

Vom Kennen und Erkennen psychosomatischer Auffälligkeiten

Psychologie und Psychosomatik in der ZahnMedizin

Die Zahlen psychisch auffälliger oder verhaltensgestörter Patienten sind in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Durchschnittlich jeder fünfte Patient in der Zahnarztpraxis ist neben seinen somatischen Beschwerden mit psychischen Problemen behaftet. Dies als ZahnMediziner (mit großem „M“) zu erkennen, die betroffenen Patienten von ihrem rein somatischen Standpunkt abzuholen und mit ihnen gemeinsam einen ganzheitlichen Heilungsweg zu beschreiten, ist eine Aufgabe, der zukünftig mehr Beachtung geschenkt werden muss. Die Kenntnis sowohl der verschiedenen psychischen und psychosomatischen Krankheitsbilder als auch die Kenntnis und Anwendung entsprechender zahnärztlicher Verhaltensmaßnahmen tragen zu einer Vertiefung des Vertrauensverhältnisses der Zahnarzt-Patienten-Beziehung bei und sollen letztlich dazu führen, zahnärztliche Fehlbehandlungen zu vermeiden.

Die heutige moderne ZahnMedizin weiß sehr genau um die Zusammenhänge zwischen allgemeinmedizinischen und zahnmedizinischen Befunden. Es ist maßgeblich Professor Georg Meyer aus Greifswald zu verdanken, dass unsere zahnärztliche Profession nach Jahren des „Alleingangs“ wieder als wichtiger Teil der Allgemeinmedizin angesehen wird und in diese wieder eingegliedert worden ist. Eine – warum auch immer – bis heute andauernde Unterscheidung zwischen „Humanmedizinern“ und „Zahnmedizinern“ verbietet sich demnach.

Bio-psycho-soziale Wechselwirkungen

Die Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und deren unmittelbarer Auswirkung auf die Zahn- und Mundgesundheit eines Patienten dürfen mittlerweile als bekannt vorausgesetzt werden. Die beim Bruxismus auftretenden Maximalkräfte von 500 bis 750 Newton allein reichen schon aus, um die Zähne, den Zahnhalteapparat und die beteiligten knöchernen Strukturen wie z. B. die Kiefergelenke dauerhaft zu schädigen. Eine damit oft einhergehende reduzierte Speichelproduktion bei Stresspatienten mit der Folge einer Verschiebung des ursprünglich neutralen pH-Wertes führt auf Dauer zur Kariesbildung. Das bei diesem Personenkreis fehlende Immunglobulin A wird unter anderem für die

Entstehung von Gingivitiden verantwortlich gemacht und der zeitgleiche Anstieg von Interleukin-1-Beta führt zu Knochenzerstörung und fördert somit in letzter Konsequenz die Entstehung von Parodontitis und Parodontose. Langjährige evidenzbasierte Studien belegen eindrucksvoll, dass eine solche Parodontose keine auf die Mundhöhle beschränkte Einzelerkrankung darstellt, sondern wechselseitig auch in anderen Bereichen des Körpers direkt oder indirekt zu krankhaften Veränderungen führen kann^{3,4,5,6}.

Auch Dys- und Parafunktionen können psychosomatische Ursachen haben. Für die Einleitung eines Heilungsprozesses ist es dabei das Wichtigste, zunächst den Ursachen der psychosomatischen Störungen auf den Grund zu gehen. Dazu stellte Thure von Uexküll im Jahre 1998 fest¹:

„Psychosomatische Medizin ist keine Spezialdisziplin, sondern eine veränderte Betrachtungsweise des kranken Menschen.“ Der bisweilen abgedroschene Begriff einer „ganzheitlichen“ Betrachtung trifft hierbei den Nagel auf den Kopf. Dies wird unterstrichen durch die Aussage von Rolf H. Adler, der 1998 formulierte: „Der sicherste Weg zur Verhinderung einer iatrogenen Chronifizierung (einer Erkrankung) besteht in der Vermeidung diagnostischer und therapeutischer Irr- und Umwege eines zweistufigen Vorgehens.“²

Da bis heute die Ätiologie und Wechselwirkungen psychosomatischer Erkrankungen sowie die Kenntnisse über mögliche, vor allem auch interdisziplinäre Therapiekonzepte im Rahmen des Zahnmedizinstudiums, das immer noch auf der Approbationsordnung von 1955 basiert, gar nicht oder nur ungenügend vermittelt

werden, muss für diese zunehmend wichtige Thematik sensibilisiert werden.

Die Zahnärztin Ute Stein konstatierte 2002: „Der Frage, wo Krankheit beginnt, müssen sich alle Menschen stellen, die mittel- und unmittelbar mit kranken und gesunden Menschen arbeiten. Die moderne Psychologie betont immer wieder die wechselseitige Beeinflussung organischer und psychischer Prozesse. Die Krankheit ist als Mitteilung tiefgreifender, oft verdeckter Verhaltensstörungen zu verstehen. Krankheiten ‚drücken etwas aus‘, sie tragen die Informationen über unser individuelles und soziales Leben, über Unglück und Befinden.“⁸

Seit Urzeiten schon wissen die Menschen um die Zusammenhänge zwischen Seele (Psyche) und Körper (Soma):

Seele und Körper, so meine ich, reagieren sympathisch aufeinander.

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.)

Daten, Zahlen und Fakten

Die Zahlen der von psychischen Erkrankungen betroffenen Personen in Deutschland steigen in den letzten Jahren nachweislich kontinuierlich, teilweise dramatisch an. Nach wissenschaftlichen Untersuchungen, Schätzungen der Fachpresse, der gesetzlichen Krankenkassen, der Privatversicherungen sowie der Ärzte-, Zahnärzte- und der Psychotherapeutenkammern sind zwischen 25 % und 38 % unserer Bevölkerung von psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen betroffen^{9,10}, wobei die Zahl in den Großstädten eher höher zu liegen scheint. Dabei sind nicht die besonders schweren psychischen Befunde wie paranoide oder schizoide Persönlichkeiten, Borderline-Patienten, depressive oder manisch-depressive, zwanghafte, hysterische oder abhängige Personen gemeint (allein der Anteil der Patienten mit Depressionen

Patientenflyer „Seele und Zähne“

Die Zahnärztekammer Berlin und die Psychotherapeutenkammer Berlin geben eine aktuelle Neuauflage des Flyers „Seele und Zähne“ heraus. Er wurde vollständig überarbeitet und informiert über die möglichen Ursachen und Zusammenhänge zwischen zahnmedizinischen und psychischen Problemen.

Der Flyer ist für Zahnarztpraxen und Patienten über die Zahnärztekammer zu beziehen: presse@zaek-berlin.de

wird in ganz Deutschland auf 8 % bis 12 % geschätzt¹¹), sondern Personen mit Angstzuständen, psychogenen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychisch verursachten Bluthochdruckerkrankungen oder Angina-pectoris-Anfällen bis hin zu Alkoholikern, Suchtkranken oder Patienten mit Essstörungen.

Nimmt man den bereits erwähnten Begriff „Stress“ noch dazu, dürfte die Zahl der psychisch betroffenen Personen in unserer Gesellschaft noch um einiges höher liegen. Wenn man nun weiß, dass (mindestens) 25 % der Bevölkerung zu einem gegebenen Zeitpunkt unter einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung leiden, folgt daraus, dass ca. 20 % der Patienten in unseren Zahnarztpraxen Beschwerden aufweisen (die restlichen 5 % werden in der Zahnarztpraxis nicht vorstellig), bei denen psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen¹¹. Mit anderen Worten: Jeder fünfte unserer Patienten mit Beschwerden ist psychisch beeinträchtigt.

Nach wissenschaftlichen Untersuchungen und Schätzungen erkranken jährlich 5 Millionen Menschen in unserem Lande neu an einem psychischen oder psychosomatischen Leiden, von denen sich aber nur ca. 1,5 Millionen in ambulante oder stationäre Behandlung begeben^{9,10}. Viele „tragen“ demnach ihre Beschwerden „mit sich herum“, ohne sich jemals in ärztliche oder zahnärztliche Beratung zu begeben.

Nach Hochrechnungen werden im Jahre 2020 unter den zehn wichtigsten bzw. am häufigsten auftretenden Erkrankungen fünf psychischer Natur sein.

Man schätzt, dass rund 40 % der Gesamtbevölkerung im Laufe ihres Lebens von einer psychischen Störung betroffen sind^{9,10}. Dabei erkranken Frauen statistisch deutlich häufiger als Männer (37 % zu 25 %) und selbst bei 7 % der Kinder im Alter zwischen 3 bis 17 Jahren sind psychische Auffälligkeiten nachweisbar^{9,10}. Korrelationen psychischer Auffälligkeiten mit niedrigem sozioökonomischem Status, Migration, Rauchen und sexueller Belästigung sind dabei evident und statistisch nachgewiesen^{12,13}.

Nahezu alle Patienten mit psychischer oder psychosomatischer Auffälligkeit erwarten vom Zahnarzt in erster Linie eine somatische Behandlung oder eine Präventivmaßnahme. Entsprechend unserer traditionellen Rolle erfolgt deshalb in Abhängigkeit der geschilderten Beschwerden in aller Regel eine rein zahnärztliche Befunderhebung und Therapie. Psychosoziale Belastungen und psychosomatische Erkrankungen werden dadurch häufig erst viel zu spät erkannt, was im Endeffekt zum Misserfolg der gesamten zahnärztlichen Behandlung führen kann.

Psychische Krankheitsbilder und ihre wichtigsten Merkmale

- **Psychische Krankheiten ohne direkten Bezug zum Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich**

Zu den schweren Persönlichkeitsstörungen bzw. psychischen Erkrankungen zählen paranoide oder schizoide Persönlichkeiten, Menschen mit Borderline-Struktur, ängstliche, manisch-depressive, zwanghafte, hysterische oder abhängige Persönlichkeiten. Bei der Klassifizierung wird hier auf die internationale Klassifikation psychischer Störungen (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2000) Bezug genommen. Die Darstellung der



Ausdrucksformen dieser schweren psychischen Erkrankungen soll sich hier aus Platzgründen auf wenige Schlaglichter reduzieren, ohne den Anspruch zu erheben, eine umfassende und vollständige symptomatische Beschreibung abgeben zu können.

Paranoide Persönlichkeiten reagieren übertrieben sensibel, nachtragend, sind misstrauisch, streitsüchtig und rechthaberisch. Zurückweisungen, Belehrungen, sogar sachliche Aufklärung werden schwer bis gar nicht ertragen. Sie weisen eine starke Tendenz zur Selbstbezogenheit auf und glauben häufig an eine „Verschwörung“ gegen sich selbst als Versuch der Erklärung für individuelle persönnennahe Ereignisse.

Schizoide Persönlichkeiten zeigen eine emotionale Kühle und sind gekennzeichnet durch das Unvermögen, positive Gefühle wie Freude zu erleben. Sie pflegen kaum zwischenmenschliche Kontakte, sind introvertiert, exzentrisch und haben oft eine kritische frühkindliche Mutter-Kind-Beziehung. Die Mutter erscheint als Beziehungs- und Okkupationsobjekt mit starker Angst vor dieser.

Borderline-Struktur: Diese Personen sind instabil und haben eine starke Ich-Spaltung. Erlebnis und Handeln finden häufig in voneinander getrennten Ich-Zuständen statt. Sie begeben sich oft in impulsive und unkontrollierte Auseinandersetzungen mit ihren Mitmenschen, haben eine extreme Angst vor dem Verlassen-werden und zeigen in emotionalen Krisen häufig ein destruktives Verhalten bis hin zu Suiziddrohungen.

Manisch-depressive Personen zeigen lange Phasen der Unauffälligkeit, dann unvermittelt extreme Stimmungsschwankungen. In Phasen tiefster Depression ist jegliche Intervention im Leben des Patienten bzw. an seiner Person unmöglich.

Zwanghafte Persönlichkeiten zeigen ein überzogenes Sicherheitsbedürfnis, neigen zu übertriebener Kontrolle bei Abläufen und Handlungsweisen anderer und haben eine latente Angst vor Veränderungen.

Hysteriker haben eine Neigung zur Dramatisierung und zum theatralischem Verhalten mit übersteigertem Ausdruck von Gefühlen, sind egozentrisch und selbstbezogen, leicht beeinflussbar. Sie streben nach dauernder Anerkennung, nach Spannung und Aktivitäten.

Abhängige Persönlichkeiten übertragen häufig die Verantwortung für das eigene Leben anderen Mitmenschen, können sich nicht behaupten, fühlen sich hilflos, inkompetent und schwach.

• Psychische Krankheiten mit indirektem Bezug zum Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich

Somatoforme Störungen zeigen laut ICD-10 eine wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und der Versicherung der Untersucher, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Die Patienten gehen „von einem Arzt zum anderen“ in der Hoffnung, dass der wahre, vermeintlich körperliche Grund der Beschwerden doch noch gefunden und behandelt werden möge.

Depressive Personen zeigen fehlende Initiative und Aktivität, sie streben nach Harmonie und ungetrübter Nähe. Die Suche danach ist aber stets geprägt von einer negativen und depressiven Erwartungshaltung. Aus zahnärztlicher Sicht ist es von Bedeutung, dass psychosomatische Beschwerden im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich

durch eine Depression ausgelöst oder aufrechterhalten bzw. verstärkt werden können (beispielsweise Gesichtsschmerz, Zungen- und Schleimhautbrennen, Burning Mouth Syndrom).

Essstörungen mit zahnärztlicher Relevanz sind die Anorexia nervosa (ICD-10: F 50.0) und die Bulimia nervosa (ICD-10: F50.2). In beiden Fällen zeigen die Patienten eine gestörte Nahrungsaufnahme. Im ersten Fall einhergehend mit selbst induziertem Erbrechen und starkem Gewichtsverlust, im zweiten Fall verbunden mit Essattacken und annähernd gleichbleibendem Gewicht. Wir Zahnärzte erkennen häufig die charakteristischen Schädigungen der Zahnhartsubstanz, oft in Verbindung mit massivem Untergewicht der betroffenen Patienten.

Somatopsychische Erkrankungen sind dadurch gekennzeichnet, dass schwerkranke Patienten (z.B. Tumorpatienten) erhebliche (psychische) Probleme bei der Krankheitsbewältigung haben. Ein Nicht-Akzeptieren bzw. Verleugnen der Schwere der Erkrankung führt bisweilen zu einer Vermeidung adäquater Behandlung bis hin zu Resignation und Hoffnungslosigkeit. Die psychische Symptomatik ist hier die Folge der somatischen Erkrankung, und es kommt durch die Bewältigungsstörung zu einer Beeinträchtigung bis hin zur gänzlichen Verweigerung ärztlicher Therapie.

• Psychische Erkrankungen mit direktem Bezug zum Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich

Ängstliche Personen sind gekennzeichnet von einem dauernden Gefühl der Anspannung und Besorgtheit; sie sind geprägt von Unsicherheit und mangelndem Selbstwertgefühl. Sie suchen Nähe und Zuneigung, lassen sich aber kaum auf Gefahren und Risiken ein. 60% bis 80% der Bevölkerung geben zu, Angstgefühle vor dem Zahnarztbesuch zu entwickeln, ca. 20% gelten als hochängstlich und (geschätzt) 10% vermeiden den Zahnarztbesuch völlig, da sie unter Zahnbehandlungsphobie (ICD 10: F 40.2) leiden.¹⁵

Als Ursache der **Zahnbehandlungsphobie** gelten unter anderem traumatische Erlebnisse in der Kindheit, die sich noch Jahre später zu einer Erwartungsangst manifestieren können. Vor allem ist hier das sozio-ökonomische Umfeld, insbesondere die Familie, an der Entwicklung und Manifestation der Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung entscheidend beteiligt. Die Therapie, d.h. Abstellung oder Verringerung dieser speziellen Phobie, unterliegt zunächst der Forderung, diese Patienten nach denselben zahnärztlichen therapeutischen Grundsätzen zu behandeln wie nicht ängstliche Patienten. In Ergänzung dazu bedarf es der kausalen Therapie der Verhaltensstörung, um dem Patienten einen mittel- bis langfristigen Einstieg in eine dauerhafte zahnärztliche Behandlung und Betreuung zu ermöglichen.

Patienten mit **chronischem Gesichtsschmerz** stellen eines der komplexesten Probleme in der Zahnarztpraxis dar. Je nach der Ätiologie unterscheiden sich die Beschwerden hinsichtlich der Lokalisation, Qualität, Intensität und insbesondere der psychischen Leidensverarbeitung der Betroffenen. Dabei wird die Form des chronischen (d.h. über 6 Monate anhaltenden) Schmerzes ohne erklärenden organischen Befund von neurologischer Seite als atypischer Gesichtsschmerz (ICD-10: G 50.I) und von psychosomatischer Seite als somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4) bezeichnet, es dürfte sich aber um dasselbe Krankheitsbild han-



Wordley Calvo - Fotolia.com

deln. Eine interdisziplinäre Diagnostik (Neurologie, Hals-, Nasen- und Ohrenarzt, Orthopädie) ist bei chronischen Schmerzen in den meisten Fällen indiziert, um eine Abgrenzung zwischen psychosozialen und somatischen Faktoren vornehmen zu können.

Psychogene Zahnersatzunverträglichkeit ist der psychischen Erkrankung der somatoformen Störungen zuzuordnen (ICD-10: F 45). Es handelt sich dabei in aller Regel nicht, d. h. also so gut wie nie, um eine Materialunverträglichkeit, obwohl dies von nahezu allen Patienten angenommen wird. Eher schon sind als Ursachen Adaptationsschwierigkeiten, ungenügende Information über den neuen Zahnersatz, dadurch bedingt negative Akzeptanz seitens des Patienten sowie bisweilen eine gestörte Zahnarzt-Patienten-Beziehung anzunehmen. Dennoch müssen die zweifellos beschriebenen Symptome wie ausstrahlende Schmerzen, Zungen- und Schleimhautbrennen, Geschmacksirritationen, Schluckbeschwerden und Probleme beim Speichelfluss ernst genommen werden. Dabei sollen grundsätzlich bis zur endgültigen fachärztlichen Abklärung der psychosomatischen Störung nur eindeutig zahnärztlich indizierte Maßnahmen bei objektiv nachweisbaren zahnärztlichen Befunden durchgeführt werden.

Patienten mit einer **körperdysmorphen Störung** beschäftigen sich mit einem vermeintlichen, objektiv nicht vorhandenen Mangel ihrer körperlichen Erscheinung, insbesondere im Bereich des Gesichtes. Diese Patienten sind von der (objektiv nicht vorhandenen) Realität ihres körperlichen Mangels überzeugt und werden in der ICD-10 den Patienten mit hypochondrischer Störung (ICD-10: F 45.2) zugeordnet. Eine zahnmedizinische Behandlung ohne objektive Indikation führt hier selten zum Erfolg, weil der Patient nie zufriedenzustellen sein wird, insbesondere dann, wenn diese Störung noch mit anderen Störungen wie Depression, Schizophrenie oder sozialen Phobien einhergeht.

Die craniomandibuläre Dysfunktion ist der mit Abstand am häufigsten in unseren Zahnarztpraxen vorkommende Krankheitsbefund.

Abschließend kommen wir zum mit Abstand am häufigsten in unseren zahnärztlichen Praxen vorkommenden Krankheitsbefund, der Myo- bzw. Arthropatie bzw. der **craniomandibulären Dysfunktion (CMD)**, als welche sie heute in der internationalen Diskussion üblicherweise bezeichnet wird (ICD-10: D76).

Dazu wieder ein paar Zahlen: Die Angaben der davon betroffenen Personen, die einer Therapie bedürfen, schwanken zwischen 20 % und 30 %^{14, 16}. Andere Quellen gehen von 15 % der Frauen und bis zu 10 % der Männer aus. Dabei besteht eine signifikante Häufung bei den 35- bis 45-Jährigen¹⁶. Nach aktueller Studienlage gelten die folgenden Ergebnisse: 100 % aller Patienten mit Kopf- und Gesichtsschmerzen mit Chronifizierungsgrad III haben CMD, 50 % aller Patienten mit Rückenschmerzen haben CMD, 85 % aller Patienten mit Nackenschmerzen haben CMD, 36 % der 7- bis 14-Jährigen und 41 % der 15- bis 18-Jährigen haben CMD, 50 % der durch Neurologen untersuchten Patienten mit Trigeminusneuralgie hatten Okklusionsstörungen^{16, 17}. Okklusale Interferenzen von bereits 0,1 mm können zu erhöhter Muskelaktivität, verstärkter Adrenalinausschüttung und Schlafstörungen führen, man denke dabei an das „störende“ Haar im Mund.

Bis heute ist die genaue Pathogenese der CMD nicht zweifelsfrei geklärt. Allgemein besteht jedoch Einigkeit darüber, dass

es sich um ein langfristiges multifaktorielles Geschehen handelt. Dabei kommt dem Faktor Stress sicher eine ganz maßgebliche Rolle zu. Als Beispiele für krankheitsauslösende Faktoren werden in der Literatur immer wieder Schwierigkeiten am Arbeitsplatz bis hin zum Verlust desselben genannt sowie familiäre Probleme, beispielsweise die Last der Verantwortung für erkrankte Angehörige, und finanzielle Schwierigkeiten^{12, 13, 14}. Aber nicht jeder Mensch, der an einer Störung der Okklusion oder unter sozialen Schwierigkeiten leidet, erkrankt „zwangsläufig“ in der Folge an CMD. Dies bedeutet, dass offenkundig auch die individuelle Konstitution und die Disposition zu erkranken bei jedem einzelnen Menschen unterschiedlich ausgeprägt ist.

Die vielfältigen Symptome und Beschwerden, von Parafunktionen über Kaubeschwerden, Kiefergelenksbefunden,

Bei einer ersten Begegnung spielt die nonverbale Kommunikation eine deutlich größere Rolle als die verbale.

Schwindelgefühlen, über Tinnitus, Nacken- und Rückenschmerzen, Kopf- und Gesichtsschmerzen bis hin zu Migräne und Schlafstörungen, dürfen hier als bekannt vorausgesetzt werden. Die Therapie dieser vielfältigen und vielschichtigen Ursachen und Auswir-

kungen kann rein symptomatisch oder kausal erfolgen, am besten jedoch in einer Kombination aus beidem. Hierbei spielen nach meinen Erfahrungen die Kenntnis über die multifaktoriellen Geschehnisse und die Patientenanamnese, nicht zuletzt aber auch die Authentizität des Behandlers eine ganz entscheidende Rolle.

Anamnese und Diagnose

Bereits Anamnese und Diagnose können ein erster Schritt in die „richtige Richtung“ sein, wenn man bestimmte Verhaltensweisen berücksichtigt. Allein schon das manuelle zahnärztliche „Eindringen“ in die Intimzone Mund wird von vielen Patienten von Abwehrreaktionen begleitet. Kein Wunder, denn ob wir essen, kauen, beißen, schmecken, lachen, drohen, schmolten, küssen oder spucken; jede dieser Ausdrucksformen des Mundes ist direkt gekoppelt an endokrine vegetative Prozesse. Um wie viel schwieriger ist es dann erst, in den „Kopf“, die „Seele“ oder gar das „Herz“ eines Patienten vorzudringen. Hierzu bedarf es gründlicher Kenntnisse zum Aufbau einer vertrauensvollen Zahnarzt-Patienten-Beziehung, unter anderem der für jeden Zahnmediziner erlernbaren Verhaltensweisen verbaler und nonverbaler Kommunikation.

Einfühlsame, wertschätzende Grundhaltung

Die drei zentralen Stichwörter sind hier Empathie, Wertschätzung und Authentizität. Die ganzheitliche Betrachtung meint also, sich empathisch in die „Welt und Wirklichkeit“ des Patienten „einzufühlen“, dessen Gefühle so „wahr“-zunehmen, als stünde man selbst an dessen Stelle, sich wertschätzend (und nicht abschätzend) und „aufgeschlossen“ zu zeigen, den Patienten mit seinem gesamten sozioökonomischen Background zu akzeptieren, sich alles in allem authentisch und glaubwürdig zu verhalten. In diesem Zusammenhang benutze ich gerne den Begriff des „Hin“-Hörens, der im Gegensatz zum „Zu“-Hören die innere Einstellung beschreibt und in vielen Fällen schon das erforderliche Sich-Öffnen des Patienten bewirkt.

Wichtig vor allem beim psychisch auffälligen Patienten ist, dass dieser von seinem somatischen Standort „abgeholt“ wird. Dies bedarf gewisser Grundkenntnisse im Bereich der Psychosomatik und einer (bisweilen) zeitaufwendigen sensiblen Gesprächsführung. Das Anamnesegespräch soll dabei im wahren Sinne des Wortes „auf Augenhöhe“ stattfinden und eben nicht „von oben herab“. Der Gesprächsraum sollte frei von äußeren Störungen sein, und der Patient wird zunächst mit der offenen Frage begrüßt, was ihn zu mir führt. In dieser Phase wird überwiegend „hin“-gehört und, falls möglich, nicht unterbrochen. Anschließend werden konkrete Fragen zum jetzigen Leiden gestellt (zeitliches Auftreten, Qualität, Intensität, Lokalisation und Ausstrahlung,

Patientenberatung „Seele und Zähne“

Hat Ihr Patient Angst vor einem Zahnarztbesuch oder vermeidet ihn, obwohl eine Behandlung nötig ist? Vermuten Sie oder ein Psychotherapeut, dass hinter den Zahnschmerzen des Patienten seelische Konflikte stehen, oder hinter seelischen Belastungen zahnmedizinische Aspekte?

Die Beratungsstelle „Seele und Zähne“ ist ein gemeinsames kostenloses Angebot der Zahnärztekammer Berlin, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin und der Psychotherapeutenkammer Berlin.

Erst nach ausdrücklicher Empfehlung eines Beratungsgesprächs durch Sie, als behandelnder Zahnarzt, kann Ihr Patient einen Termin vereinbaren. Jede Beratung wird gemeinsam von einer Psychologischen (Schmerz-)Psychotherapeutin und einer Zahnärztin durchgeführt.

Patientenberatung Seele und Zähne im Zahnärztheaus, Terminvergabe Telefon (030) 89 00 44 00



Syda Productions | shutterstock

Begleitzeichen, intensivierende oder lindernde Faktoren, Umstände beim erstmaligen Auftreten usw.). Erst danach stellen sich die Fragen nach früheren Erkrankungen, Familienanamnese, sozialer Anamnese und, falls möglich, nach psychischen Faktoren wie beispielsweise denkbaren krankheitsauslösenden Belastungen, Traumatisierungen und Verlusterlebnissen.

Empathische Kommunikation

Die nonverbale Kommunikation spielt nach meiner Erfahrung bei dieser ersten Begegnung eine deutlich größere Rolle als die verbale. Dabei benutze ich gerne die Abkürzung „KGB“, die für „Körperhaltung, Gestik (Mimik) und Blickkontakt“ steht. Gerade die Signale, die unser Gegenüber aufgrund dieser „Einstellung“ empfängt, haben verstärkende oder ver hindernde Wirkung auf die verbale Kommunikation. Diese verbalen und nonverbalen „Techniken“ sind den allerwenigsten Menschen gegeben, aber für jeden erlernbar. Vergessen Sie dabei nie: So, wie Ihre „Ein“-Stellung zum Patienten ist (nicht etwa dem Patienten „gegen“-über), so ist auch Ihre „Aus“-Strahlung. Sind Sie am Ende der Anamnese zu einer Diagnose gelangt, hat der Patient ein Recht darauf, diese auch zu erfahren. Sollte es im Verlauf des Gesprächs gar gelungen sein, dem Patienten „näher“ zu kommen, vielleicht sogar durch behutsames Handauflegen mit „Fingerspitzengefühl“ auf den Arm des Patienten, dessen unsichtbare Intimzone zu betreten, ist der erste Schritt in ein vertrauensvolles Patienten-Arzt-Verhältnis bereits getan - und der Weg in Richtung Linderung oder Heilung der Beschwerden darf gemeinsam beschritten werden.

Hier noch ein einfacher Trick, der verblüffende Erfolge erzielt: Schauen Sie dem Patienten bei wichtigen Mitteilungen nicht in die Augen, sondern kommen Sie „auf den Punkt“: Schauen Sie fokussiert auf den Punkt zwischen die Augen, wenn Sie mit ruhiger und fester Stimme Ihre Botschaften artikulieren. Diese Art der Fremdsuggestion, begleitet von positiven Aussagen, verstärkt die Inhalte einer Ansprache in beeindruckender Weise und löst bisweilen schon den „Knoten“ im Kopf des Patienten. Am besten wird diese Vorgehensweise im Freundes- oder Familienkreis trainiert. In diesem Zusammenhang bedarf der gesamte Themenkomplex „Hypnose“ hier durchaus einer Erwähnung, kann aber aus Platzgründen nicht im Detail ausgeführt werden.

Therapie

Die oben erwähnten vielfältigen Krankheitsbilder und Symptome psychisch gestörter oder psychosomatisch auffälliger Patienten lassen in dieser Betrachtung keinen Raum für detaillierte Anweisungen für eine Therapie, da etliche der verschiedenen Beschwerden bisweilen auch nur interdisziplinär behandelt werden können. Der erste Schritt für eine erfolgreiche Linderung oder gar Heilung der subjektiven Beschwerden muss nach alledem die vertiefte Beschäftigung mit der besprochenen Thematik sein. Dazu gehört auch, sich im Kollegenkreis darüber auszutauschen und diesbezügliche Qualitätszirkel und Netzwerke zu bilden.

Schlussbetrachtung

In besonders schwierigen Fällen gelangt auch der geschulte Zahnarzt an seine Grenzen. Dann müssen Psychologen oder Psychotherapeuten eingeschaltet werden. Die Zahnärztekammer Berlin hat im Jahr 2006 die Patientenberatungsstelle „Seele und Zähne“ ins Leben gerufen, die betroffene Patienten auffangen kann (siehe Infokasten S. 14). Diese für Patienten kostenlose Beratung wird dabei von einer speziell hierfür ausgebildeten Zahnärztin sowie einer Psychotherapeutin gemeinsam durchgeführt und von der Zahnärztekammer Berlin, der Psychotherapeutenkammer Berlin und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin gemeinsam getragen, finanziert und evaluiert. Die regelmäßigen statistischen Auswertungen dieser Beratungsstelle zeigen die Notwendigkeit einer solchen

Einrichtung, die Patienten und Zahnärzten gleichermaßen Hilfestellung gibt. Wünschenswert wäre es, dass dieses anerkannte Modellprojekt bundesweit Schule macht.

Die Beschäftigung mit dem Thema „Psychosomatik in der Zahnmedizin“ ist allemal lohnenswert. Ein besseres Ver-

ständnis für die zunehmende Zahl „problematischer“ Patienten zu gewinnen, dient nicht nur den Patienten selbst, sondern färbt auch positiv auf das Ansehen der zahnärztlichen Praxis und somit in letzter Konsequenz auf das Wohlbefinden der zahnärztlichen Behandler ab.

Dr. Wolfgang Schmiedel

Auszugsweiser Nachdruck
mit freundlicher Genehmigung des Spitta-Verlags

Weiterführende Literatur | Autor | Korrespondenz

- Bundeszahnärztekammer, Leitfaden für Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
- Prof. Hans G. Sergl (Hg.), Psychologie/Psychosomatik in der Zahnheilkunde, München 1996
- Umfangreiche Literaturverweise zur Vertiefung des Themas können gerne beim Autor abgerufen werden.

Dr. Wolfgang Schmiedel

Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

1980–2016 Niedergelassen in eigener Fachzahnarztpraxis in Berlin-Tempelhof
1996–2004 Präsident der European Federation of Orthodontic Specialists Associations
2003–2010 Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie
2004–2016 Präsident der Zahnärztekammer Berlin

E-Mail: dr.schmiedel@t-online.de

