

Einführung in die Psychosomatische Medizin

Demmel, H-J

Psychosomatische Medizin ist die Lehre von den biologischen, psychischen und sozialen Wechselwirkungen in der Entstehung, im Verlauf und in der Behandlung von Krankheiten.

Sie muss als personenzentrierte Medizin verstanden werden.

Allgemeine Einführung

Ziel der Humanmedizin ist die Therapie des kranken Menschen. Für die Wahl des therapeutischen Konzeptes bedarf es der Diagnose. Der einzig mögliche Weg zur Diagnose ist der Vergleich der sich darstellenden Symptomatik des Patienten mit dem medizinischen Wissen des Behandlers. Sein medizinisches Wissen ist eingebettet in ein Erklärungsmodell (Paradigma). Nur das Paradigma des Arztes schafft eine für ihn sinnvolle Zuordnung der Symptome. Das heisst, wir können nur *entdecken*, was wir bereits wissen – also medizinisch zuordnen können.

Die somatische Medizin vergleicht aus körperorientierter Sicht die beim Kranken in der Regel vorgefundenen Werte und Strukturveränderungen mit sogn. Normwerten. Abweichungen werden als Krankheit definiert. Die Therapie ist primär die Wiederherstellung der Normwerte bzw. Eliminierung der die Normwerte störenden Strukturveränderungen. Dieses Paradigma ist ein Maschinenmodell der Medizin.

Aber auch in diesem Modell der Medizin lässt sich nicht alles präzise messen (objektivieren). Die vermeintlich objektive Befundermittlung hat deutliche Grenzen. Am Schmerz zeigt sich besonders anschaulich, dass auch dieses Erklärungsmodell nicht ohne die subjektive Schilderung des Patienten auskommt. Schmerz z.B. kann nur durch die subjektive Beschreibung des Patienten eingeordnet werden.

Die psychosomatische Medizin versteht sich aus biologischen, psychischen und sozialen Wechselwirkungen in der Entstehung, im Verlauf und in der Behandlung von Krankheiten. Messwerte und Strukturveränderungen werden differentialdiagnostisch auch einbezogen, aber die Person des Kranken, seine Entwicklung und sein Krankheitserleben sind von wesentlicher Bedeutung. Damit gewinnt die Symptomschilderung und deren psychologische bzw. psychoanalytische Deutung ein besonderes Gewicht für die Diagnose.

Ohne kurzen Exkurs in die Semiotik –also die Zeichenlehre- werden wir diagnostische Prozesse kaum verstehen können. Das Symptom (Zeichen; Signifikant) wird auf der Wahrnehmungsebene des Patienten als Code einer Vorstellung bzw. Deutung (Interpretant) zugeordnet. Es folgt eine Interaktion zwischen Patient und Arzt zum Verstehen der Symptomschilderung, die auf der Wahrnehmungsebene des Arztes eine Zuordnung (Codierung) zur Folge hat. Dies führt zur Diagnose (Signifikat; Objekt; Referent). (Abb.1: Schema zum Prozess der Diagnose als Beispiel zur Zeichenlehre [Semiotik])

Psychosomatische Medizin im engeren Sinne definierte sich früher über eine abgrenzte Gruppe von Krankheiten, für die eine besondere, psychische Genese angenommen wurde [„klassische“ Psychosomatosen: Migräne, essentielle Hypertonie, Morbus Crohn, Magen-Darm-Ulcera, rheumatoide Arthritis, Asthma bronchiale, Hyperthyreose usw.]. Aber an einem entscheidenden somatischen Anteil an der Pathogenese dieser Erkrankungen bestand von Seiten der Psychosomatik nie ein Zweifel. Das ist von den Vertretern der somatischen Medizin oft missverstanden worden. Nur deshalb kommt es dazu, dass die Entdeckung weiterer biologischer Ursachen bei einigen dieser Krankheiten zum Fehlschluss führen, das Paradigma der Psychosomatik in Frage stellen zu müssen.

Als wohl eindrücklichstes Beispiel sei hier das Magengeschwür genannt. Durch die kürzliche Entdeckung des *Helicobacter pylori* wurde die Psychopathologie dieser Krankheit von Einigen als obsolet verworfen. Zwar kann heute durch antibiotische Therapie das Ulcus meist nachhaltig therapiert werden, doch wie erklären sich dann auch Erfolge nur durch Psychotherapie? Bei Magenschleimhautentzündungen ist der *Helicobacter* mit 80-90% beteiligt. Aber warum (wenn die rein somatische Hypothese gültig wäre) entwickelt nur ein kleiner Teil der *Helicobacter* positiven Patienten (positiv sind ca. 50% der erwachsenen Normalbevölkerung!) einen Ulcus?

Bei diesen Ulcus-Patienten ist nach wie vor eine auffällige psychische Symptomatik zu finden. Also für die Entwicklung eines Magengeschwürs gibt es sicher mehrere Bedingungen. Es muss deshalb immer wieder betont werden, dass es in der Biologie keine Monokausalität gibt. Die nur aus didakti-

schen Gründen im Medizinunterricht verwendeten „little boxes“ verführen leider zu monokausalem Denken. Wir können mit der Therapie einer Causa Erfolge sehen, dürfen aber nicht daraus schliessen, dass es keine anderen (Mit-)Ursachen gäbe!

Um auf das Beispiel des Magengeschwürs zurückzukommen: Mit der antibiotischen Therapie wird zwar der kranke Magen geheilt, aber was ist mit der kranken Person, dem Menschen? So werden als typische Konflikte bei Ulcus-Patienten genannt:

- gehemmte Aggressivität
- zwanghaft rigide, pseudounabhängig, leicht kränkbar
- ich-schwach, extrem auf Zuwendung Anderer angewiesen
- gefühlsschwach, ausdruckslos, mit multiplen anderen psychosomatischen Beschwerden
- überangepasst, die eigenen Leistungsgrenzen nicht erkennend, deshalb autodestruktiv sich chronisch überfordernd

Die nur als Organreparatur anzusehende antibiotische Therapie ändert nichts an der psychischen Störung, die ja ebenso als Faktor für andere Krankheiten eine Rolle spielen kann und auch die psycho-soziale Gesundheit erheblich belastet. Hier wird deutlich, dass nur eine personenzentrierte Medizin mit ganzheitlichem, integriertem Ansatz den Anspruch einer humanen Medizin erheben kann.

Psychosomatische Medizin ist eine bio-psycho-soziale Medizin. Alle drei Faktoren sind bedeutend für die Krankheit. Die Frage „psychisch oder organisch“ ist obsolet. Biologische, psychische und soziale Faktoren sind in wechselndem Ausmass immer beteiligt (Komplementaritätsprinzip).

Für die Therapie ist nach den Faktoren zu suchen, die einen Therapieerfolg am wahrscheinlichsten machen, ohne dass die anderen Faktoren therapeutisch vergessen werden. Die Therapie richtet sich auch nach den Möglichkeiten, für die Patient zur Zeit bereit ist. Die Person ist das Zentrum der Bemühungen um Heilung und nicht nur die Wiederherstellung einer Organfunktion.

Für zahnärztliche Patienten ist diese Gefahr, dass ihre Krankheit nur aus der orofazialen Organsicht isoliert betrachtet und behandelt wird, besonders gross. Das ergibt sich schon aus dem Aufbau des derzeitigen Studienganges Zahnmedizin. Erschwerend kommt hinzu, dass auch vonseiten der Patienten die eigene Deutung der orofazialen Krankheiten eher dem Maschinenmodell entspricht. Entsprechend sind ihre Therapieerwartungen.

Der Zahnarzt und seine Patienten müssen umlernen. Kann denn z.B. eine Schienentherapie die Krankheit eines zähneknirschenden oder –pressenden Patienten heilen? Sie ist allenfalls ein punktuell entlastendes Hilfsmittel, um akute Beschwerden zu lindern. Aber ohne die umfassende Sicht einer bio-psycho-sozialen (Zahn-)Medizin verbleibt diese „Therapie“ im Status der Orthopädietechnik!

Eine psychosomatische Pathogenese wird sehr selten von unseren zahnärztlichen Patienten als Möglichkeit bedacht. Die Diskussion dieses Denkansatzes ruft in der Regel ungläubiges Erstaunen hervor, im Problemfall oft enorme Verstärkung der Abwehr. Schon aus diesem Grund ist psychotherapeutischer Fachverstand und professionelle Gesprächsführung von allergrösster Wichtigkeit, wenn bio-psycho-soziale (Zahn-)Medizin den Patienten nahe gebracht werden soll.

Das APW-Curriculum „Psychosomatische Grundkompetenz“ soll befähigen, eine bio-psycho-soziale Medizin kompetent in die Praxis zu integrieren und so die Grundlage für eine personenzentrierte (Zahn-)Medizin schaffen.

Theorie der Psychosomatischen Medizin

Die zentrale Frage der bio-psycho-sozialen Medizin ist, wie sich diese Faktoren gegenseitig beeinflussen und verändern können. Wie lässt sich erklären, dass Patienten ihre Problematik als Körpersymptom erleben, somatisieren. FREUD nannte das den „rätselhaften Sprung“ vom Psychischen ins Körperliche und umgekehrt. Dieser „Sprung“ kann immer wieder beobachtet werden. Die verschiedenen Theorien und die sich daraus ableitenden Therapien sind Versuche, diesem Phänomen näher zu kommen.

Im Überblick soll auf die wichtigsten theoretischen Konzepte kurz eingegangen werden. Das erfolgt nicht nur aus historischen Gründen, sondern weil diese Theorien sich immer nur auf einen Teil der psychosomatischen Krankheiten bzw. auf einen Teil der Erkrankten anwenden lassen. Insofern stehen sie nebeneinander und nicht gegeneinander.

In den anschliessenden Seminaren werden diese Erklärungsmodelle detaillierter wieder aufgenommen und auch auf neuere Erkenntnisse (z.B. Psychoneuroimmunologie) eingegangen, weshalb die klassischen Erklärungsmodelle hier nur verkürzt als Übersicht dargestellt werden sollen.

Konversionsmodell [FREUD, 1895]

Als Konversionssymptom werden nach FREUD Konflikte körperlich in symbolischer Form ausgedrückt, wobei diese Symbolisierung dem Patienten nicht bewusst ist. Man könnte dies auch als Gebärdensprache verstehen, „wenn denn die Worte fehlen ...“.

Das Konversionssymptom entwickeln Patienten insbesondere, wenn ihnen durch Tabus oder die Unfähigkeit, Probleme kognitiv zu verarbeiten, der Weg des psychischen Ausdrucks verwehrt ist. Diese Symptome nennt VON UEXKÜLL auch Ausdruckserkrankung. Sie betreffen vor allem die Motorik (psychogene Lähmungen und Gangstörungen), die Sensorik (psychogene Anästhesien, Schmerz, Seh- und Hörstörungen, körperdysmorphe Störungen) und das Bewusstsein (psychogene Synkopen und Anfälle).

Verstehen können wir die vom Patienten empfundenen und geschilderten Symptome nur wie eine Fremdsprache, die wir vielleicht allgemein hinreichend verstehen, um als Tourist nach dem Weg zu fragen. Aber deren differenzierte, individuelle Bedeutung von besonderen Begriffen und Situationen sich erst nach mehrfacher Rückfrage uns erschliesst. Unsere eigenen Assoziationen zu geschilderten Beschwerden, dem wörtlichen Ausdruck und dessen Bedeutung für den Patienten müssen nicht übereinstimmen. Sie sind sehr individuell geprägt und können ohne dezidierte Nachfrage zu Fehlschlüssen oder Missverständnissen führen - nicht nur bei Konversion!

Als eklatantes Beispiel aus der Gebärdensprache kann das Kopfhieven des Griechen angeführt werden. Wir Deutschen deuten das als Zustimmung, während es der Grieche als ein Nein sieht.

Hier ist eine professionelle Gesprächsführung eine *conditio sine qua non* für das Verstehen. Sie ist im Umgang mit dem Patienten durch keinen Fragebogen zu ersetzen. Nonverbale Mitteilungen sind ein wesentlicher Teil für das Verstehen. Allein schon das Zögern, ein bestimmter Gesichtsausdruck oder eine Körperhaltung kann uns die verbale Äusserung des Patienten entscheidend variieren. Ein Fragebogen kann das nicht abbilden.

FREUD hat die Konversion **nicht** als allgemeines Modell für psychosomatische Krankheiten aufgefasst, wie es in seiner Zeit GRODDECK vertrat. FREUD hat die Konversion als Störung gesehen, die das willkürmotorische System und die Sensorik betreffen. ENGEL hat gezeigt, dass sie jede Körperregion und -funktion einbezieht, die psychisch repräsentiert werden kann.

Das modifizierte Konversionsmodell FREUDs hat auch heute noch eine durchdachte Bedeutung.

Spezifitätshypothese [ALEXANDER, 1951]

Die Spezifitätshypothese geht davon aus, dass jede emotionale Spannung von einer definierten somatischen Reaktion begleitet wird. Damit soll umgekehrt jedem Körpersymptom eine spezifische Konfliktsituation zugeordnet werden können. Das ist verlockend als Erklärung, da wir bei bestimmten psychosomatischen Erkrankungen typische Persönlichkeitsstrukturen und Konflikte finden. Aber die bei verschiedenen psychosomatischen Erkrankungen beschriebenen typischen Persönlichkeitsstrukturen sind so ähnlich, dass von einer Spezifität der Somatisierung nicht gesprochen werden kann.

In der Philosophie würde man die These von ALEXANDER als Sophismus bezeichnen [„in der Nacht sind alle Katzen grau“. Ist es deshalb Nacht, wenn ich eine graue Katze sehe?] Sein Umkehrschluss ist nicht stimmig und damit nicht aufrecht zu erhalten.

Selbst als erste orientierende Diagnose ist diese Einordnung nach ALEXANDER gefährlich für den Behandler, da sie ihn allzu leicht zum schematischen Denken und zur Psychologisierung verführt. Die individuelle Krankheitsentwicklung wird verkannt und somit die eingangs gegebene Definition der Psychosomatischen Medizin als personenzentrierte Medizin.

Merkwürdigerweise finden wir diese Spezifitätshypothese in vielfältiger Form noch immer als Grundidee bei vielen alternativen Heilkundetheorien, zum Teil auch mystisch verklärt.

Konzept der zweiphasigen Verdrängung [MITSCHERLICH, 1953]

MITSCHERLICH beschreibt in seinem Modell Begleiterscheinungen starker, bewusster oder unbewusster Affekte. Bei unbewussten Affekten bezeichnet er die körperlichen Erscheinungen als Affektäquivalent. In der ersten Phase einer starken, anhaltenden Belastung (oft realer oder phantasierter Objektverlust) werden psychische Abwehrkräfte mobilisiert mit neurotischer Symptombildung. Hält die Belastung für das eingeengte Ich weiter an, so erfolgt als zweite Phase eine Verschiebung der Abwehr in körperliche (somatische) Symptome. Nur noch die körperlichen Symptome (das Affektäquivalent) kann vom Patienten wahrgenommen werden. Der Konflikt wird hier nicht symbolisch ausgedrückt.

Als Beispiel: Das Zähnepressen und –reiben mit seinen physiologischen Folgen z.B. kann in der Regel als ein solches Affektäquivalent gesehen werden.

Matthäus 8;12: Sie ... aber werden hinausgeworfen dorthin, wo es ganz finster ist {LUTHER: vom Himmelreich ausgeschlossen}. Dort werden sie heulen und vor Schmerz {Wut; Verzweiflung} mit den Zähnen knirschen {LUTHER: (falsch übersetzt!) Zähneklappern}

Die nur somatisch begründete Erklärung einiger Autoren, dass Zähneknirschen ein autoadaptiver Versuch sei, Zahnfehlkontakte zu beseitigen, übersieht das Zähneknirschen (insbesondere den fronto-lateralen Bruxismus) auch bei Patienten mit idealer Okklusion.

De- und Resomatisierung [SCHUR, 1955]

Die normale Entwicklung des Kindes ist ein Reifungsvorgang von der primärprozesshaften Phase (unbewusste seelische Vorgänge, bei denen Logik, Kohärenz, Zeit und Ordnung des Denkens nicht berücksichtigt sind; Gefühle – Affekte -, Vorstellungen und Wünsche werden körperlich erlebt) zur sekundärprozesshaften Phase (u.a. kann Logik des Denkens und Handelns berücksichtigt werden; psychische und körperliche Prozesse können differenziert wahrgenommen werden).

Nach SCHUR ist in nicht psychisch zu bewältigenden Situationen eine Regression zum primärprozesshaften Verhalten denkbar. Diese Resomatisierung können wir bei vielen unserer Problempatienten beobachten und psychoanalytisch auch verifizieren. Vergleichbar ist diese Theorie mit MITSCHERLICHs Theorie der zweiphasigen Verdrängung.

Alexithymie-Modell [MARTY et al., 1957]

Dieses Modell geht von der Annahme aus, dass die psychosomatisch Kranken eine spezifische Persönlichkeitsstruktur besitzen. Sie sind unfähig, ihre Gefühle wahrzunehmen und sie zu beschreiben. Ihnen fehlt die Fähigkeit zur Symbolisierung, sie sind phantasiearm und können den Anderen nur sehen wie sich selbst („projektive Verdoppelung“). Zwar finden sich solche Persönlichkeitsmerkmale nicht selten bei psychosomatischen Patienten, doch betrachtet man zum Vergleich die Normalbevölkerung, so findet sich kein signifikanter Unterschied. Dieses Modell einer Erklärung überbewertet Einzelbefunde zur alles erklärenden Theorie.

lerntheoretische Konzepte

Physiologische Reaktionen können durch bedingte Reflexe erlernt werden. Das wies PAWLOW mit seinen Hundeversuchen eindrucklich nach.

PAWLOW [1905] konnte beobachten, dass der vermehrte Speichelfluss bei der Fütterung der Hunde nach kurzer Zeit allein schon durch die Geräusche bei der Futterzubereitung ausgelöst wurde, ohne dass die Hunde das Futter sehen oder riechen konnten. Das trat aber nur bei gesunden, hungrigen Tieren ein! Bedeutungskoppelung ist multikausal.

Funktionsstörungen können so auch als fehlgeleitete Verhaltens- und Konditionierungsprozesse aufgefasst werden. Ausführlich wird im speziellen Seminar darauf eingegangen werden, sodass hier diese sehr kurze Bemerkung genügen muss.

Stressmodell

Stress als Krankheitsursache meint genauer den **Dysstress**, d.h. die anhaltende Überforderung des Organismus durch beständige Einwirkung von Stressoren. Dieser führt zur Erschöpfung der Abwehr. Die Art und Lokalisation der nachfolgend entstehenden organischen Erkrankung ist eher unspezifisch und betrifft individuelle Schwachstellen. Der besser als Stimulus zu sehende **Eustress**, der durch Anpassung zur Leistungssteigerung führt, ist hier nicht gemeint.

Der Stressbegriff ist heute so übermäßig ausgeweitet worden, dass sein krankheitserklärender Wert immer geringer wird, und er schon fast wieder dem überwunden geglaubten Maschinenmodell in der Medizin nahe kommt.

Einteilung psychosomatischer Krankheiten

Aus diesen Theorien wird deutlich, dass sie sich immer nur auf einen Teil der psychosomatischen Krankheiten bzw. auf einen Teil der Erkrankten anwenden lassen. Es erscheint daher sinnvoll, die psychosomatischen Krankheiten unter folgende Oberbegriffe zu ordnen:

- **Psychosomatosen**

Dies sind die psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne. UEXKÜLL nennt sie **Bereitstellungserkrankungen**, weil hier vegetative Bereitstellungsreaktionen auf emotionale Zustände pathogenetisch bedeutsam sind. Bei den Psychosomatosen lassen sich Organveränderungen nachweisen. Sie drücken keinen verinnerlichten Konflikt symbolisch aus, sondern sind physiologische Reaktionen auf einen Konflikt. Aber an einem entscheidenden somatischen Anteil an der Pathogenese dieser Erkrankungen bestand von Seiten der Psychosomatik nie ein Zweifel. Das muss hier nochmals betont werden.

Zu den Psychosomatosen zählen die sog. „holy seven“ (ALEXANDER) Ulcus pepticum, Colitis ulcerosa, Asthma bronchiale, essentielle Hypertonie, atopische Neurodermitis, Hyperthyreose und rheumatoide Arthritis mit der bereits eingangs erwähnten Berücksichtigung neuerer Forschungsergebnisse, die eine auch somatisch mehrdimensionale Pathogenese berücksichtigen.

Hierzu zählen darüber hinaus auch Krankheiten mit ausgeprägt psychosomatischen und somatopsychischen Wechselwirkungen.

Für die Zahnmedizin könnte hier als Beispiel genannt werden craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) bzw. orofaziales Schmerz-Dysfunktionssyndrom

- **Konversionsneurosen**

Diese werden von UEXKÜLL als **Ausdruckserkrankungen** bezeichnet, da sie einen unbewussten, verinnerlichten Konflikt symbolisch ausdrücken. Sie betreffen vor allem die Motorik (psychogene Lähmungen und Bewegungsstörungen), die Sensorik (psychogene Anästhesien, Schmerz, Seh-, Hör- und Sprachstörungen, körperdysmorphe Störungen) und das Bewusstsein (psychogene Synkopen und Anfälle). Sie sind wegen der phylogenetisch ableitbaren averbalen Verhaltensresiduen in der Mund- und Gesichtsregion durchaus keine Rarität, werden aber in der Praxis des Zahnarztes mangels analytischer Kenntnisse meist verkannt und führen oft zu unbegründet invasiven Eingriffen.

- **funktionelle Syndrome**

Funktionelle Syndrome werden auch als psychovegetative Störungen bezeichnet. Sie äussern sich als in Lokalisation und Intensität wechselnde Symptome ohne organpathologische Veränderungen. Sie erscheinen als Magen-Darbeschwerden, Herz-Kreislaufbeschwerden, somatoforme Schmerzstörung u.a. Es zählen hierzu auch die Somatisierungsstörung und die hypochondrische Störung. Die Abgrenzung zur Konversionsneurose ist nicht immer eindeutig.

- **somatopsychische Störungen**

Diese Gruppe erfasst die sekundär psychosomatischen Erkrankungen, also die psychischen Folgen einer die Persönlichkeit stark beeinflussenden, somatischen Erkrankung. Das heisst nicht notwendigerweise, dass es sich um eine im allgemeinen Verständnis schwere Krankheit handeln muss. Es kommt auf die sehr individuelle Bedeutungszumessung der Erkrankung für die psycho-soziale Situation des Patienten an, und wie er die Veränderung reflektieren und bewältigen kann.

Bei einer Krebserkrankung z.B. oder einem Schlaganfall sind somatopsychische Störungen auch für den psychologisch nicht Ausgebildeten im Grunde nachvollziehbar. Aber auch eine von Anderen kaum bemerkte Zahnfehlstellung kann z.B. bei einem jungen Mädchen über ihre Vorstellung eines Geltungsverlustes zu somatopsychische Störungen führen.

Bei diesen Beschreibungen wird deutlich, dass es zwischen den Krankheitsgruppen immer wieder zu Überschneidungen kommt. Eine scharfe Abgrenzung ist kaum möglich. Selbst bei der so eindeutig abgegrenzt erscheinenden Konversionserkrankung finden sich häufig somatische Veränderungen oder Krankheiten an denen die neurotische Störung sozusagen ankert. Erst eine sorgfältige und professionelle Exploration ermöglicht im Einzelfall das Erkennen der Konversion.

Bei schematischen Einteilungen dieser Art („little boxes“) darf nicht übersehen werden, dass sie nur der Orientierung und als didaktische Hilfen dienen. Sie bilden die Wirklichkeit nur begrenzt ab. Psychosomatische Medizin ist eine personenbezogene – individuelle - Medizin, die sich gerade dadurch vom Maschinenmodell der somatischen Medizin unterscheidet. Kein Mensch gleicht dem Anderen. Es gibt nur mehr oder minder grosse Ähnlichkeiten. Psychosomatische Medizin und somatische Medizin nebeneinander betrachten zu wollen, verkennt das Paradigma der Psychosomatischen Medizin. Dies

würde die kartesianische Aufspaltung von Psyche und Soma weiterführen. Wir müssen bereit sein, das Paradigma der Psychosomatischen Medizin wirklich in die tägliche Praxis zu integrieren.

Integrierte Medizin

Die von THURE VON UEXKÜLL begründete Integrierte Medizin umfasst sowohl die Ebene des gesicherten medizinischen Wissens im traditionellen Sinn, die Ebene einer bio-psycho-sozialen Medizin als auch –das ist das Besondere– die Ebene der Beziehung zwischen (Zahn-)Arzt und Patient. Der (Zahn-)Arzt muss seine eigene Rolle in der Beziehung zum Patienten kritisch reflektieren und dieses für Diagnostik und Therapie nutzen. Die theoretische Grundlage ist eine **Biologie**, die sich als **Wissenschaft lebender Systeme** begreift und damit über die isoliert betrachtende Biophysik und Biochemie hinausgeht. Eine Aufspaltung von Soma und Psyche verkennt die Realität des kranken Menschen. Diese Erkenntnisse sollen in die tägliche Arbeit des (Zahn-)Arztes einfließen. Der (Zahn-)Arzt muss das Ineinandergreifen körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren in Diagnostik und Therapie immer berücksichtigen und beurteilen können.

Das ist auch die Grundidee dieses zahnmedizinischen Curriculums. Wir wollen keinen „Psychosomatik-Spezialisten“ schaffen, sondern Zahnärzte, die qualifiziert fortgebildet fähig sind, Psychosomatik als „normal“ in ihre Arbeit zu integrieren.

Salutogenesekonzept

Dieses Konzept wurde von Aaron Antonovsky 1979 begründet. Homöostase, Ungleichgewicht und Leid sind inhärente Bestandteile der menschlichen Existenz. Er setzt die wissenschaftliche Diagnostik einer Krankheit gegenüber einer Bestimmung des allgemeinen Gesundheitsstatus einer Person. Das Bemerkenswerte ist der Zugang zum Verstehen aus der Perspektive von Gesundheit und nicht des Krankheitseins. Für den Umgang mit der Krankheit ist das Kohärenzgefühl („sense of coherence“) wesentlich mit einer Verständlichkeit der Stressoren („comprehensibility“), der Bewältigung der Anforderungen („manageability“) und dem Verstehen der Bedeutsamkeit („meaningfulness“).

Möglichkeiten und Grenzen der psychosomatischen Grundversorgung in der zahnärztlichen Praxis

Umfangreiche Forschungsarbeiten konnten nachweisen, dass 30-40% der Patienten den Allgemein- arzt aufgrund wesentlich psychisch begründeter Erkrankungen aufsuchen. Daraus darf abgeleitet werden, dass auch beim Zahnarzt die Zahl der Patienten mit psychogenen oder sekundär- psychosomatischen Symptomen nicht unerheblich ist. Die Befunde bei Patienten mit Prothesenun- verträglichkeit, Kiefergelenkproblemen sowie Schmerz- und Angstpatienten stützen diese These als besonders deutliche Beispiele.

Die Ansicht, dass psychische Faktoren die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten mit bedin- gen, ist zwar von der wissenschaftlichen Zahnmedizin heute auch weitgehend anerkannt, aber noch immer wird Psychosomatik getrennt von der somatischen Zahnheilkunde als Ausschlussdiagnostik gesehen, wenn somatische Diagnostik und Therapie versagen. Das heisst in der Regel, der Zahnarzt überweist den Patienten zum Psychotherapeuten oder Psychiater, wenn er nicht mehr weiter weiss, keine seiner ihm bekannten Untersuchungsmethoden verwertbare Ergebnisse bringen oder wenn aus Behandlungsversuchen aufgrund unzureichender Diagnostik Misserfolge resultieren. Er schickt den Patienten zu den „Spezialisten“ für die „Psyche“ (Psychologin, Psychotherapeut, Psychoanalytiker und alle Therapeuten bzw. Institutionen mit dem Suffix „Psycho“), den zahnmedizinische Differentialdiag- nostik in aller Regel fremd sein dürften. Leicht fühlt sich der Patient durch den überweisenden Zahn- arzt missverstanden oder abgeschoben als „eingebildeter Kranker“.

Hier schafft der psychosomatisch qualifiziert fortgebildete Zahnarzt neue Möglichkeiten durch das frühzeitige Erkennen psychosomatischer Zusammenhänge. Dabei ist es notwendig, dass er in seine tägliche Praxis das bio-psycho-soziale Paradigma der Psychosomatischen Medizin für seine Diagno- se und Therapie integriert. Nur die Erkenntnis, **nicht Krankheiten, sondern Kranke zu behandeln**, wird zu einer wirklich (!) ganzheitlichen Zahnmedizin führen. Sie verhindert auch die unsinnige Häu- fung aufwendiger Untersuchungen und als Folge die Aggravierung der Symptomatik durch somati- sche Fixierung. Es ist sowohl aus menschlicher als auch aus volkswirtschaftlicher Sicht bedenklich, dass durch das weit verbreitete Verfahren der somatischen Ausschlussdiagnostik bei vielen Erkran- kungen erst nach einer mehrjährigen Odyssee somatischer Verdachtsdiagnosen eine psychogene Ursache in Erwägung gezogen wird.

Der tiefenpsychologisch begründete Ansatz beim Umgang mit dem Kranken unterscheidet sich grundlegend von Ratschlägen aufgrund des "gesunden Menschenverstandes" oder der allgemeinen Lebenserfahrung des Zahnarztes. Die vorschnelle, unqualifizierte Deutung psychogener Ursachen oder Mitbeteiligungen an der Krankheit muss bei diesen Kranken zu einer Verstärkung der Abwehr führen. **Könnten sie ihren Konflikt auf der psychischen Ebene verarbeiten, müssten sie nicht somatisieren.** Nur so ist die erschreckend geringe Compliance bei unreflektierter Überweisung zu Fachinstitutionen mit dem Suffix "Psycho" zu erklären.

Durch die Integration des psychosomatischen Wissens bietet sich für den fortgebildeten Zahnarzt die Möglichkeit, den Desomatisierungsprozess einzuleiten und damit den Teufelskreis der somatischen Fixierung aufzulösen. Die neu gewonnene Einsicht in die Krankheitsentwicklung erst ermöglicht dem Patienten seine Krankheit aus einer für ihn neuen bio-psycho-sozialen Gesamtsicht zu verstehen und ggf. einen Zugang zur Psychotherapie. Die Compliance bei derart vorbehandelten Patienten ist aus eigener Erfahrung ausserordentlich gross.

Die Aufgabe, den Desomatisierungsprozess einzuleiten und die Idee der bio-psycho-sozialen Medizin dem Patienten nachvollziehbar zu vermitteln, ist die wesentliche Aufgabe eines Zahnarztes mit psychosomatischer Grundkompetenz. Dies muss als psychotherapeutische Arbeit verstanden werden. Die eigentliche Psychotherapie und die Begründung der anzuwendenden Verfahren bleibt aber die Aufgabe von Fachtherapeuten. Kein Allgemeinarzt, der eine Appendizitis diagnostiziert, würde sich auch gefordert sehen, den chirurgischen Eingriff selbst vorzunehmen oder dem Chirurgen vorzuschreiben, nach welcher Methode er am besten operieren solle.

Im frühen Stadium kann eine situative Einordnung von Symptomen nicht selten die Notwendigkeit ausgedehnter Psychotherapien vermeiden. Ein typisches Beispiel hierfür sind unklare Schmerzen oder Beschwerden im Kiefer-Gesichtsbereich durch Parafunktionen in schwierigen Lebenssituationen. Auch die Notwendigkeit der therapeutischen Begleitung somatisch fixierter Patienten bis zur Fähigkeit, psychische Ursachen oder Beteiligung am Krankheitsgeschehen zu erkennen zu können (nur dann erst ist eine Überweisung Erfolg versprechend möglich), begründet eine Forderung nach Berechtigung zu entsprechenden Kurztherapien.

Zahnärztliche Psychosomatik soll als integrative Medizin der Prävention der Aggravierung psychogener Erkrankungen dienen und somit auch die kostentreibende Polypragmasie ("Patientenkarriere", "doctor-shopping", "Koryphäen-Killer") begrenzen helfen.

Dies ist (zahn-)ärztlich psychotherapeutische Arbeit und kein ausserberufliches Hobby und muss sich deshalb auch in der Anwendungsmöglichkeit entsprechender Gebührenpositionen widerspiegeln.

Die Forderung, dass die fortgebildeten Zahnärzte ermächtigt werden sollen, die entsprechenden Positionen des Abschnitts G der GOÄ angemessen anwenden zu dürfen, hat vor Allem juristische und nicht pekuniäre Gründe (die Honorare nach GOÄ für psychotherapeutische Leistungen decken nur zu etwa 30% die lfd. Kosten einer Zahnarztpraxis ...). Tiefenpsychologische Methoden in Diagnostik und Therapie sind in der GOÄ eindeutig erfasst. Die GOZ ist auch eine Beschreibung des Tätigkeitsfeldes des Zahnarztes. Ausdrücklich ist ihm der Zugang zu anderen, als den in der GOZ genannten Leistungsinhalten der GOÄ, nicht erlaubt. Dazu zählen auch die psychodiagnostischen und psychotherapeutischen Positionen im Abschnitt G der GOÄ. D.h., dass ein Zahnarzt, der z.B. eine bio-psycho-soziale Anamnese erhebt (GOÄ 860), eigentlich illegal arbeitet und auch ggf. mit seiner Berufshaftpflichtversicherung Probleme bekommen könnte. Aus diesem Grund ist eine Aktualisierung der gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich der Psychosomatik in der Zahnmedizin dringend nötig.

Sinnvollerweise sollte die Berechtigung der Anwendung dieser Positionen aber nur mit nachgewiesener qualifizierender Fortbildung (Weiterbildung) statthaft sein. Für diese Idee der bedingten Anwendung gibt es in der Humanmedizin bereits ein Vorbild. Der Arzt kann nur dann sonographische Leistungen (hier allerdings nur kassenrelevant) abrechnen und somit wirksam erbringen, wenn er sich qualifiziert fortgebildet hat. In diesem Sinne möchten wir unsere Forderung nach dem "Sonographie-Modell" beurteilt sehen.

Bis zur endgültigen Klärung dieser Frage kann nur versucht werden über analoge Berechnung entsprechend GOZ § 6,2 zu verfahren.