

Wenn Probleme auftauchen

Hans-Joachim Demmel

Patienten, die in der Praxis durch ihr Verhalten auffällig reagieren, gehören in den Praxisalltag. Aber 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.

Das Bewusstsein der Zahnärzte, nicht nur Krankheiten sondern Kranke zu behandeln, hat in den letzten Jahren zugenommen. Auch die Patienten fordern zunehmend, ihre orofazialen Erkrankungen in gesamtmedizinischen Zusammenhängen zu sehen („Ganzheitsmedizin“). Die zahnärztlich „technisch“ perfekten Behandlungskonzepte verlieren ihre Bedeutung als Selbstzweck und werden einem die individuellen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigenden Behandlungskonzept untergeordnet. Zahnärzte sind gefordert, ihre Diagnosen und Therapien nicht nur aus fachbegrenzt somatischer Sicht zu sehen, sondern auch allgemeinmedizinische, psychische und soziale Faktoren der Krankheit zu berücksichtigen. Damit gewinnt die Psychosomatik in der Zahnmedizin an Bedeutung.

zm-Info

Die Zahnärztlichen Mitteilungen veröffentlichen in einer losen Abfolge von Beiträgen grundlegende Informationen zur Psychosomatik in der Zahnmedizin.

Bereits erschienen:

Der psychosomatisch kranke Patient in der Praxis [4]

Der „merk-würdige“ Patient in der zahnärztlichen Praxis [5]

Möglichkeiten des Erkennens des „merk-würdigen“ Patienten

Im vorangegangenen Teil dieser Beiträge zur Psychosomatik in der Zahnmedizin [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 wurden.

Unvereinbarkeit von Befund und Befinden

Für diese Situation prägte Müller-Fahlbusch [1] den Begriff der „Unvereinbarkeit von Befund und Befinden“ und meinte damit, dass das vom Patienten gefühlte und beschriebene Leiden trotz sorgfältiger Differentialdiagnostik nach den gängigen Kriterien nicht oder nicht hinreichend vom Zahnarzt eingeordnet werden kann. Dies ist für den nicht speziell fortgebildeten Zahnarzt das wichtigste Kriterium zur Vermutung einer psychosomatisch zu erklärenden Krankheit. Ein frühzeitiges Erkennen des „merk-würdigen“ Patienten verhindert unsinnige Polypragmasie und Belastung des Patienten.

Grundsätzlich muss angemerkt werden, dass bei allen Erkrankungen biologische (somatische), psychische und soziale Faktoren eine Rolle spielen. Eine Auftrennung in somatische und psychosomatische Erkrankungen entspricht einem Medizinmodell des 17. Jahrhunderts und ist obsolet. Wenn im Folgenden von psychosomatischen Krankheiten gesprochen wird, so sind die Krankheiten gemeint, bei denen die psychischen und sozialen Ursachen bedeutsam sind.

Positive Kriterien vs. Ausschlussdiagnostik

Das Erkennen von Krankheiten mit psychischer Ursache oder wesentlicher Mitbeteiligung ist für den nicht speziell ausgebildeten Zahnarzt äusserst schwierig. Ein häufig angewandter Weg ist bedauerlicherweise die Ausschlussdiagnostik. Kann der Zahnarzt keine somatische Ursache finden, so wird daraus gefolgert, es müssten psychische Gründe vorliegen. Diese Erklärung ist aber sehr bedenklich, setzt sie doch voraus, dass alle somatischen Ursachen immer diagnostiziert werden können. Viele entbehrliche Untersuchungen würden nötig.

Auch für den Bereich der psychosomatischen Krankheiten gilt die Forderung nach positiven Kriterien für eine Diagnose. Können für eine Erkrankung vom Zahnarzt aufgrund seines Kenntnisstandes keine Ursachen erkannt werden, so ist ehrlicherweise nur die Feststellung erlaubt, dass eine Diagnose nicht gestellt werden kann. Der Patient kann damit eher zurechtkommen –entspricht dies doch dem bekannten Überweisungsweg vom Allgemeinarzt zum Facharzt und ggf. Fachklinik-, als mit einer Fehldiagnose, die ihn aus seiner Sicht als psychisch krank verkennt und damit auch stigmatisiert. Das rechtzeitige Eingestehen von Grenzen der diagnostischen Fähigkeiten ihres (Zahn-)Arztes sind Patienten in der Regel durchaus verständlich. Sie können dann auch die Überweisung zu Fachärzten akzeptieren. Anders sieht es aus, wenn der Zahnarzt erst nach vielen vergeblichen somatischen Therapierversuchen als Ausschlussdiagnose eine psychosomatische Krankheit „feststellt“. Hier könnte zu Recht der Patient an der Kompetenz des Zahnarztes zweifeln.

Zeichen	Wertung
Unvereinbarkeit von Befund und Befinden	es besteht der Verdacht, dass die rein somatische Sichtweise die Krankheit nicht erklären kann und psychische Ursachen wesentlich sind
Beschreibung von Schmerzen, die nicht den Grenzen der nervösen Versorgung entsprechen oder/und fluktuieren	das steht im Widerspruch zu anatomischen und physiologischen Gegebenheiten und folgt eher den subjektiven Vorstellungen
Schilderung schwerster Leiden mit leichtem Lächeln	der körperlich-mimische Ausdruck entspricht nicht der sprachlichen Mitteilung („belle indifférence“)
schwere Erkrankungen werden vom Patienten bagatellisiert	das Realisieren des Krankseins wird verdrängt
Patienten, die die Schilderung auch banaler Missempfindungen dramatisch ausgestalten und schwerste Erkrankungen vermuten	subjektive Krankheitsklärungen, Persönlichkeitsstörungen und Ängste bestimmen das Krankheitsverhalten

Tabelle 1: Beispiele von Zeichen psychogener Ursache oder Beteiligung am Krankheitsgeschehen

„Werkzeuge“

Es erscheint daher dringend, auch dem nicht speziell fortgebildeten Zahnarzt „Werkzeuge“ zu nennen, wie er positive Kriterien für psychosomatische Krankheiten und Krankheiten mit wesentlich psychischer Komponente erkennen kann und somit frühzeitig eine begründete Verdachtsdiagnose auf ein

psychosomatisches Geschehen zu stellen in der Lage ist (Tabelle 1). Das wohl wichtigste Kriterium neben der „Unvereinbarkeit von Befund und Befinden“ sind Schmerzen und Beschwerden, die nicht den Organgrenzen entsprechen (beim Schmerz also die Abgrenzung der nervösen Versorgung) oder Beschwerden, die zwischen verschiedenen Lokalisationen wechseln. Bei Patienten, die schwerste Leiden mit einem Lächeln mitteilen, diese bagatellisieren oder banale Erkrankungen beziehungsweise Missempfindungen dramatisch überbewerten, besteht ebenfalls der begründete Verdacht auf eine stark psychische Komponente der Erkrankung.

Das folgende Beispiel zeigt, wie sich der Leidensweg des Patienten verlängern kann. Trotz „Unvereinbarkeit von Befund und Befinden“ und ohne eindeutige Diagnosen wurden somatische Therapien versucht.

Die 49-jährige Patientin hat sich Zahnlücken mit Brücken versorgen lassen. Die ersten Wochen nach der Behandlung verlaufen problemlos. Dann stellen sich plötzlich "unerträgliche" Dauerschmerzen ein. Lokale Ursachen können nach zahnärztlichen Kriterien ausgeschlossen werden. Die Schmerzen dehnen sich im gesamten Kopfbereich aus. Sie könne nur mit Mühe ihren hausfraulichen und gesellschaftlichen Verpflichtungen nachkommen. Sie ist verheiratet, beide Kinder studieren und wohnen seit Kurzem nicht mehr zuhause. Auch sehe sie mit Sorge ihrem beruflichen Neuanfang entgegen. Sie wollte nach 21jähriger Unterbrechung wieder als Sekretärin arbeiten. Das sei durch das Zahnleiden jetzt alles in Frage gestellt. Zunehmend vermittelt sie dem behandelndem Zahnarzt das Gefühl der Hilflosigkeit und -da mit seiner Therapie "erst alles Leid begonnen" habe- auch das Gefühl der Unfähigkeit. Sie überredet einen anderen Zahnarzt zu Wurzelbehandlungen an mehreren Zähnen, ohne dass sich ein anhaltender Erfolg einstellt. Bemerkenswert sind die schmerzfreien Intervalle jeweils nach den invasiven Therapien. Auch weitere Behandler können an den Schmerzen nichts ändern.

Nach mehrmonatiger therapiefreier Zeit verschwinden die Beschwerden plötzlich. Die Patientin hatte den Versuch des beruflichen Neuanfangs aufgegeben und sich wieder ausschliesslich auf ihre Tätigkeit als Hausfrau zurückgezogen. Dieser Versuch, den alten Beruf wieder aufzunehmen, war mit erheblichen Kränkungen einhergegangen, die z.B. folgende Bereiche betrafen: Alter, mangelnde Erfahrung mit neuen Bürotechniken, junge Kolleginnen mit besseren Fähigkeiten, fehlende kollegiale Rücksichtnahme.

Das professionelle, ärztliche Gespräch / die Anamnese

Der Patient kommt in die Praxis, weil er ein Problem hat. Er hat das Gefühl, an einer Krankheit zu leiden und erhofft sich fachlichen Rat und Hilfe. Der Zahnarzt kann das Problem des Patienten nur durch professionelle Kommunikation erfahren. Deshalb muss dem Patienten Gelegenheit gegeben werden, sein Problem hinreichend selbst schildern zu können. Das Problem des Patienten kann nur über offene Fragen erfahren werden. Offene Fragen sind nicht mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten. Sie fordern den Patienten auf, mit eigenen Worten seine Beschwerden und Leiden zu beschreiben, um ein Bild seines Leidens aus eigener Vorstellung zu bekommen. Also nicht „haben Sie Schmerzen?“, sondern „wie geht es Ihnen?“, „wie fühlen Sie sich?“. Geschlossene Fragen begrenzen die Antworten des Patienten auf die Vermutungen des Zahnarztes und verhindern die Erfahrung der individuellen Wirklichkeit des Patienten. Bei einer Anamnese mit offenen Fragen kann die Erzählung des Patienten ohne professionelle Gesprächsführung oft grenzenlos ausufern, die Geduld des Zahnarztes überfor-

den und es besteht die Gefahr, dass die Darstellung des Patienten einseitig bleibt und wesentliche Gründe der Erkrankung nicht berührt werden. Trotzdem sollte der Zahnarzt immer versuchen, ein offenes Gespräch zu führen. Es ist angeraten, durch spezielle Fortbildung, die professionelle Gesprächsführung zu üben. Die freie Schilderung der Krankheit durch den Patienten gibt wesentliche Aufschlüsse über die Ursachen.

Eine 42jährige geschiedene Bürogehilfin beschreibt Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte, die häufig die Lokalisation wechseln. Es sind schon mehrere chirurgische Eingriffe und Extraktionen durchgeführt worden, teilweise auf ihren ausdrücklichen Wunsch, ohne dass sich die Beschwerden gebessert haben. Sowohl Schmerzlokalisierung als auch zeitlicher Verlauf lassen keine somatische Erklärung zu. Offene Fragen führen zur Beschreibung des gefühlten Leidens mit eigenen Worten ("ich habe so das Gefühl, dass da oben etwas hängt, was mit aller Gewalt raus möchte, aber nicht raus kann"; "der Bösewicht muss raus"; "beim Schmerz da kriegt man auch eine Wut, das ist wie eine unsichtbare Furcht, die da raus muss") leiten zur psychosomatischen Verdachtsdiagnose.

Merkmal	organisch	nicht-organisch
Schmerzlokalisierung	eindeutig, umschrieben	vage, unklar
Affekte des Patienten	passend zum Schmerz	inadäquat
Zeitdimension des Schmerzes	eindeutige Phasen	andauernd, gleich intensiv
Abhängigkeit von der Willkürmotorik	vorhanden	fehlt
Reaktion auf Medikamente	pharmakokinetisch stimmig	nicht verständlich
mitmenschliche Beziehung, soziale Situation	unabhängig davon	damit verbunden
Schmerzschilderung	Bild passt	Bild inadäquat
Betonung der Ursache	psychisch betont	organisch betont
Sprache	einfach, klar, nüchtern	intelligenzlerisch, Medizinjargon
Affekte des Therapeuten	ruhig, aufmerksam, einführend	Ärger, Ungeduld, Langeweile, Hilflosigkeit, Verwirrung

Tabelle 2: Erkennen psychischer Faktoren bei Schmerzpatienten (nach R. Adler)

R. Adler hat „Werkzeuge“ zur Analyse der Anamnese bei Schmerzpatienten erstellt (Tabelle 2), die auch für den nicht psychosomatisch spezialisierten Zahnarzt Erkenntnisse ermöglichen, psychische vs. somatische Ursachen zu differenzieren und eine erste Verdachtsdiagnose zu stellen. Sinngemäß lässt sich diese Bewertung auch auf andere Krankheiten anwenden. Schildert der Patient seine Schmerzen eindeutig mit verständlichen Affekten und ist die Reaktion auf Willkürmotorik und Medikamente stimmig, so sind eher organische Ursachen der Krankheit anzunehmen. Ein Verdacht auf ein nicht-organisches Geschehen ist begründet, wenn die Lokalisation vage und unklar beschrieben wird, die Affekte bei der Schilderung inadäquat sind und die Wirkungen von Medikamenten pharmakokinetisch nicht nachvollziehbar sind. Auch die Anhängigkeit des Leidens von mitmenschlichen Beziehungen und der sozialen Situation lassen auf nicht-organische Ursachen schliessen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass bei Patienten, die die Ursache ihrer Erkrankung ausschliesslich organisch betonen, eher eine psychosomatische Krankheit vorliegt, als bei Patienten, die selbst psychische Gründe annehmen. Die Sprache des Patienten kann ein weiteres Zeichen sein. Spricht der Patient nicht einfach und klar,

sondern wählt einen Stil, der mit Fachausdrücken versucht, sich verständlich zu machen und damit sein gefühltes Leiden zudeckt, so ist auch hier eine nicht-organische Ursache wahrscheinlich. Ein sehr wichtiges Zeichen, ist die so genannte Gegenübertragung, das heisst die Wahrnehmung der eigenen Affekte des Zahnarztes bei der Anamnese. Kann er ruhig, aufmerksam und einführend der Schilderung des Patienten folgen, sind organische Ursachen anzunehmen. Stellen sich aber beim Zahnarzt Ärger, Ungeduld, Langeweile, Hilflosigkeit und Verwirrung ein oder schweiften seine Gedanken immer wieder ab, so sollte er an ein psychosomatisches Krankheitsgeschehen denken.

Cave: vorzeitige Deutung

Die Erkenntnisse aus diesen Zeichen sollten dem Zahnarzt nur dazu dienen, seine weiteren Behandlungsschritte zu überdenken. Sie begründen nur eine Verdachtsdiagnose, die fachlich abgesichert werden muss. Keinesfalls darf der Zahnarzt vorzeitig dem Patienten mitteilen, dass er psychische Ursachen für die Erkrankung vermutet. Dies kann nur der in tiefenpsychologischer Gesprächsführung ausgebildete Zahnarzt ohne Schaden für den Patienten tun. Nur er kann hinreichend bedenken und dem Patienten verständlich machen, dass der psychosomatisch Kranke die psychischen Ursachen nicht wahrnehmen kann. Der Patient kann die Probleme auf dieser Ebene nicht bearbeiten und somatisiert deshalb. Er verdrängt die innere Ursache seiner Krankheit. Eine unreflektierte, vorzeitige Deutung muss deshalb seine Abwehr verstärken und erschwert im weiteren Vorgehen den Zugang zu psychischen Ursachen der Erkrankung („ich bin doch nicht verrückt!“). Wobei der Ausdruck „verrückt“ sprachlich eigentlich das Problem ausdrückt. Die psychischen Probleme des Patienten sind verschoben in einen somatischen Ausdruck.

Schlussfolgerung

Für das Erkennen wesentlich psychischer und psychosozialer Ursachen einer Erkrankung gibt es auch für den nicht psychosomatisch fortgebildeten Zahnarzt „Werkzeuge“. Sie ermöglichen ihm eine erste Verdachtsdiagnose, die ihm dazu dient, seine weiteren Behandlungsschritte zu überdenken. Von vorzeitigen Deutungen sollte der nicht in Psychosomatik und Gesprächsführung ausgebildete Zahnarzt absehen. Für den Umgang mit diesen schwierigen Patienten soll im nächsten Beitrag in dieser Reihe zum Problem des psychosomatisch Kranken in der zahnärztlichen Praxis ein „Fahrplan“ entworfen werden. Für eine genauere Diagnostik und erste therapeutische Massnahmen ist aber eine qualifizierte Fortbildung in psychosomatischer Grundkompetenz notwendig. Die Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) bietet eine qualifizierende Fortbildung an.

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, Nr.1 (2006) S. 28

[5] Demmel, H.-J.: Der „merk-würdige“ Patient in der zahnärztlichen Praxis, Zahnärztl. Mitt. 96, Nr.1 (2006) S. 29 - 31

Anmerkung:

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