

Konzepte zum Umgang mit Problempatienten

Hans-Joachim Demmel

Patienten, die durch ihr Verhalten auffällig und „sonderbar“ reagieren, gehören in den Praxisalltag. Nicht selten liegt hinter diesem „Auftritt“ eine psychische Störung. Da die Zahnmedizin aber auch im Sinne der Psychosomatik als Teilgebiet der Humanmedizin zu verstehen ist sollen solche Krankheitsbilder erklärt werden. Hier eine Anleitung zum Umgang mit dem „Problempatienten“.

Das Paradigma der Psychosomatischen Medizin fordert, Krankheiten nicht nur als lokales, somatisches Geschehen zu sehen. Krankheiten können nur in gesamtmedizinischen, bio-psycho-sozialen Zusammenhängen („Ganzheitsmedizin“ im eigentlichen Sinn) erfasst und verstanden werden. Die Bedeutung dieser Faktoren für Entstehung und Entwicklung einer Erkrankung sind zu bewerten und bestimmen die Therapie. Das gilt auch für orofaziale Erkrankungen. Sinn der Psychosomatischen Medizin ist nicht, alle Erkrankungen zu psychologisieren, sondern sie differenziert zu betrachten. Nur so ist auch der Umgang mit Problempatienten in der zahnärztlichen Praxis zu schaffen.

Es kann keine spezielle Psychosomatik der Zahnmedizin geben, sondern nur besondere, psychosomatische Aspekte dieses medizinischen Fachgebietes im allgemeinmedizinischen Rahmen. Die Publikationen dieser zm-Beiträge zur Psychosomatik haben zum Ziel, diese besonderen Aspekte dem Zahnarzt zu vermitteln.

Wenn im Folgenden von psychosomatischen Krankheiten gesprochen wird, so muss deutlich gemacht werden, dass damit die Krankheiten gemeint sind, bei denen die psychischen und sozialen Ursachen in besonderem Mass bedeutsam sind. Grundsätzlich muss angemerkt werden, dass bei allen Erkrankungen biologische (somatische), psychische und soziale Faktoren eine Rolle spielen [7]. Eine Auftrennung in somatische und psychosomatische Erkrankungen ist obsolet. Damit kommt der psychosomatischen Fortbildung in der Zahnmedizin als Ergänzung zur bisher somatisch bestimmten Ausbildung grosse Bedeutung zu.

Der erste der Beiträge dieser zm-Reihe zur Psychosomatik in der Zahnmedizin (Der psychosomatisch kranke Patient in der zahnärztlichen Praxis [4]) definierte eine Begründung der Psychosomatik in der Zahnmedizin. Im zweiten Teil (Der „merk-würdige“ Patient in der zahnärztlichen Praxis, [5]) wurde festgestellt, es gibt Patienten in der zahnärztlichen Praxis, die „merk-würdig“, „verwunderlich“ oder „schwierig“ erscheinen, die „aus den Raster fallen“, weil die Beschwerden oder die Symptomschilderung nicht zu den anatomisch-physiologisch, nur somatisch und oft monokausal definierten Krankheitsbildern passen, wie sie üblicherweise im Studium erlernt werden. Es sei an den Begriff der Unvereinbarkeit von

Befund und Befinden erinnert [1]. Im dritten Teil (Wenn Probleme auftauchen [6]) wurden „Werkzeuge“ genannt, um solche Patienten rechtzeitig erkennen zu können.

In dieser Folge soll versucht werden, Zahnärzten ohne spezielle Fortbildung in Psychosomatischer Medizin einen „Fahrplan“ zu vermitteln zum besseren Umgang mit Patienten, deren Leiden wesentlich psychosomatisch begründet erscheinen, da die „Werkzeuge“ dies annehmen lassen.

Konzepte zum Umgang mit Problempatienten

Der Umgang mit psychosomatisch kranken Patienten kann problematisch sein, da der Zahnarzt keine Konzepte erlernt hat, die zugrunde liegende Krankheit zu erkennen und zu behandeln. Nicht immer sind diese Patienten von Anfang an auffällig. Es ist also nötig sich auch im Verlauf einer üblichen zahnärztlichen Behandlung immer wieder der „Werkzeuge“ [6] zu erinnern.

Der Patient sucht die zahnärztliche Praxis auf zur routinemässigen Kontrolluntersuchung, weil er Rat und Hilfe für seine Krankheit braucht, oder weil er ein Problem hat, das aus seiner Sicht der Zahnarzt beheben könnte. Zu nennen sind unter Anderem Schmerzen in orofazialen Bereich, prothetische, ästhetische, funktionelle oder kieferorthopädische Probleme. Nicht immer wird oder kann der Patient sein Problem, und welche Bedeutung es für ihn hat, deutlich formulieren. Oft versteckt der Patient hinter dem Wunsch einer routinemässigen Kontrolluntersuchung die Erwartung, der Zahnarzt würde schon das eigentliche Problem erkennen. Auch präsentierte Symptome zeigen nicht strikt den ganzen Umfang der Erkrankung. So können beispielsweise Schmerzen durch hypersensible Zähne auf funktionelle Fehlbelastungen hinweisen, die nicht durch die normale Kaufunktion bedingt sind, sondern durch Parafunktionen. Dies gilt ebenfalls für Zahnabsplitterungen oder Füllungsbrüche. Besondere Aufmerksamkeit ist bei Prothesenunverträglichkeiten und ästhetischen Behandlungswünschen angesagt. Das präsentierte Symptom muss hinterfragt werden. Es entspricht nicht immer dem wirklichen Leiden.

Die Beratung des Patienten kann nicht allein auf der Grundlage somatischer Untersuchungen erfolgen. Nur eine Untersuchung, die personenbezogen die bio-psycho-sozialen Aspekte der Erkrankung einbezieht, schafft Voraussetzungen für eine hinreichend gründliche Diagnostik und ermöglicht so eine individuelle Beratung und Therapie. Es ist unbedingt nötig, festzustellen, ob die somatischen Befunde wesentlich sind –und damit die Therapie bestimmen-, ob psychische Gründe die eigentliche Ursache des Leidens sind, oder ob eine psychische Komorbidität besteht, bei der ausser der zahnärztlich-somatischen Therapie noch andere Aspekte und Therapien zu berücksichtigen sind. Es ist dringend davor zu warnen, bei schwierigen oder „merk-würdig“ erscheinenden Patienten alle zahnmedizinischen Erkrankungen und Probleme vorschnell zu psychologisieren, aber andererseits auch davor, einseitig nur die somatischen Aspekte zu berücksichtigen. Nicht selten wird erst nach vielen vergeblichen, somatisch begründeten Therapieversuchen bedacht, dass auch psychische Ursachen Krankheitsentstehung, Krankheitsverlauf und den Umgang des Patienten mit der Erkrankung bestimmen könnten.

Im Gegensatz zu somatisch bedingten Krankheiten reicht aber das Erkennen der Krankheitsursache durch den Zahnarzt bei psychosomatischen Krankheiten nicht aus, um dem Patienten eine adäquate Therapie zukommen zu lassen. Der Patient müsste ein Einsehen bekommen für die eigentlichen Ursachen seiner Erkrankung, um für die weitere Therapie Compliance zu entwickeln. Die eigentliche Schwierigkeit, besteht darin, dieses Einsehen zu erreichen. Gerade die Unfähigkeit des Patienten, sein Problem auf der psychischen Ebene zu bewältigen, hat zur Somatisierung beziehungsweise somatischen Fixierung der Probleme geführt. Da dies kein bewusster Vorgang ist, muss die Mitteilung der (Verdachts-) Diagnose „psychosomatische Erkrankung“ auf Unverständnis und starke Abwehr stossen. Ohne Kenntnisse psychologischer Kommunikationstechniken und psychotherapeutischer Gesprächsführung wird es kaum möglich werden, die Abwehr zu vermeiden und den Patienten zum Erkennen der eigentlichen Ursachen seiner Erkrankung zu führen. Ideal wäre es, wenn es im Gespräch mit dem Patienten gelänge, dass er wie von selbst die eigentlich psychischen Ursachen seiner Erkrankung zu vermuten beginnt. Das ist aber nur möglich, wenn schon vor dem Fehlschlagen somatischer Behandlungsversuche das Beratungsgespräch mit offenen Fragen geführt wird. Dadurch spürt der Patient das Interesse des Behandlers für seine gesamte Person und seine Situation. Er kann hinreichendes Vertrauen entwickeln, sich zu öffnen.

Es ist wichtig, nicht nur beim schon primär schwierig erscheinenden Patienten, sondern in jedem Fall möglicherweise psychogene Ursachen oder Mitbeteiligung beim Krankheitsgeschehen zu bedenken. Insbesondere beim extrem angepassten Patienten oder bei den Behandler in unangemessener Form überhöhenden Patienten muss damit gerechnet werden, dass sie sich sehr schnell zum Problempatienten entwickeln können (so genannte „Koryphäenkiller“).

Es werden Schritt für Schritt die einzelnen Abschnitte des Behandlungsablaufs durchgegangen, um jeweils die Punkte aufzuzeigen, an denen der psychosomatische oder für die normale Praxis schwierige Patient erkannt werden kann, und wie der Zahnarzt damit umgehen könnte. Zum differenziellen Vorgehen sei hier ein „Fahrplan“ entworfen.

Erste Mitteilung

Bei der Anmeldung zur Behandlung und beim Erstgespräch mit dem Zahnarzt teilt der Patient Behandlungswünsche mit. Sind diese konkordant? Nicht selten meldet sich der Patient zu einer allgemeinen Kontrolluntersuchung an, um dann doch beim Termin ein spezielles Problem anzusprechen. Es erscheint deshalb wichtig, den Anmeldewunsch und gegebenenfalls auch die Erstbemerkung gegenüber der Zahnarzthelferin zu dokumentieren. Differenzen könnten auf ein persönliches Problem hinweisen und sollten angesprochen werden. Die Nachfrage sollte ohne Vorwurf wertneutral erfolgen. Zum Beispiel: „Ich habe unterschiedliche Mitteilungen zu Ihrem Behandlungswunsch vermittelt bekommen [Nennen der verschiedenen Mitteilungen].“ Jetzt folgt eine kurze rhetorische Pause, die dem Patienten offen lässt, sich persönlich zu äussern. Schweigt der Patient, so folgt die Frage „welcher erscheint Ihnen am wichtigsten?“ Sind die Mitteilungen des Patienten konkordant,

könnte die Frage „wie fühlen Sie sich jetzt?“ weiter führen. Diese offene Frage überlässt es dem Patienten, ob er nur von seinen zahnmedizinischen Problemen spricht oder die persönliche Situation schildert, in der seine zahnmedizinischen Probleme eine Rolle spielen. Grenzt der Patient seine Schilderung völlig auf somatische Befunde ein, wird die genaue Beachtung seiner Wortwahl, der Mimik und der Körperhaltung erste Signale für den Zahnarzt ergeben, ob hier wirklich eine somatisch begründete Krankheit vorliegt oder wesentliche psychosoziale Faktoren zu ermitteln sind. Die genaue Deutung der Körpersprache bedarf zwar einer speziellen Ausbildung, doch wird der allgemeine Ausdruck der emotionalen Befindlichkeit im Gesicht schon von drei Tage alten Säuglingen erkannt. Neuere neurobiologische Forschung fand subkortikale Strukturen, die für diese Gesichtserkennung aktiviert sind. Bewusstes Wahrnehmen ist hier ausgeschlossen. Auch dem Erwachsenen sind diese körpersprachlichen Zeichen unbewusst zugänglich. Für die hier nötige Berücksichtigung für diagnostische Zwecke müsste der Behandler lediglich diese Zeichen bewusst wahrnehmen. Das gilt nicht nur für den Gesichtsausdruck, sondern zum Beispiel auch für die Haltung der Hände und Füße. Beim Gespräch mit dem Patienten muss der Zahnarzt also die gesamte Person im Auge haben.

Der Behandlungswunsch

Jeder Patient, der in die zahnärztliche Sprechstunde kommt, hat einen Wunsch an den Zahnarzt. Sei es, dass er nur bestätigt haben möchte, keinen Schaden oder keine Krankheit im orofazialen System zu haben –also gesund zu sein-, oder sei es ein gespürtes Leiden fachärztlich definiert zu bekommen mit einem Vorschlag zur Therapie. Es ist sehr wichtig, den Wunsch des Patienten zu ergründen. Nicht jeder Patient wird sein Problem klar benennen. Nicht selten kann er dies aus psychologischen Gründen auch nicht selbst erkennen. In diesen Fällen braucht er psychotherapeutische Hilfe, die vorerst der Zahnarzt ihm geben muss. Erst wenn wir wissen, welchen Wunsch der Patient an uns hat, kann der Zahnarzt entscheiden, wie und ob er diesen erfüllen kann. Die Ergründung des Behandlungswunsches erfordert eine eingehende Anamnese.

Die Anamnese

Die Anamnese ist entscheidend für das differenzierte Erkennen der wesentlichen Ursachen für das Problem des Patienten. Sie erfordert eine offene Gesprächsführung. Die Bedeutung des professionellen, ärztlichen Gesprächs wurde bereits in der vorhergehenden Publikation dieser zm-Reihe „Der psychosomatisch kranke Patient in der zahnärztlichen Praxis“ erläutert [6]. Das Konzept dieser biopsychosozialen Anamnese für die ärztliche Praxis ist von R. Adler [8] ausführlich beschrieben worden. Eine zusammenfassende Darstellung dieser Form der Anamnese für die zahnärztliche Praxis findet sich in einer früheren Publikation der Zahnärztlichen Mitteilungen [9]. Der Text ist auf der Internetseite www.demmel-berlin.de /Publikationen/Fortbildungstexte bereitgestellt und kann dort nachgelesen werden.

Das professionelle Arbeiten mit der biopsychosozialen Anamnese bedarf allerdings einer umfassenden Fortbildung mit supervidierten Übungen. Es ist keine einfache

Handlungsanweisung. Jeder Zahnarzt kann aber nach dem Literaturstudium erkennen, wie er seine Anamnese verbessern kann und wo Grenzen sind, die nur durch eine qualifizierende Fortbildung überschritten werden dürfen.

Die körperliche Untersuchung

Ergibt sich aus der Problemschilderung des Patienten die Notwendigkeit einer sehr umfangreichen Anamnese, so ist es ratsam, die körperliche Untersuchung in einer getrennten Sitzung durchzuführen. Damit ist es dem Zahnarzt möglich, die Daten aus der Anamnese zu sortieren, auf Vollständigkeit zu überprüfen und sie bei der körperlichen Untersuchung diesen Befunden besser zuordnen zu können beziehungsweise eine Diskrepanz zwischen Befund und Befinden deutlicher zu erkennen. Die körperliche Untersuchung hat immer mit grösster Sorgfalt zu erfolgen. Durch einen "merk-würdig" erscheinenden Patienten darf sich der Zahnarzt nicht dazu verführen lassen, das Leiden des Patienten nur als psychogen einzuordnen. Auch ein Patient mit einer Persönlichkeitsstörung oder einer ausgeprägten Neurose könnte zum Beispiel eine beginnende Pulpitis haben oder eine unklare Pericoronitis eines retinierten Molaren. Er wird seine Beschwerden aber auffällig anders schildern, als der Patient ohne psychische Komorbidität. Das kann zu Fehldiagnosen führen.

Die Diagnose

Die Befunde aus der biopsychosozialen Anamnese und der körperlichen Untersuchung werden zu einer Gesamtbeurteilung zusammengeführt. So ist es möglich, Krankheiten zu erkennen, die im oben genannten Verständnis als psychosomatische Erkrankungen zu bewerten sind, und davon Krankheiten zu unterscheiden, die im Grunde „nur“ einer somatischen Therapie bedürfen. Die Gesamtdiagnose führt zur personen- und problembezogenen Beratung des Patienten.

Die Beratung

Die Beratung ist deutlich zu unterscheiden von der Aufklärung. Aufklärung ist eine juristische Pflicht, den Patienten hinreichend über die Diagnose, die therapeutischen Möglichkeiten und die Risiken zu informieren. Dies ist eine Mitteilung über den Patienten und seine Krankheit. Die Beratung ist ein offenes Gespräch mit dem Patienten über alle Ursachen, die Entwicklung, die therapeutischen Möglichkeiten und die Prognose. Es ist wichtig, festzustellen, ob der Patient die Problembedeutung seiner Erkrankung thematisieren und erfassen kann. Nicht immer ist es dem Patienten möglich, die Problembedeutung klar zu äussern oder zu erkennen. Häufig wird diese verdrängt, da psychischen Hintergründe zu belastend sind. Zur Beratung gehören auch der Therapieplan einschliesslich eines Zeitplanes, die Erörterung notwendiger provisorischer Versorgungen, die Besprechung der Kostenfrage und der möglichen Beeinträchtigung über die Zeitdauer der Therapie.

Erkrankungen, die vorwiegend psychogene Ursachen haben, und psychotherapeutisch behandelt werden müssen, erfordern in der Regel vor eventuell auch notwendigen

zahnärztlichen Therapien eine Überweisung zur Psychotherapie. Das gilt auch bei psychischer Komorbidität, falls sie einen normalen Behandlungsgang kaum möglich erscheinen lässt.

Das Besprechen einer solchen Überweisung gehört unbedingt zur Beratung. Sie ist ohne psychotherapeutische Kenntnisse aber äusserst schwierig, da der Patient seine Krankheit nur somatisch sehen kann, denn die Verschiebung vom psychischen Leiden in somatische Symptome ist ja gerade der Grund für die psychosomatische Erkrankung. Oft meint der Patient deshalb, der Zahnarzt würde ihn als Simulanten, eingebildeten Kranken oder gar als verrückt ansehen. Eine Compliance der Überweisung wäre in diesem Fall unwahrscheinlich. Die Ausnahme ist die Behandlungs- oder Zahnarztphobie. Hier ist dem Patienten eine psychotherapeutische Mitbehandlung leichter zu vermitteln.

Das Beratungsgespräch bei diesen Patienten ist der Teil der erforderlichen Psychotherapie, die zur zahnärztlichen Ausbildung gehören sollte – denn die Vermittlung der Einsicht in eine notwendige Psychotherapie ist bereits Psychotherapie. Zur Zeit ist diese Fähigkeit nur postgraduell mit einer Fortbildung in Psychosomatischer Grundkompetenz zu erwerben (für Zahnärzte jetzt auch durch ein Curriculum der Akademie Praxis und Wissenschaft möglich). Für nicht psychotherapeutisch fortgebildete Zahnärzte werden in einer der nächsten Folgen dieser zsm-Reihe zur Psychosomatik in der Zahnmedizin Handlungsanweisungen gegeben werden, die eine Einsicht des Patienten und die Compliance ermöglichen.

Die Therapie

Die Behandlung der psychosomatisch kranker Patienten mit in der Regel notwendigen zahnärztlich somatischen Therapie ist für den nicht psychotherapeutisch weitergebildeten Zahnarzt nur in Zusammenarbeit mit einem Psychotherapeuten möglich. Für Erfolg und Akzeptanz zahnärztlicher Arbeit ist bei diesen Patienten die Einleitung der Psychotherapie vor den zahnärztlichen Massnahmen zwingend erforderlich. Nachträgliche Erklärungen eines eventuellen Misserfolges durch Anführen psychischer Gründe sind aus ärztlichem und humanistischem Verständnis nicht akzeptabel. Sie werden vom Patienten so auch kaum akzeptiert und könnten nicht selten juristische Probleme ergeben.

Die Prognose

Nur ein Patient, der sich auch verstanden fühlt, wird Compliance entwickeln, den zahnärztlichen Massnahmen zustimmen können, den Stress der Behandlung aushalten, die zahnärztliche Arbeit erfolgreich inkorporieren und schlussendlich auch unsere Liquidation der Leistungen akzeptieren.

Nur durch einen Umgang mit dem Patienten, der seine Persönlichkeit, seine Situation und seine Möglichkeiten berücksichtigt, wird ein langfristiger Erfolg unserer zahnärztlichen Tätigkeit möglich. Erfolg mit psychosomatischen Patienten, die in der Regel Problempatienten sind und oft eine längere Leidensgeschichte mit mehreren Zahnärzten und Ärzten haben, sichert Anerkennung. Diese führt nicht selten zur Weiterempfehlung und damit auch zu einer günstigen Prognose für die so handelnde zahnärztliche Praxis.

Zahnmedizin wird wie die Medizin im Allgemeinen oft auch als Heilkunst beschrieben. Insofern scheint es zulässig, mit Karl Valentin zu sagen: „Kunst ist schön, macht aber Arbeit“.

Autor:

Dr. Hans-Joachim Demmel, Auerbacher Str. 2, 14193 Berlin joachim@demmel-berlin.de

Literaturverzeichnis:

- [1] Müller-Fahlbusch, H.: Psychosomatik. In: Horch, H., Hupfaut, H., Ketterl, W., Schmuth, G. (Hrsg.): Praxis der Zahnheilkunde, Bd. 7. Urban & Schwarzenberg, München 1986
- [2] Schepank, H. (Hrsg.): Verläufe, seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute. Springer, Berlin 1990.
- [3] Weizsäcker, V. v.: Gesammelte Schriften, Bd. 6. Suhrkamp, Frankfurt/M 1986, S. 508
- [4] Demmel, H.-J.: Der psychosomatisch kranke Patient in der Praxis, Zahnärztl. Mitt. 96 (2006) S. 28
- [5] Demmel, H.-J.: Der „merk-würdige“ Patient in der zahnärztlichen Praxis, Zahnärztl. Mitt. 96 (2006) S. 29
- [6] Demmel, H.-J.: Wenn Probleme auftauchen, Zahnärztl. Mitt. 96 (2006) S. 536
- [7] Uexküll, Th. v., Wesiack, W.: Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell; In: Uexküll, Th. v., Adler, R. u.a. (Hrsg.): Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. Urban und Fischer, München 2003, S.3
- [8] Adler, R., Hemmeler, W.: Praxis und Theorie der Anamnese. G. Fischer Verlag, Stuttgart, New York 1989.
- [9] Demmel, H.-J.: Die zahnärztliche Anamnese aus analytischer Sicht, Zahnärztl. Mitt. 80 (1990) S. 494

Anmerkung:

Das Literaturverzeichnis wird für alle Beiträge fortlaufend nummeriert und mit jedem Folgebeitrag ergänzt. Damit entsteht zum Schluss ein vollständiger Literaturüberblick.