA (2003):

Handbuch Chronischer Schmerz
Stuttgart: Schattauer Verlag

Ermann M, Frick E, Kinzel C, Siedl O (2006):

Einführung in die Psychosomatik und Psychotherapie. Ein Arbeitsbuch für Unterricht und Eigenstudium
Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Hoffmann SO, Hochapfel G (2004):

Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin
Stuttgart: Schattauer Verlag

Jöhren P, Sartory P (2002):

Zahnbehandlungsangst und Zahnbehandlungsphobie
Hannover: Schlütersche Verlag

Köllner V, Broda M (Hrsg.) (2005):

Praktische Verhaltensmedizin
Stuttgart: Thieme Verlag

Meyer AE et al. (Hrsg.) (1996):

Jores Praktische Psychosomatik: Einführung in die Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin
Bern: Hans Huber Verlag

Darüber hinaus wurde durch den Arbeitskreis Psychologie und Psychosomatik in der DGZMK ein Curriculum „Psychosomatische Grundkompetenz“ auf den Weg gebracht, das in Kooperation mit der Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) realisiert wurde, und allen Interessierten offen steht.

HAF

Fragebogen¹⁾ zur hierarchischen Angsterfassung

Bitte stellen Sie sich die oben genannten Situationen in Ruhe vor. Dann kreuzen Sie bitte Ihre entsprechende Empfindung auf dem Fragebogen an.

	entspannt (1)	unruhig (2)	an- gespannt (3)	ängstlich (4)	krank vor Angst (5)
Wie fühlen Sie sich bei dem Gedanken, Sie müssten morgen zum Zahnarzt?					
Sie sitzen im Wartezimmer und warten darauf, aufgerufen zu werden. Wie fühlen Sie sich?					
Stellen Sie sich vor, Sie betreten das Behandlungszimmer und riechen den typischen Geruch.					
Sie liegen auf dem Behandlungsstuhl und der Zahnarzt betritt das Zimmer.					
Zusammen schauen Sie sich die Röntgenaufnahmen an und besprechen, was zu tun ist.					
Wie fühlen Sie sich, wenn man Ihnen erklärt, dass jetzt gleich Zahnstein entfernt wird?					
Er erklärt Ihnen, dass Sie eine Karies haben und dass er diese jetzt behandeln will.					
Er verändert die Stellung des Stuhles und bereitet eine Spritze vor.					
Stellen Sie sich vor, Sie hören das typische Geräusch eines Bohrers, wie fühlen Sie sich?					
Der Zahnarzt erklärt Ihnen, dass die Karies zu tief ist und der Zahn entfernt werden muss.					
Ein Weisheitszahn soll bei Ihnen entfernt werden, die Spritze wurde bereits gesetzt. Der Zahnarzt nimmt das Skalpell auf.					

¹⁾ Quelle: Jöhren, 1999

OHIP-G 14

Fragebogen²⁾ zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität

Bitte prüfen Sie für jede der folgenden Aussagen, wie sehr die beschriebene Situation für Sie persönlich zutrifft. Kreuzen Sie bitte für jede Aussage eine Zahl an.

Hatten Sie im vergangenen Monat aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz ...	sehr oft (4)	oft (3)	ab und zu (2)	kaum (1)	nie (0)
Schwierigkeiten bestimmte Worte auszusprechen?					
das Gefühl, Ihr Geschmackssinn war beeinträchtigt?					
den Eindruck, dass Ihr Leben ganz allgemein weniger zufriedenstellend war?					
Schwierigkeiten zu entspannen?					

Ist es im vergangenen Monat aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz vorgekommen, ...

dass Sie sich angespannt gefühlt haben?					
dass Sie Ihre Mahlzeiten unterbrechen mussten?					
dass es Ihnen unangenehm war, bestimmte Nahrungsmittel zu essen?					
dass Sie anderen Menschen gegenüber eher reizbar gewesen sind?					
dass es Ihnen schwergefallen ist, Ihren alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen?					
dass Sie vollkommen unfähig waren, etwas zu tun?					
dass Sie sich ein wenig verlegen gefühlt haben?					
dass Ihre Ernährung unbefriedigend gewesen ist?					

Hatten Sie im vergangenen Monat ...

Schmerzen im Mundbereich?					
ein Gefühl der Unsicherheit in Zusammenhang mit Ihren Zähnen, Ihrem Mund oder Ihrem Zahnersatz?					

²⁾ Quelle: Slade und Spencer, 1994; John, Micheelis und Biffar, 2004

HAF: Die Fragen sollen vom Patienten selbstständig beantwortet werden. Die Beantwortung nimmt in der Regel weniger als 2-3 Minuten in Anspruch. Der Hierarchische Angstfragebogen (HAF) besteht aus 11 Items, die zwei verschiedene Situationen erfassen: Fragen 1-5 erfassen als Antizipationsphase die Angst im Vorfeld einer Behandlung, die Fragen 6-11 erfassen als zweite Einheit die Angst vor bestimmten Behandlungssituationen. Die sechs am häufigsten als angsteinflößend angegebenen Behandlungssituationen sind hierarchisch angeordnet. Jede Frage kann von minimal einem Punkt für „entspannt“ bis maximal fünf Punkten für „krank vor Angst“ bewertet werden, so dass sich ein Range von 11 Punkten für „überhaupt nicht ängstlich“ bis 55 Punkten für „maximal ängstlich“ ergibt. Der HAF unterteilt die Patienten in drei Gruppen: Gruppe 1 „niedrig ängstlich“ bis 30 Punkte. Gruppe 2 „mittelmäßig ängstlich“ mit 31 bis 38 Punkten und Gruppe 3 „hoch ängstlich“ mit mehr als 38 Punkten. Die Diagnose „Zahnbehandlungsphobie“ ergibt sich aus einem Angstscore von über 38 Punkten bei gleichzeitiger anamnestischer Vermeidung der Zahnbehandlung.

OHIP: Die Fragen sollen vom Patienten selbstständig beantwortet werden. Die Beantwortung nimmt in der Regel weniger als 2-3 Minuten in Anspruch. Einen ersten visuellen Überblick zum Niveau eingeschränkter mundgesundheitsbezogener Lebensqualität gewinnt man, indem man die Antworten mit dem Eindruck, den man bei ähnlichen Patienten in seiner Praxis hatte, vergleicht. Eine genaue Auswertung erhält man, indem die 14 Fragen mit ihrer Häufigkeitsangabe („nie“ = 0, „kaum“ = 1, „ab und zu“ = 2, „oft“ = 3 und „sehr oft“ = 4) zu einem Gesamtwert aufsummiert werden. Dieser Wert kann von 0 (alle Fragen mit „nie“ beantwortet) bis 56 (alle Fragen mit „sehr oft“ beantwortet) reichen. Zur Interpretation dieses Gesamtwertes gibt es Referenzwerte. Diese Referenzwerte erlauben eine Bewertung eines individuellen Patienten mit nichtbehandlungssuchenden Vergleichspersonen aus der Durchschnittsbevölkerung. Solche „typischen“ Summenwerte sind beispielsweise 0 für Personen ohne abnehmbaren Zahnersatz, d. h. gewöhnlich geben diese Personen keine Probleme an, ein Gesamtwert von 4 für Personen mit abnehmbaren Teilprothesen und ein Gesamtwert von 6 für Patienten mit Totalprothesen.

Herausgeber	Bundeszahnärztekammer (BZÄK) Ausschuss Präventive Zahnheilkunde der BZÄK
Redaktionelle Bearbeitung	Dr. Sebastian Ziller MPH, Bundeszahnärztekammer Dr. Wolfgang Micheelis, Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)
Gesamtgestaltung	Reiner Wolfgardt, Kommunikationsdesign

LEITFADEN DER BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER