

# DER DEPRESSIVE PATIENT IN DER ZAHNHEILKUNDE

*Zahnheilkunde als Teil der Humanmedizin kann aus vielfältigen Gründen nicht auf einen psychosomatischen Blickwinkel verzichten. Gerade auch depressive Patienten stellen den Zahnarzt vor Aufgaben, die rechtzeitige Wahrnehmung, Kenntnisse der psychologischen Hintergründe, Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung ebenso notwendig machen, wie einen therapeutisch sinnvollen Umgang mit den verschiedenen körperlichen Ausdrucksformen der Depression. Ziel einer Veröffentlichung „aus der Praxis für die Praxis“ soll dabei auch hier sein, dem Zahnarzt Verständnis, Erkennen und Handlungsanleitung näher zu bringen.*

## ■ Blickdiagnose möglich?

Mit gesenktem Haupt schlurft er traurigen Blickes und wortlos in sich versunken ins Behandlungszimmer. Alles an ihm scheint zu „hängen“, wirkt „grau“, niedergeschlagen, müde und antriebslos. Die Kommunikation beginnt mühsam mit verhaltener Stimme, an nichts scheint so recht Interesse aufzukommen, Freude scheint dem Patienten einzig zu machen, dass ihm jemand zuhört bei seinen endlosen Klagen, versetzt mit Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen.

Den Zahnarzt beschleicht mit zunehmend gedrückter eigener Stimmung das Bedürfnis, entweder diesem Patienten unbedingt helfen zu müssen oder sich dem Patienten so schnell wie irgend möglich zu entziehen, wie wohl dieser sich in gleichem Maße steigend anzuklammern scheint, wie ein Ertrinkender an den letzten Strohalm ...

Ein Leichtes, hier die Überschrift: „Depression“ vor Augen zu haben – doch leider: so einfach ist es meist nicht!

Zwar ist das Auftreten in der Praxis eher zurückhaltend, fast übertrieben rücksichtsvoll, ansonsten aber scheint oft alles zum Besten zu stehen: „Herr Doktor, machen sie sich um mich bloß keine Sorgen!“

Überhaupt sind die in klassischem Sinne depressiven Patienten oft ungewöhnlich (lebens-) tüchtige und leistungsfähige Leute, keineswegs mit labilem Charakter oder übergroßer Empfindlichkeit. Auch ihre sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse sind meist stabil.

## ■ Viele Ursachen – gleiche Wirkung

Es darf auch nicht unerwähnt bleiben, dass Depressivität keineswegs immer auf dem gleichen Boden wächst: Schon S. Freud ging von einer seelischen Prägung aus, die in die sog. „orale Phase“ fällt mit der Folge einer Fixierung

an die typischen Ängste und Wünsche dieser Lebensphase: Das Satt-Werden nicht nur an Nahrung, sondern auch an liebevoller Zuwendung, respektive die unstillbare Angst, zu „verhungern“ – tatsächlich scheinen schon auf den ersten Blick die Neigungen zu Erkrankungen im Mund-, Hals-, Rachenbereich und gesamten Verdauungstrakt eine körper-sprachliche Übersetzung solch unstillbarer Ängste und Wünsche darzustellen.

Auch die persistierende „Beziehungs-Sehnsucht“ des Depressiven wird so noch verständlicher, ist der Mund doch auch der Körperbereich, über den nicht nur die Nahrungsaufnahme geschieht, sondern auch erste – und auch spätere – zwischenmenschliche Beziehungen aufgenommen werden, ein Sinnesorgan mit ausgedehnter zentral-nervöser Repräsentation.

Andererseits entstehen Depressionen aber auch als Folge körperlicher Erkrankungen oder hormoneller Veränderungen bzw. sind selbst Ausdruck (Hirn-) organischer Erkrankungen, wie dies bei dementen oder alters-depressiven Patienten oder der vormals sog. endogenen Depression und bestimmten Psychosen der Fall ist.

Natürlich können Depressionen auch aufgrund völlig anderer Persönlichkeitsstrukturen und deren neurotischen Entwicklungen aus ganz unterschiedlichen Wunsch- und Angstfixierungen heraus entstehen (schizoid, narzisstisch, zwanghaft und hysterionisch), was gerade auch das Arzt-Patienten-Beziehungsgeschehen nicht gerade übersichtlicher macht.

Und schließlich beanspruchen auch die verschiedenen „Schulen“ aus ihrem jeweiligen Blickwinkel eine ganz unterschiedliche Ursachen-Sicht: Während die Tiefenpsychologie/Psychoanalyse das Thema Verlustangst und Entwertung als lebensbestimmendes Kindheitstrauma in den Mittelpunkt stellt, gehen kognitive und lerntheoretische Ansätze von selbsterstörerischen Denkprozessen bzw. Hilflosigkeitskonzepten aus. Die humanistischen Schulen fokussieren meist aktuelle biographische Ereignisse – tatsächlich sind Beziehungskonflikte und Trennungen, Tod und Krankheit von Angehörigen oder eigene „Einbrüche“ existentieller Art wie auch berufliche Umbrüche, Berentung, Arbeitslosigkeit, Umzug oder Auszug von Kindern Auslöser depressiver Phasen. Dagegen stellt der psychiatrische Blickwinkel neurochemische Prozesse im Zentral-Nervensystem im den Mittelpunkt.

Nicht unerwähnt bleiben sollen auch all die alternativ-medizinischen Ansätze, die bei genauem Hinsehen aber eher – wenn auch in einer weit gezogenen Denkschleife – letztlich wieder einem physikalisch/energetisch, also somatischen Denkansatz folgen und so von einer Psychosomatik eher wegführen.

Durchgesetzt hat sich nun in den letzten Jahren die Einteilung nach ICD-1, danach werden die depressiven Störungen im Abschnitt F 3 unter „affektive Störungen“ zusammengefasst.

Sie werden dort nicht mehr nach ihrer vermuteten Entstehung (endogen, neurotisch, reaktiv usw.), sondern in erster Linie nach Verlauf und Schweregrad unterschieden.

Die Diagnose ist an die Befundung sog. „Kernsymptome“ und „Zusatzsymptome“ gebunden. Von den drei Kernsymptomen (bedrückte Stimmung, Anhedonie, schnelle Erschöpfbarkeit nach geistigen oder körperlichen Belastungen) müssen mindestens zwei vorhanden sein. Je mehr Zusatzsymptome (Konzentrationsstörung, psychomotorische Unruhe oder Hemmung, Appetit- bzw. Gewichtsverlust, Schlafstörungen, Gefühle der Wertlosigkeit, Suizidgedanken bzw. -pläne, Libidoverlust) festgestellt werden können, desto ausgeprägter der Schweregrad der Depression. Zu unterscheiden ist zwischen einer einzelnen bzw. wiederkehrenden Episoden, die mindestens zwei Wochen dauern, und der Dysthymie, bei der die depressive Symptomatik schon über Monate oder Jahre anhält, allerdings meist nicht so stark ausgeprägt ist, so dass die Betroffenen ihrem alltäglichen Leben meist weiterhin nachgehen können.

Die früher als reaktiv bezeichneten Depressionen werden nach ICD-10 als „Anpassungsstörungen“ bezeichnet, bei denen eine vorausgegangene Belastungssituation (z.B. Tod eines Elternteils, schwere Erkrankung des Partners usw.) vorhanden sein muss.

### ■ Einordnung der Depression innerhalb des ICD 10

#### F3 Affektive Störungen

- Manische Episode (F 30.x):
  - Hypomanie (F 30.0)
  - Manie ohne psychotische Symptome (F 30.1)
  - Manie mit psychotischen Symptomen (F 30.2)
- Bipol.affekt. Stör. (F 31.x)
- Depress. Episode (F 32.x)\*
  - leichte depressive Episode (F 32.0)
  - mittelgradige depressive Episode (F 32.1)
  - schwere depressive Episode ohne psychot. Sympt. (F 32.2)
  - schwere depressive Episode mit psychot. Sympt. (F 32.3)
  - sonst. depr. Episoden (larvierte Depr.) (F 32.8)
- Rezidivierende depressive Störungen (F 33.x) u.a.
- Anpassungsstörung (F 34) (früher: reaktiv)
- Zykllothymia (F 34.0)
- Dysthymie (F 34.1) (anhaltend über Monate oder Jahre)

Zusammengefasst wird heute verbindlich als ursächlich ein multifaktorielles Geschehen gesehen, bei dem biologische, psychische und soziale Faktoren individuell unterschiedlich stark bedeutsam sind.

Neben einer genetischen Disposition spielen auch frühe Bindungsstörungen sowie das Einwirken einer Reihe psychosozialer Belastungsfaktoren in der Kindheit eine wichtige Rolle. Emotional distanzierte Eltern, längere Trennungen von der Mutter in der frühen Kindheit, verbale Entwertungen und teilweise auch sexuelle Missbrauchserfahrungen verhindern den Aufbau eines stabilen Selbstwertgefühls.

Auf der späteren kompensatorischen Suche nach Anerkennung neigen depressive Patienten dann zu Überforderung. Sie können nicht Nein sagen bzw. sich abgrenzen und auch nicht Ärger nach außen zeigen, vielmehr neigen sie dazu, für alles die Schuld bei sich zu suchen.

### ■ Diagnostische Kriterien

#### Kernsymptome: (mindestens 2)

- Depr. Verstimmung
- Verlust von Interesse und Freude
- Erhöhte Ermüdbarkeit

#### Zusatzsymptome

#### (3–4 = mittelgradig. > 4 = schwere Depression)

- Verminderte Konzentration
- Vermindertes Selbstwertgefühl
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- Negative pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, -pläne, Handlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

An diesem wissenschaftlichem Anspruch auf Detailsicht gemessen, muss es als Engführung empfunden werden, wenn wir uns nachfolgend der Überschaubarkeit halber aber konzentrieren wollen auf das, was in der Praxis am häufigsten anzutreffen und depressiven Patienten weitestgehend gemeinsam ist, soweit diese in einer Zeit, in der eher narzisstische Strukturen als „Zeit- bzw. Gesellschafts-Neurose“ zu dominieren scheint, überhaupt vorkommen, und zudem gerade depressiv strukturierte Menschen jene Praxen mit seismographischer Sensibilität herauszufinden und zu ➤



selektieren scheinen, wo sie mit ihren Wünschen und Ängsten am ehesten Anklang und Verständnis erwarten. Tatsächlich kann gerade beim depressiven Patienten die Arzt-Patienten-Beziehung als Dreh- und Angelpunkt betrachtet werden.

### ■ Beziehung ist (fast) alles

Es steckt schon im Wort „Depression“, dass Menschen in einer solchen Lebensphase – erst recht, wenn es sich durch das ganze Dasein zieht – von Selbstzweifeln umgetrieben werden und geplagt sind von dem Gefühl der Minderwertigkeit. Ihr schwaches hilfloses „(Kindheits-) Ich“ ist fast suchtartig und anklammernd um jedes „Objekt“ bemüht, welches (seelische) Nahrung, Schutz und Halt in vermeintlich existentieller Bedrohung erhoffen lässt. Der „Gott in Weiß“ bietet hier – wie immer völlig unbewusst und absichtslos – eine ideale Projektionsfläche für idealisierende Übertragungen dieser Art und beantwortet meist unbewusst solche Wünsche mit eigenen Gegenübertragungen, indem er/sie in die Rolle von Eltern, älteren Geschwistern oder des stärkeren Partners schlüpft.

Um dies anschaulich zu machen, ein Beispiel aus einer Balintgruppe:

Eine Studenten-Balintgruppe (10 Semester), in Kiel unter meiner Leitung:

Der angehende Kollege berichtet von seiner Patientin, die ihn sehr beschäftigt, seitdem sie, ohne Zeichen von Angst oder Schmerz, bei geringstem Anlass schon bei Behandlungsbeginn zu weinen beginnt. Fragen und Spekulationen der Gruppe, verbunden mit dem Bericht, den Antworten und Korrekturen des Kollegen bringen die Mosaiksteine: vorangegangene Scheidung, Wunsch nach Zuwendung, Wunsch an den Behandler, er solle (alle) Probleme lösen. Idealisierung auch in der Behandlung.

Der Kollege fühlt sich – vor der Balintgruppe – mit seinem „Latein“ am Ende, spürt Abhängigkeiten der Patientin gegenüber, die Angst, in jeder Weise versagen zu müssen. Durch die Bilder aus der Gruppe erfährt er sich (sekundäre Selbsterfahrung) nebeneinander als ungefährliche Vertrauensperson, Ehemann-Ersatz und jugendlicher Liebhaber, auch als Sohn einer depressiven Mutter (Patientin mit depressiver Struktur und Abhängigkeitsproblematik). ...

### ■ Balint-Arbeit

Michael Balint, Ungarischer Psychoanalytiker und Therapeut entwickelte die Methode in den 50-er Jahren, weil er entdeckte, dass diejenigen, die helfend tätig sind, keineswegs immer über die Stärke und das Maß an seelischer und körperlicher Gesundheit verfügen, wie sie selbst glauben (machen). – Sie besteht nur relativ im Vergleich zum Hilfsbedürftigen, verbunden mit hoher seelischer Ansteckungsgefahr seitens der Konflikte, die der Patient in seiner Krankheit kanalisiert und in die Arzt-Patienten-Beziehung einträgt, gefolgt von Verstrickung, Hilflosigkeit und Burn-Out. 8 bis 12 Teilnehmer einer Berufsgruppe treffen sich verbindlich und regelmäßig, z.B. 3 mal im Jahr über mindestens 2 Jahre oder als berufsbegleitende Supervision.

Die Gruppe bearbeitet unter kompetenter Anleitung „analytisch“ den freien unzensierten Fallvortrag eines Teilnehmers aus dessen Berufsalltag im „raumgebenden“ Wechselgespräch unter Zuhilfenahme des Instrumentariums, das jeder hat: die eigene Person mit ihrer emotionalen Erfahrung und der angeborenen intuitiven Fähigkeit, in dem sie aufgreift, was „atmosphärisch in der Luft liegt“. Die eigenen freien Assoziationen hierzu verschaffen Zugang zum unbewussten Geschehen, der „schwierige Fall“ ist so mittels des Berichtenden in der Gruppe anwesend, sein Problem, seine Fragen, wie auch die des Berichtenden werden zum Problem und den Fragen der Gruppe, auf die es keine absolut richtigen oder falschen Antworten geben kann – nur subjektive Momentaufnahmen und Prognosen, die, im Nachhinein vom Betroffenen überprüft, sich überraschend oft als richtig erweisen.

Überdies ist die Methode durch aktuelle neurowissenschaftliche Ergebnisse als wirksam bewiesen: ähnlich wie die Nervenzellverbände im menschlichen Gehirn aus wiederholten Wahrnehmungen komplexe Bewusstseinszustände und Konzepte bahnen, wird der Fallbericht von der Gruppe nach Merkmalen abgesucht, für die aus der jeweils eigenen bisherigen Lebensgeschichte jedes Einzelnen passendes Material („Bahnungen“) auch für Lösungen vorliegt.



Seine Kompetenz wird erweitert, indem er erkennt,

- welche Rolle er für sich annehmen kann und wie er der Patientin mit Einfühlung, Vertrauen und Zuwendung wirklich helfen kann,
- wo aber auch seine Grenzen (noch) sind,
- wo und wie er eine „Überweisung“ (letztlich auch ein „Wegschicken“) zur Psychotherapie ohne erneute Traumatisierung der Patientin anbahnen könnte und müsste,
- welche der übertragenen Rollen und Aufgaben er nicht übernehmen kann oder will (Sohn, Liebhaber, Ehemann, allmächtiger Problemlöser)
- welche Abhängigkeiten losgelassen werden können,
- welchen Idealisierungen dringend entgegengewirkt werden muss, um unausweichliche Enttäuschungen („Koryphäen-Killer-Syndrom“) zu vermeiden.

Ganz allgemein wird in der Arzt-Patienten-Beziehung also – wie im „richtigen Leben“ – entweder der schwächere (Patient) in dieser Rolle haften bleiben, seine oft diffusen Beschwerden chronisch als „Dauer-Abo“ für die Praxis benutzen, in der er „auf Chipkarte“ alle (Ersatz-) Zuwendungen beziehen kann, die sein Leben bisher entbehren musste, und gleichzeitig die Angst vor jeglicher „Auseinandersetzung“ im doppelten Wortsinn (Angst vor Trennung und „Liebes“-Entzug) vermeiden, oft verbunden mit wachsenden Ansprüchen aus Verwöhnung und Bequemlichkeit, oder aber es kommt im Bemühen um Selbständigkeit („Erwachsenen-Ich“) und Aufwertung zum pubertätsähnlichen „Denkmalsturz“ bis hin zum Rollentausch, indem sich der Arzt als bedroht, abgewertet und hilflos erlebt gegenüber einem plötzlich missgünstigen und nörgelnden, seine „Symptomklage“ als Verschiebung seiner Anklage an die früher enttäuschenden Beziehungsobjekte nutzenden Patienten, der letztlich so seine Trauer und Neid wegen seines noch ungelebten Lebens am Arzt ausagiert. Das führt letztlich – oft begleitet von erheblichen rechtlichen und wirtschaftlichen Folgen – zum Ende der Arzt-Patienten-Beziehung, woraufhin sich der Patient – jetzt wieder vom Täter zum Opfer regredierend – einen neuen Arzt sucht, bei dem sich der Zyklus häufig wiederholt – nach statistischen Erkenntnissen bis zu 7 Jahre („pain-games, doctor-shopping“). Seine somatoforme „Eintrittskarte“, der wir uns nun zuwenden wollen, hat der Patient noch immer.

### ■ Somatisierung – ein Buch mit 7 Siegeln?

#### Definition Psychosomatik:

Psychosomatische Medizin ist die Lehre von den körperlich-seelischen Wechselwirkungen (in beide Richtungen!) in der Entstehung, im Verlauf und in der Behandlung von menschlichen Krankheiten. Sie muss ihrem Wesen nach als personenzentrierte Medizin verstanden werden.

Die grundlegende Vorstellung dabei ist, dass unerträgliche seelische Konflikte „somatisiert“ werden, wobei der größeren sozialen Erwünschtheit von körperlichen Krankheiten gegenüber seelischen Erkrankungen unbewusst Rechnung getragen wird.

In welcher Gestalt kommen nun solche „Trojanischen Pferde“ in die (zahn-) ärztliche Praxis, wie erkennen wir sie, und wie können wir die unbewussten Mechanismen verstehen? Dabei gibt es unterschiedliche Erklärungsmodelle für die Verwandlung einer psychischen in eine somatische Erkrankung.

#### Theorie der Psychosomatischen Medizin

- Konversionsmodell  
= Übersetzung in körperlichen Ausdruck
- Spezifitätshypothese  
= direkte Korrelation von emotionaler Spannung und Körpersymptom
- Konzept der zweiphasigen Verdrängung  
= nicht-symbolische Affektäquivalente

- De- und Resomatisierung  
= Regression in präverbale Verarbeitung
- Alexithymie-Modell  
= Unfähigkeit, Gefühle als solche auszudrücken
- Lerntheoretische Konzepte  
= Fehlgeleitete Verhaltensprozesse
- Stressmodell  
= Unspezifische Überforderungsreaktion

Vereinfachend ließe sich erklären, dass ein in seiner Schmerzhaftigkeit nicht mehr erträglicher **seelischer Schmerz** oder Konflikt **verschoben** wird **auf eine körperliche Ebene**, weil

- damit dem Prinzip sozialer Erwünschtheit Rechnung getragen wird,
- psychische Erkrankungen als Makel und weit gefährlicher als körperliche Erkrankungen gelten, sind letztere doch auch
- meist klarer verständlich, zuordnungsfähig und in ihrer Verantwortung eher dem behandelnden Arzt übertragbar als Neurosen, deren Lösung selten ohne schmerzvolles Hinsehen auf die eigene Lebensgeschichte, die eigene Person und deren Verantwortung zu veränderndem Handeln besteht.
- Gerade der depressive Patient folgt so auch einem erlernten Muster, psychische Belastungen und Bedürfnisse strikt abzuwehren und aggressive Impulse an das Beziehungsobjekt oral fordernd in körperliche Klagen zu verpacken (Larvierung).
- Die zu erwartende Frustrierung (Ohnmacht der Ärzte) bestätigt dann immerhin das Weltbild des Depressiven: Die Welt ist schlecht (auch anhaltende Enttäuschungen verleihen durch ihre Beständigkeit immerhin Sicherheit).

### ■ Zahnärztlich-Psychosomatische Krankheitsbilder

**Orale Parafunktionen** (Trost-Kontroll-Aggressionsfunktionen)

**Dysgnathien:** als somato-psychischer Konflikt

**Prothesenunverträglichkeit:** mangelnde Adaptation von Zahnverlust und Zahnersatz (mangelnde Verarbeitung von Altern und Veränderung sozialer Kompetenz)

**Gesteigerter Würge- und Brechreiz** (Ekel, Rauchen, Alkohol, Makroglossie, Protest gegen Zahnersatz oder ähnliches, Schwangerschaft und Schwangerschaftskonflikte, Abwehr spezieller sexueller Nötigungen)

**Psychogenes (chronisches) Schmerzsyndrom:**

z.B. neuralgiforme Schmerzen:

- unbewusste Funktionen  
(Schutz, Zuwendung, Vermeidungen Schuldentlastung,
- Selbstbestrafung, Autoaggression,  
Bewältigung von Verlusten,
- sadomasochistische Befriedigung)

**Bruxismus, Myoarthropatie:** Stress- und Aggressionsventil, symbolisches Durchbeißen und Verdauen wollen, „Sicherheitsgehege“ zurückhalten, festhalten

**Zungenbrennen**

**Chronische Parodontitis:** Schwächen des Abwehrsystems durch Stress und Konflikte

**Karies und Gingivitis:** (als Motivationskrankheiten) ➤

## ■ Psychosomatik – ultima ratio?

Schon vor etwa 2 Jahrzehnten gab es erste Versuche, auch gerade dem Zahnarzt sog. „Positivkriterien“ an die Hand zu geben, mit deren Hilfe dieser frühzeitig erkennen können sollte, wann er von einem „psychosomatischen“ Geschehen ausgehen und sein Handeln darauf einstellen sollte, um für beide Seiten oft langwierige Fehldiagnosen und -behandlungen zu vermeiden:

- Identifikation des Patienten mit seinen Beschwerden
- Auslösung, Verschlechterung und Chronifizierung (weiterer) Beschwerden
- übersehen oder gar Anfachen suizidaler Tendenzen – jede Äußerung des Patienten ist hier ernst zu nehmen
- Vermeidung eigener seelischer oder finanzieller Belastungen (Burn-out, Regresse, Schadensersatzansprüche ...)

## ■ Einteilung psychosomatischer Erkrankungen

**Organkrankh. mit psychosoz. Komp. (F 54) ← organ.**

Veränd. ← veget. Bereitstellung ← Psy

= „Bereitstellungserkrankungen“

= „Psychosomatose“, z.B. CMD, orofaziales Schmerzsyndrom, Parodontopathie

**Konversionsstörungen (F 44.4–7)**

← Störung d. Beweg. u. Sinneempf.

← neurotische Konflikte

= „Ausdruckskrankheiten“, z.B. Sensibilitätsstörungen, Lähmungen

**Somatoforme Störungen (F 45) ← Vegetativum**

(kein Organbefund) ← Psy

= „Angstaequivalente“

= „psychovegetative Störung“

= „funktionelles Syndrom“, z.B. Kopfschmerz, diffuse wechselnde Symptome

- Somatisierungsstörung (F 45.0) = diffus, fluktuierend, polysymptomatisch, z.B. Tinnitus, Hörsturz, Schwindel
- Undifferenzierte somatoforme Störung (F 45.1)
- somatoforme autonome Funktionsstörung (F 45.3)
- somatoforme Schmerzstörung (F 45.4)
- Hypochondrie (F 45.2)
- sonst. somat. Störungen (Zähneknirschen) (F 45.8)

## ■ Wohinter versteckt sich die Depression?

Die wohl wesentlichen Somatisierungen depressiver Grundgestimmtheiten und Konflikte sind

- Bruxismus und resultierende
- Myoarthropathien (CMD)
- multiple u. diffuse Schmerzzustände
- Parodontitiden
- „Prothesenunverträglichkeit“

## ■ Die 5 Kriterien zur Diagnose psychosomatischer Störungen

### 1. Kriterium

Diskrepanz zwischen **Deskription** der Beschwerden und anatomischen Grenzen

### 1. Fragenkomplex

Bitte beschreiben Sie mir genau, wo überall sie Beschwerden haben.

### 2. Kriterium

Diskrepanz zwischen **Chronologie** der Beschwerden und den uns aus klinischer Erfahrung bekannten Verläufen

### 2. Fragenkomplex

Wann haben diese Beschwerden begonnen, wie haben sie sich seither entwickelt?

### 3. Kriterium

ex non iuvantibus

### 3. Fragenkomplex

Was wurde gemacht? Hat es geholfen?

Wenn bis hierhin alle Kriterien negativ bewertet werden müssen, kann die Untersuchung beginnen; sind aber ein oder mehrere Kriterien positiv oder stellt sich durch Untersuchung eine Diskrepanz zwischen Befunden und dem Befinden des Patienten heraus, so muss das diagnostische Gespräch weitergeführt werden.

### 4. Kriterium

Ungewöhnliche Mitteilung des Patienten am Krankheitsgeschehen

### 4. Fragenkomplex

Haben Sie in der letzten Zeit, die Sie soeben angegeben haben, auch noch andere Beschwerden gehabt?

Waren Sie früher viel krank? (biographische Anamnese)

### 5. Kriterium

Koinzidenz von biographisch-situativem Ereignis und Beginn der Beschwerden

### 5. Fragenkomplex

Hat sich in Ihrem Leben irgend etwas geändert in der Zeit, als die Beschwerden begonnen haben?

## ■ Chronische Parodontitis – „Biss“-Verlust

Eine der häufigsten Erkrankungen, die uns in der Praxis begegnen, ist wohl die chronische Parodontitis, deren auslösende Ursache wir mit Recht in der bakteriellen Plaque sehen. Schon hier aber lässt sich oft nicht auf den ersten Blick erklären, weshalb bei einigen Patienten schlechte Pflege oft nur zu mäßiger Erkrankung führen, während andere Patienten vergleichsweise geringe Pflegedefizite teuer bezahlen. Neben genetischen, allgemein-medizinischen Gründen und Unterschieden in der Art der Keimbiosiedlung wird zunehmend das Vorhandensein von Depressionen als wesentlicher Faktor diskutiert. Einmal ist leicht nachzuvollziehen, dass es durch eine Reduktion des Antriebs und des Interesses sowie einer Veränderung von Stimmung und Affekt zu einer Vernachlässigung der Mundhygiene kommen kann (auch für die Entstehung von Karies erscheint dies als ein wichtiger Teilaspekt). Auf neurophysiologischer Ebene führt eine gestörte Vigilanz zu erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung, und auf der neuroendokrino-logischen Ebene kommt es über eine Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse zu einer Schwächung des

Immunsystems. Die Prognose wird zusätzlich verschlechtert von gesteigertem Rauchverhalten als Ausdruck der oralen Tönung depressiver Patienten, evtl. auch durch medikamentös induzierte Xerostomie.

Es ist natürlich keine Frage, dass hier die bekannten somatischen Diagnosen und Therapieansätze unausweichlich sind, aber es kann schon hier deutlich werden, wie wichtig es in Zukunft werden wird, schon hier zu einer ganzheitlichen psychosomatischen Sicht zu kommen, die frühzeitig psychogene Anteile und deren Therapie mit einschließt.

### ■ Bruxismus – der verbissene Konflikt

Gehen wir einmal davon aus, dass bei üblicher mitteleuropäischer Ernährung der mechanische Abrieb an den Zähnen eher gering sein dürfte, und unterstellen wir einmal, dass Substanzverluste durch Fehlstellungen bzw. überbelastende Rekonstruktionen eher auf einzelne Zähne, Zahngruppen und Antagonistenpaare begrenzt sein müssten, und die Zerstörung spätestens bei Erreichen einer entsprechenden Nivellierung zur Ruhe kommen müsste, dann stellt sich zunehmend die Frage, weshalb wir immer häufiger schon bei Patienten im „frühen Mittelalter“ zunächst an allen Frontzähnen, zunehmend dann auch an den Molaren Abrasionen feststellen.

Durch entsprechende Fragestellung erfahren wir dann von „Stress“ verschiedenster Herkunft, wobei sich hinter diesem Begriff nicht selten eine depressive Grundstruktur erkennen lässt: Die Angst, bei offen aggressivem Verhalten, bei Ärger und Wut den Verlust der Beziehungsperson zu provozieren, der masochistische Hang zur Selbstaufopferung, das Zusammenspiel von Übergewissenhaftigkeit einerseits und der gestörten Stressverarbeitung wegen Hemmung der freien Aggressionsabfuhr andererseits sind es, die den Depressiven nötigen, heimlich nachts, wenn nicht einmal er selbst es bemerkt und das „Über-Ich“ als Bremse wegfällt, wie unsere Vorfahren das Kinn als markante Drohgebärde dem „Feind“ entgegenzuschieben, und der sich in der Muskulatur mangels Angriff- oder Fluchtmöglichkeit aufstauenden Anspannung knirschend eine Abfuhr zu ermöglichen. Leicht verstehbar, dass dauerhafte Belastungen dieser Art dann nicht nur die Zahnoberflächen, sondern auch die Kiefergelenkflächen, Parodont und Kaumuskulatur unter Dauerstress setzen, was letztlich mit chronischen Schmerzzuständen beantwortet werden kann, leicht nachvollziehbar auch, dass es hier nicht getan sein kann mit Aufbissbehelfen, Einschleifen oder Rekonstruktionen, die dann womöglich mit einer „Lifetime-Schiene“ geschützt werden müssen.

Natürlich sollen die üblichen funktionstherapeutischen Maßnahmen – günstigerweise in Verbindung mit Physiotherapie und Entspannungsübungen (progressive Muskelrelaxation nach Jakobson, evtl. auch autogenes Training), Feedback-Training, Selbstmassagen, evtl. auch Medikamente (Muskelrelaxantien, Analgetika) – erfolgen, soweit sie nicht zu Polypragmasie oder zu nur noch unterschwelligem „Leidensdruck“ führen, denn ein dauerhafter Erfolg ist nur in Verbindung mit Psychotherapie zu erwarten (s. u.).

### ■ Chronische Schmerzen – wenn die Seele leidet

Somatisierungen depressiver Neurosen kommen in allen Bereichen des Körpers oft mit wechselnden Lokalisationen und Intensitäten vor. Aus bereits genannten Gründen ist jedoch der Mundraum gerade beim Depressiven bevorzugter Darstellungsort innerer Spannungszustände: „Eigentlich, Herr Doktor, geht's mir bestens – wenn nur diese unerträglichen Schmerzen nicht wären.“ Diese werden dann oft umständlich, weitschweifig und mit dramatischen Worten geschildert, manchmal sogar kontrastiert von gewinnendem Lächeln. Manchmal war der Grundstein für das chronische Geschehen eine harmlose Verletzung, eine sonst schnell heilende körperliche Erkrankung, manchmal auch nur eine diffuse Klagsamkeit, deren organischer Kern ebenso wenig fassbar wie heilbar war.

Nicht selten tragen dann die gemeinsame Hilfslosigkeit, überspielende, jedoch zunehmend invasive zahnärztliche Wiederholungsuntersuchungen und Behandlungen wesentlich zur Chronifizierung oder gar Verschlechterung bei – Es

könnte ja etwas übersehen worden sein! – Der Patient indessen muss zunehmend daraus die Bestätigung ableiten, dass da doch etwas sein müsse, wenn der Doktor immer wieder zusätzliche Untersuchungen und Therapien versucht. Also keine zusätzlichen oder wiederholten Untersuchungen oder Behandlungen, also ohne klare Indikation – schon gar nicht zu Beginn oder während einer depressiven Phase!

Aber selbst, wenn meist auch ein geringfügiger organischer „Kern“ vorliegen mag, so geht es im Wesentlichen doch um die Rationalisierung einer Angst: Das Verlassen der körperlichen Ebene hätte die zunächst schmerzhaftere Konsequenz, sich eben mit den auf diese Weise abgewehrten unbewussten Konflikten (oft schmerzhaft Verluste und Einbußen, die als Kränkung empfunden werden) beschäftigen zu müssen – besser erscheint da unbewusst, die Verantwortung für die „Reparatur“ dem Zahnarzt zu übergeben und zudem „Krankheitsgewinne“ einzustreichen:

- Seelische Energie wird dem Konflikt entzogen und erhält im Schmerz eine Abfuhr – das innere Gleichgewicht wird aufrechterhalten oder wiederhergestellt (primärer Krankheitsgewinn). Tatsächlich ist durch den Schmerz die Depressivität oft herabgesetzt – der Schmerz wird zum inneren Ersatzobjekt.
- Der Patient erhält Zuwendung, Rücksichtnahme und Erleichterungen vom Umfeld, manchmal sogar finanzielle Kompensationen oder erreicht frühe Berentung (sekundärer Krankheitsgewinn). ➔



Einmal mehr wird deutlich, wie viel wichtiger es ist, sich an das Schema der vorgenannten Positivkriterien zu halten und, wenn auch ungewohnt, selbst als Zahnarzt den Patienten nach seelischen Belastungen besonders in zwischenmenschlichen Kontakten zu fragen, als dem „Maschinenmodell“ einer einseitig technisch orientierten Medizin verpflichtet, ausschließlich mit der Lupenbrille auf die „Drei-Punkt-Kontakte“ der Okklusalfächen zu starren.

Nicht selten äußern von chronischem Schmerz geplagte Menschen mehr oder weniger versteckte Suizid-Gedanken oder -Absichten, die in jedem Fall ernst genommen und durchaus konfrontativ und konkretisierend hinterfragt werden müssen. – Das Verdeutlichen der Tatsache, dass Suizidabsicht selten bedeutet, tot sein zu wollen, vielmehr so nicht mehr leben zu wollen, das Durchspielen der Suizidhandlung in seiner Unumkehrbarkeit und in seiner Bedeutung für die Angehörigen ermöglicht, verbunden mit einer verbindlichen Übereinkunft oft zumindest rettenden Aufschub – Zeit, um eine Überweisung zur Psychotherapie schonend vorzubereiten, ist, neben dem abwertenden Gefühl des Makels, auch hier jedes Wegschicken gerade für depressive Menschen eine mögliche erneute Verletzung durch Trennung. Nur in einer stabilen Arzt-Patienten-Beziehung kann es gelingen, die körperlichen Symptome auf den verdrängten oder verleugneten Aspekt zurückzuführen, nur hier besteht die Chance, dass der Patient bereit wird für eine antidepressive Therapie, also Aufnahme einer aktiven Beziehung zu eigenen Problemen mit dem Ziel, das Leben wieder als lebenswert zu empfinden.

Dabei wird es um das Umgehen mit psychosozialen Problemen, mit dem Schmerz selbst, aber auch um das Bewältigen der Depression gehen. Speziell die Schmerzbewältigung erfolgt schrittweise über das Protokollieren des Verhaltens und der Gedanken hinführend zur Schmerzakzeptanz und zu Bewältigungsstrategien. Dazu gehören dann Entspannung auf körperlicher, geistiger und seelischer Ebene, verbunden mit Selbstbeobachtung und dem Erlernen, auf Schmerz nicht mehr mit Anspannung zu reagieren, sowie eine Wahrnehmungslenkung weg von furchtsamer Erwartung und Konzentration auf den Schmerz hin auf positive Erlebnisse oder Aktivitäten. Medikamentöse Unterstützung geschieht ärztlicherseits meist durch Antidepressiva, unterstützt evtl. von Tranquilizern oder Neuroleptika.

#### ■ „Prothesenunverträglichkeit“

Nicht zu unterschätzen, weil gerade auch für den Zahnarzt oft mit dramatischen Folgen, sind Projektionen depressiver Neurosen, besonders von deren phasischer Exazerbation auf Zahnersatz, dessen Eingliederung dann geradezu zum Kristallisationspunkt werden kann. Auch hier geht es unbewusst darum, depressive Affekte wie z.B. innerer unerträglicher Leere zu vermeiden zugunsten körperlicher Beschwerden, die dann gleichsam zur Eintrittskarte in die Praxis werden. Natürlich kann – ja darf – der Zahnarzt den Ansprüchen des Patienten keinesfalls gerecht werden, sondern muss erfolglos, hilflos und ohnmächtig gegenüber dem somatisierten Symptom bleiben.

Hier wird – anders als beim chronischen Schmerz – ohne Umweg nicht nur die depressive Verfassung, sondern eben auch die Verantwortung direkt dem Zahnarzt übertragen – nicht ganz zu Unrecht, sofern dieser unbedacht die Zahnersatz-Versorgung in die Tal-Phase einer Depression verlegt hat. Unbewusst wollte der Zahnarzt etwas überbrücken, was so nicht überbrückt werden kann. Zwar kann man den Patienten nicht zustimmen, die ihre Beschwerden und in Verwechslung von Ursache und Wirkung auch ihre Depressivität auf den Zahnersatz beziehen, aber dass der Zahnersatz nicht doch eine teilursächliche provozierende Wirkung gehabt haben könnte, lässt sich nicht verleugnen. Zu oft lassen sich Provokation oder zumindest Exazerbationen von Depressionen bei Eingliederung von ZE beobachten. Die Frage des Verschuldens hängt letztlich davon ab, ob der behandelnde Zahnarzt das ihm in der Praxis angemessene Mögliche getan hat. Sich Klarheit über die seelische Situation seines Patienten zu verschaffen, z.B. durch eine biopsychosoziale Anamnese-Erhebung, zumindest aber durch das Einbeziehen gezielter Fragen nach dem seelischen Befinden bei der Behandlungsplanung, ist einfacher als Problemlösungen im Nachhinein. Oft wird eine Kaskade von Nachuntersuchungen oder gar Nach-Verböserungen einer womöglich regelrechten Versorgung losgetreten – zumeist mit gutachterlicher „Unterstützung“, die nicht selten aus einer geringfügigen Abweichung von einer lehrbuchmäßigen Versorgung die vermeintliche Ursache zu erkennen glaubt, obwohl auch hier der mögliche Befund keinesfalls das Befinden des Patienten erklären kann – mit allen beschriebenen Folgen.

Dabei ist selbstverständlich die (einmalige!) (Nach-) Prüfung der Basiskongruenz/Randschluss von Kronen, Kieferrelationen/Okklusion, evtl. auch ein Allergietest bei entspr. Symptomen sinnvoll.

Ein gewisser „Unschuldsbeweis“ – der aber wegen Gefährdung der Arzt-Patienten-Beziehung nicht dem Patienten vorgelegt und als Hinführung zu anders gearteten therapeutischen Ansätzen genutzt werden kann, ja den Patienten möglicherweise in seiner Sicht bestärkt, es handle sich um zu behobende ZE-Mängel, die immer wiederkehrende Behandlungen nach sich ziehen – liegt in „erfolgreichen“ Placebobehandlungen – Vitamintabletten helfen statt Schmerztabletten, Vaseline ersetzt anästhesierende Salbe, Fräser im Linkslauf und Kühlung der Prothese lassen Druckstellen verschwinden ...

Überzeugender sind Testbehandlungen wie reversible provisorische Unterfütterungen oder Eingliederung weicher Schienen. Sind (erneut) unlogische Befindlichkeiten des Patienten festzustellen, reagiert dieser mit Fluktuation der Beschwerden oder empfindet er schon den Versuch als Zustimmung, kann von primär psychogenen Beschwerden ausgegangen werden, die rein zahnärztlichen Maßnahmen gegenüber resistent sein werden.

Eine Überleitung der Behandlung in psychotherapeutische Hände gestaltet sich nicht nur deshalb schwierig, weil dies in Deutschland noch immer als Makel gilt, sondern auch,

weil der Patient so das Objekt seines o. g. primären Krankheitsgewinnes verliert. Zudem hat er bereits viel Geld, Zeit und auch frustrierte Hoffnungen investiert, die abzuschreiben er nicht unbedingt geneigt ist. Was kann jetzt noch geschehen, damit sich der Patient weder betrogen noch abgehoben fühlen muss?

Ein erster Schritt sollte im Versuch einer – wenn auch verspäteten – Kontaktaufnahme mit dem Vorbehandler bestehen, vielleicht auch in dem Versuch, über ein vertrauensvolles Gespräch z.B. durch eine geeignete Mitarbeiterin von persönlichen Hintergründen des Patienten etwas in Erfahrung zu bringen.

Ergeben sich dabei Hinweise, dass seelische Belastungen vorliegen und Sie erfahren zudem, dass schon der vorbehandelnde Kollege womöglich mit ähnlichen Schwierigkeiten zu kämpfen hatte, dann lässt sich im günstigsten Fall dem Patienten verdeutlichen, dass nicht zwei Zahnärzte unabhängig voneinander die selben „Fehler“ gemacht haben können, und es wird eine günstige Weichenstellung zur Überweisung möglich. Nicht selten aber muss der betroffene Zahnarzt sein Schicksal erst einmal in die Hände eines Gutachters geben und darauf hoffen, dass dieser keinem anderen Interesse und Auftrag folgt als festzustellen, ob die vom Patienten beschriebenen Beschwerden einem passenden technischen bzw. somatischen Befund zuzuordnen sind. Findet auch dieser keinen solchen Zusammenhang, wird es zumindest möglich, dem Patienten glaubhaft zu machen, dass es zu seinen Beschwerden keine technischen oder körperlichen Befunde gibt, und ihn zu fragen, ob ihn diese Auskunft zufrieden stellt oder ob er dazu mehr wissen möchte. Bejaht er dies, ist es möglich, eine eigene Hypothese zu denkbaren seelischen Ursachen anzubieten, wobei „Stress“, weil als ubiquitär vorhanden, bekannt ist und als Hinweis für Fleiß gewertet, ein Türöffner darstellen kann für den Vorschlag, nach „professioneller Hilfe“ zu suchen. Für besser hielte ich es, wenn Zahnärzte im Sinne einer „psychosomatischen Grundversorgung“ solches anbahnen könnten.

Wie bei allen vorgenannten somatoformen Störungen muss das Ziel eine erfolgreiche Überweisung sein, im Regelfall zum Facharzt für Psychotherapie und Psychosomatik, der die Behandlung weiterführt in einer Kombination anerkannter Psychotherapie (tiefenpsychologische Psychotherapie, Verhaltenstherapie oder Gesprächs-Psychotherapie) mit Medikamenten, wobei in letzter Zeit die selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) wie z.B. Zoloft® oder Citalopram® zunehmenden Stellenwert gewonnen haben.

### ■ Schlussfolgerungen/Konsequenzen

Wenn schon vor zwei Jahrzehnten Prof. Müller-Fahlbusch als einer der „Urväter“ zahnärztlicher Psychosomatik feststellte, dass es unmöglich sei, zu wählen, ob man „Psychagogisch“, wie er es nannte, handeln möchte oder nicht, vielmehr einzig, ob man es denn förderlich oder schädlich tun möchte, dann ergibt sich zweifelsfrei zunächst für jeden einzelnen Zahnarzt die Herausforderung, nach Möglichkeiten in Fort- und Weiterbildung (Curricula) zu suchen, die heraushelfen aus der Schmalspur-Zahnmedizin einseitig

technisch-somatischer Prägung hin zu einer ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Patienten-Sicht.

Dazu gehört auch so etwas wie „eigene Menschwerdung“ – wer nicht in der Lage ist, zum „Nach-Beeltern“ eines anderen – speziell depressiven – Menschen, ihn bildhaft gesprochen, auch nur mit Worten in den Arm zu nehmen, ist in der geforderten Arzt-Patienten-Beziehung eher eine Fehlbesetzung.

Das Ziel muss also eine Professionalität durch Weiterbildung und -entwicklung sein, die sich versteht als eine am Gemeinwohl ausgerichtete Handlungsorientierung, die zur Habitualisierung der Selbstkontrolle und schließlich zu einem hohen Ausmaß an Autonomie zur Bestimmung und Lösung von professions-relevanten Problemstellungen führt auf fachlich-organisatorischer, aber auch kultureller, sozialer und individueller Ebene. Dabei darf der einzelne Zahnarzt nicht allein gelassen werden:

Hochschule wie wissenschaftliche Vereinigungen müssen handlungsrelevantes Wissen vermitteln, Verbände müssen Unterstützung für die Umsetzbarkeit anbieten, denn fachliche und ethische Forderungen haben niemals Bestand im luftleeren Raum.

Sollen Lehre und Forschung einerseits wie Ausbildung, Fort- und Weiterbildung andererseits mehr sein als eine Art akademisch-wissenschaftliche Selbstdarstellung und -befriedigung, muss alles Tun in einen rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmen gestellt werden. Der verantwortungsvoll handelnde psychosomatisch tätige Zahnarzt muss sein Tun nicht nur in eigener Qualifikation abgesichert wissen, sondern auch im Zuspruch von Kompetenz und Handlungserlaubnis. Er muss zu seiner existentiellen Sicherheit seinen hohen Aufwand an Zeit auch betriebswirtschaftlich angemessen ausgeglichen erfahren können.

Helfende und heilende Tätigkeit muss wieder in einen gesellschaftlichen Kontext gestellt werden. – Jene, gerade auch in den neuen Bundesländern noch vorhandenen Sichtweisen gilt es zu unterstützen, die neben einem um sich greifenden Neo-Liberalismus noch Werte setzen, die im Menschen mehr sehen als seinen Marktwert und in seiner Gesundheit mehr als eine Frage von Kapital.

*Dr. Joachim Stoffel,  
Sonthofen  
[www.balint-stoffel.de](http://www.balint-stoffel.de)  
[info@balint-stoffel.de](mailto:info@balint-stoffel.de)*

